



EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

PERSPECTIVA DE LA
COMUNIDAD ACADÉMICA EN SALUD

Hospital General de México
Dr. Eduardo Liceaga Torres



1524

1905

1943

1983

RODRIGO MIGUEL GONZÁLEZ SÁNCHEZ
GEORGINA ELIZABETH FÉLIX BERMÚDEZ
ALFREDO RENÁN GONZÁLEZ RAMÍREZ
JAIME JOSÉ GUTIÉRREZ GÓMEZ
MARTHA CATALINA ZALAPA COVARRUBIAS
IRMA ARCHUNDIA RIVEROS



El sistema de salud en México,
perspectiva de la comunidad
académica en salud



Cuenta con el Aval del comité Editorial de
la Universidad Nacional Autónoma de México



El sistema de salud en México, perspectiva de la comunidad académica en salud

Rodrigo Miguel González Sánchez
Georgina Elizabeth Félix Bermúdez
(*Editores*)

Alfredo Renán González Ramírez
Jaime José Gutiérrez Gómez
Martha Catalina Zalapa Covarrubias
Irma Archundia Riveros
(*Autores*)



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
QUERÉTARO

Primera edición, 2026

D.R. © 2026, Universidad Autónoma de Querétaro
Cerro de las Campanas S/N,
Colonia Las Campanas,
C.P. 76010 Santiago de Querétaro, Qro., México

ISBN: 979-13-88087-16-5

Editado y hecho en México
Edited and made in Mexico

Dedicatorias

Rodrigo Miguel González Sánchez

A San José, por su mediación en esta obra.

A Papá (†), a Mamá, a mis hermanos, a Naye mi esposa, Raúl, Juan Pablo, Miguel.

A mi querido equipo de trabajo de la Facultad de Medicina de la UAQ y al Comité Editorial, su cariño y estima constantes impulsan a llevar adelante estos proyectos. A nuestras autoridades académicas de salud, por la confianza en un servidor.

Que esta obra sea de beneficio para mejorar nuestro sistema de salud.

Que nuestros queridos alumnos y alumnas aprendan a participar en la sociedad, para no dejar caer nunca más nuestro anhelado sistema de salud.

Georgina Elizabeth Félix Bermúdez

A mi familia elegida, cuya amistad, confianza y apoyo han hecho de Querétaro mi hogar.

A las escritoras maravillosas, que despertaron en mí el amor por la escritura.

A Conchita (†), por llegar a mi vida, confiar en mí y hacer mis días felices durante tantos años.

Alfredo Renán González Ramírez

A todo el personal de salud nacional o extranjero.

Este trabajo corresponde a la inquietud de los integrantes del Colegio Médico de México, A. C. (CMM) y la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (Fenacome) de hacer una manifestación escrita de cómo vemos el sistema de salud en nuestro país, haciendo una revisión exhaustiva de la evolución del sistema y los avances que se han logrado desde épocas muy remotas hasta nuestros días.

Agradeciendo y reconociendo al doctor Rodrigo Miguel González por su labor de organizador y compilador.

Jaime José Gutiérrez Gómez

A las y los académicos en salud que, con pensamiento crítico y compromiso social, analizan y transforman el sistema de salud en México.

A quienes generan conocimiento desde la investigación y la docencia con una profunda responsabilidad ética. Este libro es testimonio de su aporte al desarrollo de una salud más justa y equitativa.

Martha Catalina Zalapa Covarrubias

A las y los trabajadores de la salud, en reconocimiento a su labor cotidiana y compromiso ético para sostener los sistemas sanitarios, incluso en condiciones adversas. Se exhorta a las autoridades sanitarias a considerar su contenido para el análisis y la formulación de políticas públicas que fortalezcan el sistema de salud que merecemos en México.

Irma Archundia Riveros

A mis padres, que me apoyaron y me enseñaron que la salud es el mayor tesoro

CONTENIDO

Prólogo	15
---------------	----

Jaime Agustín Gutiérrez Gómez

Introducción	17
--------------------	----

María Elena González Álvarez

Consideraciones del autor	19
---------------------------------	----

Rodrigo Miguel González Sánchez

Semblanza del doctor Eduardo Liceaga Torres: un médico al servicio de México	23
---	----

Agustín de la Isla León

SECCIÓN I: Antecedentes del sistema de salud en México

Capítulo 1 Medicina Prehispánica	29
---	----

Alfredo Renán González Ramírez

Capítulo 2 Modelo médico europeo de la época colonial	35
--	----

Jorge Alberto Osorno Gómez, Edgardo Arredondo Gómez, María Elena González Álvarez

Capítulo 3 Perspectiva del derecho a la salud	39
--	----

Irma Archundia Riveros, Jacinto Ramón Orta

Capítulo 4 Surgimiento de las instituciones públicas de salud	45
--	----

Abraham Adolfo Montalvo Parra

Capítulo 5 Los modelos de atención en salud en México	51
--	----

Didier Gómez Trujillo

SECCIÓN II: Condiciones de salud en la población mexicana

Capítulo 6

Transición epidemiológica	57
---------------------------------	----

María Valeria Jiménez Báez

Capítulo 7

Determinantes en salud	65
------------------------------	----

Jesús Fernando Colunga González

Capítulo 8

Salud de los trabajadores	71
---------------------------------	----

María Olivia Vega Pérez

Capítulo 9

La salud mental en México: historia, desafíos y perspectivas	79
--	----

Liliana Guadalupe Tapia

Capítulo 10

Envejecimiento y discapacidad	87
-------------------------------------	----

José Manuel Pérez Ángel

Capítulo 11

Enseñanzas de la pandemia por covid-19	95
--	----

Alejandro Ernesto Macías Hernández, Rodrigo Miguel González Sánchez

SECCIÓN III: Estructura del sistema sanitario

Capítulo 12

Función rectoral del IMSS Bienestar y la Secretaría de Salud	105
--	-----

José Antonio Danel Beltrán

Capítulo 13

La infraestructura en el sistema sanitario en México	109
--	-----

Didier Gómez Trujillo

Capítulo 14

Introducción al Consejo de Salubridad General	113
---	-----

Manuel Alberto Castro Zamora

Capítulo 15

El Consejo de Salubridad General: alcances y perspectivas	119
---	-----

Patricia Clark, Yamile Alonso Romo

Capítulo 16

Direcciones en salud a nivel federal: ¿cómo se constituyen?

¿qué relevancia tienen? 125

Manuel Alberto Castro Zamora

Capítulo 17

Las instituciones de seguridad pública 133

*Adrián Enrique Hernández Muñoz, Paulina Cruz López, Isaura Guevara Guerrero
y Lizet Olvera Bravo*

Capítulo 18

Institutos nacionales en salud: conformación y atención a la población 139

Abraham Adolfo Montalvo Parra

Capítulo 19

Modelo de atención a la población sin seguridad social 143

Manuel Alberto Castro Zamora

Capítulo 20

La medicina privada en México: aseguradoras médicas
en el contexto actual 151

Donají Miranda González

Capítulo 21

Enfermería, un inseparable aliado, siempre al cuidado
de los enfermos 157

Judith Valeria Frías Becerril, Enriqueta Rosas González, Víctor Manuel López Morales

Capítulo 22

Nutrición: un pilar insustituible en la salud 165

Fernando Ramón García García, Edna Judith Nava González, María Concepción Arellano Salazar

Capítulo 23

Origen y estado actual de la odontología en México 173

Elisa Rebeca Asencio Rentería

Capítulo 24

Odontología integral y perspectivas de atención 179

Ma. de Lourdes Arvizu Valencia

Capítulo 25

Optometría, situación actual en México y perspectivas 185

Santa María del Consuelo Álvarez Molina, Luis Rivas Iniesta

Capítulo 26	
Rehabilitación y el sistema público de salud	191
<i>Lucía Magdalena Allen Hermosillo</i>	

SECCIÓN IV: Financiamiento del sistema de salud

Capítulo 27	
Producto interno bruto destinado a la salud	199
<i>Rubén Antonio Gómez Mendoza, José Manuel Hernández Barrera, Filiberto Isaac Gómez Mendoza</i>	
Capítulo 28	
Línea de tiempo del gasto <i>per cápita</i> en salud	205
<i>Didier Gómez Trujillo</i>	
Capítulo 29	
Gasto de bolsillo en salud	209
<i>Rubén Antonio Gómez Mendoza, José Manuel Hernández Barrera, Filiberto Isaac Gómez Mendoza</i>	
Capítulo 30	
Distribución del presupuesto federal en programas de salud en México	221
<i>Martha Catalina Zalapa Covarrubias</i>	

SECCIÓN V: La actualidad en políticas públicas en salud

Capítulo 31	
El modelo de atención a la salud vigente en México	239
<i>Igor Martín Ramos Herrera, María Guadalupe Galván Salcedo, María Elena Guadalupe Casillas García y María Micaela García Zárate</i>	
Capítulo 32	
Cumplimiento de México con políticas sanitarias internacionales (OMS, la OPS y los ODS)	245
<i>Víctor Manuel Gutiérrez Gómez, Rodrigo Miguel González Sánchez</i>	
Capítulo 33	
Atención primaria en salud	255
<i>Ismael Francisco Herrera Benavente, Aldanely Padrón Salas</i>	
Capítulo 34	
El papel de los consultorios médicos asociados a farmacias en el primer nivel de atención	261
<i>Rodrigo Miguel González Sánchez</i>	

Capítulo 35	
Historia y situación actual de la cobertura vacunal en México	267
<i>Raúl Romero Cabello, Antonio Luévanos Velázquez, Rodrigo Romero Feregrino</i>	

Capítulo 36	
Corresponsabilidad y participación social en salud	281
<i>Juan Antonio Torres Castelán</i>	

SECCIÓN VI: Participación social, académica y regulación de la práctica médica

Capítulo 37:El surgimiento y la evolución de los colegios médicos en México y el mundo: marco jurídico	289
<i>Abraham Adolfo Montalvo Parra</i>	

Capítulo 38	
Certificación de profesionales de la salud y su importancia en la atención médica	295
<i>Felipe Chavelas Ochoa</i>	

Capítulo 39	
Las Comisiones de Arbitraje Médico en México. Funciones y atribuciones	301
<i>Genaro Vega Malagón, Fernando José Cruz López, Lorena Yazmín Valeriano Hernández, Jasein Haddad Cortes Ahumada.</i>	

Capítulo 40	
Historia de la fundación de la Academia Nacional de Medicina de México	307
<i>Raúl Carrillo Esper</i>	

Capítulo 41	
Antecedentes y estructura del Colegio Médico de México	321
<i>Belinda Cazares Gómez</i>	

Capítulo 42	
Historia y actualidad del sistema Teletón	327
<i>Ma de Lourdes Vega Vega</i>	

Capítulo 43	
Clústeres en salud: perspectiva de gestión sobre la atención privada	333
<i>Ramón Soto Ruelas, Juan Manuel Fraga Sastrías, Obed Suárez Córdova, Ingrid Nohemí Durán Martínez</i>	

SECCIÓN VII: Perspectiva de Educación

Capítulo 44

La Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México: educación médica de calidad para un mejor sistema nacional de salud	341
---	-----

Marcela González de Cossio

Capítulo 45

La nueva era de la educación médica en México: una visión hacia el futuro desde la AMFEM	351
--	-----

Ramón Ignacio Esperón Hernández, Jorge Luis García Macías, Haydeé Parra Acosta

Capítulo 46

La Facultad de Medicina de la UNAM: Historia y trayectoria en la educación médica	363
---	-----

Ana Carolina Sepúlveda Vildósola, Martha Eugenia Rodríguez Pérez

Capítulo 47

Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL: AutóHistoria y modelo formativo para el personal de salud	371
--	-----

Oscar Vidal Gutiérrez, Rafael Piñeiro Retif, Felipe Arturo Treviño Acosta, Carlos Eduardo y Medina de la Garza

SECCIÓN VIII: Condiciones sociales, formativas y laborales de los trabajadores de salud

Capítulo 48

Evolución de la educación médica en el país	387
---	-----

Salvador Bruno Valdovinos Chávez

Capítulo 49

Marco legal y normativo en México sobre derechos humanos y medicina	393
---	-----

Javier Mancilla Ramírez, Miriam Berenice Torres Vásquez, Ariadna Daniela Barajas Arteaga y Norma del Carmen Galindo Sevilla

Capítulo 50

El internado médico de pregrado: un año formativo	401
---	-----

Rodrigo Villaseñor Echávarri, María José Mulás Torres, José Halabe Cherem y Liz Hamui Sutton

Capítulo 51	
Retos y perspectivas del servicio social médico en el sistema de salud mexicano	405

Nora Angélica Castro Montes

Capítulo 52	
Las residencias de especialidades médicas	411

Saturnino Ramón Ruiz Salazar

Capítulo 53	
Actualidad y comparativa de los salarios del trabajador de la salud	415

Uriel Sandoval

SECCIÓN IX: Propuesta de mejoras de salud en la población

Capítulo 54	
La salud en todas las políticas	425

Damfne Goretti Delgado Machuca

Capítulo 55	
Perspectiva y actualidades del sistema de salud en México	431

Lenin Torres García, Adrián Enrique Hernández Muñoz, Sujey Ugalde Barrón, Vanessa Elizabeth López Zapata

Capítulo 56	
Camino a un sistema de salud universal	437

Dulce María Ramírez Saavedra

Capítulo 57	
Anticiparse a la enfermedad: políticas de prevención en salud en México	447

Georgina Elizabeth Félix Bermúdez

Capítulo 58	
Fortalecimiento de los procesos de atención médica	451

Damfne Goretti Delgado Machuca

Capítulo 59	
Participación social y comunitaria en el desarrollo sostenible en salud municipal	459

Hilda Rangel Flores

Capítulo 60	
Vigilancia epidemiológica: propuestas para su fortalecimiento	465
<i>Alberto Juárez Lira</i>	
Capítulo 61	
Innovación del sistema sanitario	471
<i>Abraham Adolfo Montalvo Parra</i>	
Capítulo 62	
El paradigma de la salud en México: perspectivas sociales, científicas y éticas	479
<i>Fernando Manuel Guerrero Meza, Andrea Munguía Sánchez</i>	
Capítulo 63	
Comparación entre el sistema de salud mexicano y el sistema de salud danés: una perspectiva ética, científica y humanística	485
<i>Fernando Manuel Guerrero Meza, Andrea Munguía Sánchez</i>	
Epílogo	491
<i>Alfredo Renán González Ramírez</i>	
Glosario	493
Siglas y abreviaturas	500
Semblanzas curriculares de autores	504
Índice y semblanzas curriculares de colaboradores	506

Prólogo

Jaime José Gutiérrez Gómez

La salud en México enfrenta una serie de retos estructurales y emergentes. En los últimos años el país ha experimentado avances y retrocesos en diferentes áreas del sistema de salud. En el panorama general de la situación actual, podemos identificarlo en estos rubros:

1. *Cobertura y acceso a la salud.* México cuenta con tres grandes instituciones que brindan servicios médicos: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA); además de las opciones privadas. Aunque se han realizado esfuerzos para ampliar la cobertura universal, aún persisten grandes desigualdades en el acceso, especialmente en áreas rurales o en las poblaciones más vulnerables. El Gobierno actual ha implementado el sistema de “IMSS Bienestar”, para integrar a los no derechohabientes; pero el reto sigue siendo monumental.
2. *Enfermedades crónicas no transmisibles.* México está enfrentando una epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión y la obesidad. Estas condiciones están en aumento debido a factores como dietas poco saludables, el sedentarismo y el acceso limitado a servicios preventivos y de tratamiento. La diabetes, en particular, se ha convertido en una de las principales causas de muerte en el país.
3. *Salud mental.* La salud mental también ha cobrado relevancia, especialmente tras la pandemia de covid-19. El estrés, la depresión y la ansiedad han aumentado considerablemente, con una gran demanda de servicios de apoyo psicológico. Sin embargo, la cobertura en salud mental sigue siendo insuficiente, tanto en términos de disponibilidad como de calidad de atención.

4. *Pandemia de covid-19*. Dejó secuelas profundas en el sistema de salud mexicano. Si bien la vacunación fue un éxito en cuanto a cobertura, la pandemia evidenció carencias de personal, de infraestructura hospitalaria, de insumos médicos y de la capacidad de respuesta ante emergencias. La crisis sanitaria también provocó un aumento en el retraso de tratamientos para otras enfermedades, afectando tanto a pacientes crónicos como a aquéllos con enfermedades graves no relacionadas con el virus.
5. *Perspectivas a futuro*. Las perspectivas en salud en México dependen en gran medida de cómo se gestionen las reformas en el sistema de salud. El Gobierno ha planteado la creación de un sistema más universal e inclusivo, pero se necesitan fuertes inversiones y cambios estructurales en la gestión y en la capacidad del personal médico. El énfasis en la prevención y en una mejor atención primaria a la salud es crucial para mejorar los índices de salud pública. Además, se requieren políticas más efectivas contra las enfermedades crónicas y el fortalecimiento de la infraestructura de salud mental.
6. *Desafíos sociales y económicos*. El contexto socioeconómico sigue siendo un factor limitante. La pobreza, la desigualdad y la falta de educación sobre hábitos saludables complican aún más los esfuerzos en salud pública. Además, la insuficiente financiación del sistema de salud puede seguir siendo un obstáculo para su expansión y mejora.

En resumen, aunque México ha logrado avances en materia de salud, los retos siguen siendo enormes. El futuro dependerá de una mejora integral en la cobertura, el acceso y la calidad del sistema sanitario, con un enfoque preventivo y más inclusivo. La lectura de cada capítulo, al final nos permitirá tener una visión de lo que fuimos, en dónde estamos y hacia dónde vamos en el sistema de salud en México; el esfuerzo de cada participante en la realización de este libro, en darnos objetivamente su punto de vista desde su área de experiencia y sitio de trabajo, nos permite ver la descripción de una realidad, dejando entrever una propuesta de cambio, que sin duda anhelamos todos los médicos y personal de salud del país.

Agradecemos a todos los colaboradores que han dado su tiempo y esfuerzo a la realización de esta obra, a la Facultad de Medicina de la UNAM, a la Academia Nacional de Medicina, al Colegio Médico de México (Fenacome) y a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, por la confianza, aval y respaldo para que este trabajo colegiado pueda ver la luz, en las condiciones actuales del sistema de salud de México.



Introducción

En medio de un arduo trabajo académico emanado del Colegio Médico de México (Fenacome), de su fuerza gremial, de sus estatutos, misión y visión; con la representación médica y del personal de salud en el frente de atención a los enfermos. Asumimos la responsabilidad de impulsar esta obra, de la misma forma crecerla y compartirla, con el mayor deseo de que tenga el impulso suficiente, impacto, difusión y representatividad de todo el gremio médico, en un afán legítimo, apartidista y con el único objetivo de garantizar información para el mejor acceso a la salud de la población. Esta obra trata de la descripción de todo nuestro Sistema de Salud, asociado a una propuesta de mejora.

No podemos dejar de reconocer los grandes liderazgos académicos de salud del país: encabezados por la Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola (directora de la Facultad de Medicina de la UNAM), el Dr. Raúl Carrillo Esper (presidente de la

Academia Nacional de Medicina), el Dr. Ramón Ignacio Esperón Hernández (presidente de la AMFEM), la Dra. Marcela González de Cossío Ortiz (presidenta de Acanamed) y de la Dra. Silvia Lorena Amaya Llano (rectora de la Universidad Autónoma de Querétaro), para que este trabajo colegiado sea tomado en cuenta y adoptado como un esfuerzo colectivo de las instituciones académicas de salud del país.

María Elena González Álvarez
Presidenta bienio 2025-2027
Colegio Médico de México
(Fenacome)

Consideraciones del autor

Rodrigo Miguel González Sánchez

Apreciables lectores y comunidad de la salud de México, reciban un fuerte abrazo y mis mejores deseos de que esta obra represente, al menos en parte, un cambio sustancial para nuestro sistema de salud. La idea de plasmar de forma descriptiva el sistema de salud en México tiene más de 12 años y surgió como un encargo. Veo con gran alegría y profundo respeto la oportunidad que se me ha brindado de impulsar este proyecto desde el Colegio Médico de México, A. C. (Fenacome), gracias a la confianza del doctor Jaime José Gutiérrez Gómez en mi persona y del doctor Alfredo Renán González Ramírez por la continuidad de esa confianza.

A casi tres años del inicio del proyecto, esta obra ve la luz, anclada a las instituciones académicas líderes en salud del país y con el único afán de servir como instrumento para evidenciar, en toda su amplitud, dimensión y magnitud, nuestro sistema de salud con sus carencias, necesidades, fortalezas y áreas de oportunidad, con el propósito de que posteriormente un grupo colegiado analice esta información y, con la voluntad de nuestras autoridades gubernamentales, se logre la tan anhelada reingeniería del sistema de salud, deseada por toda la comunidad sanitaria y por todas las mexicanas y mexicanos. Garantizar el acceso universal a la salud, como se establece en el artículo 4º de la Constitución: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

México ha edificado su sistema de salud, como todos los países, partiendo de la medicina tradicional hacia una medicina cada vez más científica, que también debería ser la más humana. Nuestro país experimentó un auge particular entre las décadas de los años cincuenta y setenta, caracterizado por un liderazgo regional en salud frente a América Latina, con la creación de las principales instituciones sanitarias, como el IMSS y la Secretaría de Salud, los grandes centros médicos, así como las escuelas de medicina con mayor trayectoria y prestigio académico, que continúan con una labor destacada.

Hoy, a 75 años de esas iniciativas, resulta pertinente una reestructura generalizada, iniciando por la universalidad del sistema de salud, retomando con compromiso el fortalecimiento del primer nivel de atención, garantizando la accesibilidad y destinando recursos suficientes del presupuesto federal, cercanos al 12% del PIB (6% gubernamental y 6% privado, como sugieren los indicadores de la OCDE y la OMS), para que México refrende su liderazgo internacional con una visión asistencial, de capacitación comunitaria e investigación, como parte del perfil integral del profesional de la salud.

En la actualidad nuestro país mantiene un acceso limitado a la salud para la población. Se destina aproximadamente 2.5% del PIB por parte del Gobierno y 3% en el sistema privado. La rectoría del sistema de salud ha transitado de la Secretaría de Salud al IMSS-Bienestar en un intento de brindar atención a quienes más lo necesitan; sin embargo, esta transición borra de un plumazo las OPD estatales, genera nuevas estructuras administrativas, fragmentando aún más el sistema y provocando confusión institucional respecto al liderazgo y las vías de acción.

El primer nivel de atención se observa dividido en dos sectores: los consultorios adyacentes a farmacias y el sistema de salud público. Esta fragmentación afecta la atención sanitaria debido a la falta de seguimiento del marco normativo y a la ausencia de reporte epidemiológico por parte de los consultorios privados, lo que reduce las acciones de promoción y prevención y privilegia el acceso a la salud únicamente para quienes cuentan con recursos económicos. En un escenario ideal, el sistema nacional de salud debería concentrar el control de estas intervenciones para lograr una buena toma de decisiones. La ausencia de un registro digital nacional o de un expediente clínico único para todos los mexicanos constituye otra de las áreas críticas a resolver.

La pandemia por covid-19 desnudó nuestro sistema de salud, haciendo evidente la necesidad de contar con cadenas de suministro sólidas que garanticen medicamentos e insumos de calidad suficientes para la atención sanitaria. La desaparición de Birmex como eje en la distribución nacional de biológicos deterioró la cobertura vacunal y evidenció múltiples áreas de mejora que se desarrollan a lo largo de esta obra.

En el ámbito educativo, la disminución de recursos destinados a la educación pública en universidades formadoras de profesionales de la salud, el incremento de escuelas de baja calidad, el exceso de residentes en instituciones sin modelos pedagógicos adecuados, la escasez de personal sanitario y el déficit de hospitales generan un semillero de nuevos profesionales con deficiencias formativas y limitaciones para ejercer un liderazgo proactivo en la atención de la población.

El médico enfrenta una progresiva pérdida de identidad profesional, reflejada incluso en la ausencia de uniforme y en el distanciamiento de su quehacer clínico frente al paciente. Esta situación se relaciona con el exceso de trabajo hospitalario, el institucionalismo que ha descuidado la contratación laboral adecuada del personal de salud y la falta de representatividad en los espacios de decisión. A ello se suma la fragmentación del gremio en múltiples asociaciones, colegios y sociedades con limitada capacidad de gestión, lo que ha generado un entorno de sobrecarga, frustración y baja motivación, favoreciendo la aparición de ansiedad, depresión y del síndrome de *burnout*, que actualmente afecta a cerca de la mitad de los profesionales de la salud en el país.

Ojalá que usted, estimado lector, encuentre en este libro un mayor conocimiento de nuestro sistema de salud, ya sea como estudiante, trabajador sanitario o servidor público, y que esta obra sea de gran ayuda para usted y contribuya a congregarse voluntades suficientes para la toma de mejores decisiones orientadas a fortalecer nuestro sistema nacional de salud, reconociendo en nuestros pacientes a los principales destinatarios de nuestros esfuerzos.

En los capítulos finales se proponen acciones concretas: 1) mayor inversión en salud; 2) reestructuración institucional; 3) revalorización del médico y del personal sanitario; 4) fortalecimiento del primer nivel de atención; 5) educación de calidad para los futuros profesionales de la salud; 6) fomento de la investigación y la bioética; 7) atención sanitaria municipal.

Dedicamos esta obra a todas las médicas, médicos y personal de salud que trabajan diariamente con un compromiso genuino por mejorar la calidad de vida de sus pacientes, cuyos esfuerzos engrandecen, dignifican y subliman la vocación del médico y del personal de salud. Son, sin duda, nuestro mayor orgullo.

Agradezco a San José su mediación para llevar este proyecto a buen puerto y, sobre todo, la confianza del Divino Redentor para concretarlo, con la esperanza de que sea de utilidad para todo el país.

Semblanza del doctor Eduardo Liceaga Torres: un médico al servicio de México

Agustín de la Isla León

El doctor Eduardo Liceaga Torres es una de las figuras más completas y trascendentes de la medicina mexicana de finales del siglo XIX y principios del XX. Su trayectoria representa la conjunción virtuosa entre el ejercicio clínico, la docencia, la investigación científica y la organización sanitaria del Estado, en una época marcada por profundas transformaciones sociales y científicas. Fue, en el sentido más amplio del término, un médico de su tiempo y un constructor de instituciones.

Nacido en Guanajuato en 1839, Liceaga se formó en la Escuela Nacional de Medicina dentro de una generación que comenzó a transitar de la medicina empírica a la medicina científica. Desde sus años de estudiante destacó por su disciplina intelectual, su capacidad analítica y su rigor clínico, cualidades que lo llevaron a obtener los más altos reconocimientos académicos y, en 1866, el título profesional acompañado de medalla de oro. Muy pronto se incorporó a la enseñanza médica, convencido de que la formación del médico debía sustentarse en la observación directa, el hospital y la experiencia clínica sistemática. No fue casual que sus contemporáneos lo reconocieran como el higienista más distinguido de su época en nuestro país.

Su prestigio profesional lo convirtió en médico de confianza de doña Carmen Romero Rubio y posteriormente del general Porfirio Díaz. Más allá de la cercanía personal, esta relación reflejó el reconocimiento a un médico de juicio sólido y carácter íntegro. Díaz supo ver en Liceaga a un profesional capaz de transformar el conocimiento médico en políticas públicas eficaces, razón por la cual lo nombró presidente del Consejo Superior de Salubridad, desde donde impulsó una visión moderna de la higiene y la prevención en México.

Una de sus obras más duraderas fue la concepción y puesta en marcha del Hospital General de México, institución pensada no sólo para la atención de los enfermos, sino también como espacio de enseñanza, investigación y formación médica. Por sus méritos en la clínica, la docencia y la organización sanitaria, fue nombrado su primer director y concibió al hospital como una institución científica, capaz de formar generaciones de médicos y de dignificar la atención al paciente.

En el ámbito científico, su aportación al tratamiento de la rabia constituye un hito. Tras su contacto directo con Louis Pasteur, en 1888 introdujo en México la vacuna antirrábica y promovió su aplicación sistemática, contribuyendo de manera decisiva a cambiar el destino de una enfermedad que hasta entonces era casi siempre mortal.

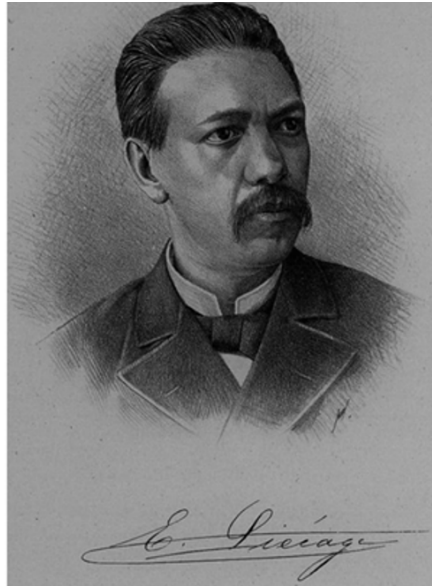
Una de las facetas más notables de su trayectoria fue su atención constante a la salud infantil, en un tiempo cuando la pediatría aún no se concebía como una especialidad plenamente diferenciada. Convencido de que la niñez requería un abordaje médico propio, impulsó espacios específicos para la atención de los niños y promovió criterios clínicos acordes con sus necesidades.

Esta visión quedó reflejada en la planeación del Hospital General de México, concebido como una institución moderna, científica y docente. Liceaga participó directamente en la definición del proyecto y en la organización por pabellones. La construcción del hospital, bajo su coordinación, se inició en 1896 y culminó con su inauguración el 5 de febrero de 1905, fecha que marcó una nueva etapa para la medicina institucional del país.

Eduardo Liceaga fue, ante todo, un médico consciente de su tiempo y de su responsabilidad histórica. Como médico, resulta inevitable reconocer en su figura a un referente ético y profesional. Su ejemplo recuerda que la ciencia médica alcanza su verdadera dimensión cuando se pone al servicio de la sociedad, con disciplina, humanidad y sentido de responsabilidad histórica. Liceaga entendió que curar no basta si no se previene, si no se organiza y si no se piensa la salud como un bien colectivo. Su legado sigue vigente para quienes ejercemos la medicina en un tiempo distinto, pero con responsabilidades semejantes: estudiar, servir y actuar con conciencia histórica.

Iconografía histórica (véanse figuras 1 y 2).

Figura 1. Retrato del doctor Eduardo Liceaga (1888).



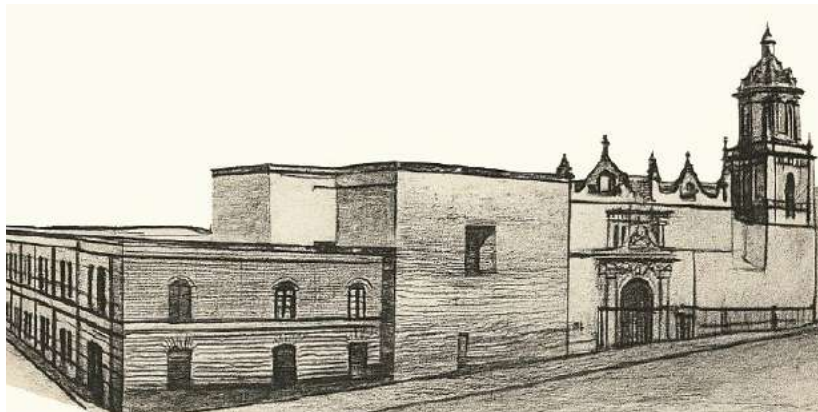
Fuente: El doctor Eduardo Liceaga, el más antiguo de los “pediatristas” mexicanos. Imagen obtenida de Paz I, editor. Los hombres prominentes de México. México: imprenta y litografía de La Patria; 1888.

Figura 2. Hospital General de México, sede original.



Fuente: Centenario del Hospital General: Historia de la Medicina Mexicana. México: Lunwerg Editores; 2004. Portada.

Figura 3. Hospital de Jesús.
Oficialmente Hospital de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno



Fuente: Gac Med Bilbao. 2017;114(1):22-26. En <https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/viewFile/171/177>

Sección I:

Antecedentes del sistema de salud en México

Capítulo 1

Medicina prehispánica

Alfredo Renan González Ramírez

La medicina tradicional en México tuvo su origen, según los registros, entre los siglos xv y xviii (véase figura 1); antes de que se contara con éstos, ya se contaba con un acervo cultural sustantivo referente a los cuidados de la salud en la población originaria. Posterior a la llegada de los españoles y de algunas otras culturas que arribaron a nuestro país después de la conquista, se complementaron estos conocimientos y costumbres para dar paso al desarrollo de la atención a la salud en nuestro país.

Figura 1: fragmento de un mural de Diego Rivera titulado “La historia de la medicina en México: El pueblo en demanda de salud”



Fuente: Diego Rivera (1929–1935). *Épopeya del pueblo mexicano* (detalle) [Mural]. Palacio Nacional. Fotografía de Ernesto Peñaloza, 2011, archivo de la Coordinación de Bienestar Social, en Gobierno de México https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715986/PATRIMONIO_ARTISTICO_IMSS_DIEGO_RIVERA.pdf.

La mayoría de los analistas reconocen tres fuentes básicas en el desarrollo de la medicina tradicional mexicana entre los siglos xv y xviii (prehispánico, hispánico y afro), así como toda una serie de fuentes complementarias que se fueron incluyendo sobre todo entre los siglos xviii y xxi. No obstante, gran parte de los principales especialistas consideran que el núcleo de la medicina tradicional es la medicina prehispánica.

Viesca sostiene que “nuestra medicina tradicional” está integrada por lo prehispánico, lo europeo, lo español, lo árabe, lo galeno/hipocrático, lo francés, lo africano, que llegaron durante el periodo colonial, y también conformada por el mesmerismo, la frenología, el psicoanálisis y los aspectos biomédicos. El mismo autor señala la carencia de documentos prehispánicos que proporcionen datos precisos acerca de medicina, herbolaria o temas médicos; todo lo que se menciona al respecto ha sido recabado de usos y costumbres de grupos originales actuales, partiendo del hecho de suponer que pertenecen al pasado.

Los nativos vivían en una estrecha relación con el medio ambiente, las plantas, los animales y el cosmos; motivo por el cual fueron perseguidos por los inquisidores al acusarlos de supersticiosos, hechiceros o adivinos.

Los historiadores y antropólogos sólo hacen referencia a la medicina prehispánica asociada a la cosmovisión dominante en nahuas y mayas, y no la mencionan en la sociedad médica hispana, como si ésta no hubiera existido.

En aquel tiempo se menciona que la esperanza de vida para los mexicas era de 30 a 36 años, mientras que para los hispanos era de 25 a 35 años, estimando una alta tasa de mortalidad general en el grupo etario menor a los cinco años, ya que a esa edad el 30% de los niños nacidos vivos había muerto, en parte debido a la elevada mortalidad materna relacionada con el parto, o a fallecimientos en los varones por heridas o lesiones en combates o sacrificio.

Es de todos conocida la presencia de enfermedades infectocontagiosas que llegaron con los conquistadores: como la viruela, sarampión, peste bubónica, escarlatina, difteria, fiebre amarilla, así como varios tipos de tifus, lo cual ocasionó una catástrofe demográfica en los siglos xvi y xvii. Mientras que las enfermedades documentadas principalmente en los grupos indígenas eran afectaciones corporales, cólicos, fiebres intermitentes y puerperales, las adquiridas por los conquistadores destacan la viruela, el tifus, afecciones urinarias y enfermedades respiratorias, entre las que se hace referencia a la tuberculosis.

Es en este punto donde los investigadores consultados mencionan en el grupo indígena una relación de las enfermedades con las acciones de los dioses o criaturas sobrenaturales, molestos por el comportamiento de los pobladores al no cumplir con sus obligaciones religiosas y desobedecer mandatos religiosos,

hechicerías, acciones de los vientos relacionados con el frío o el calor, hechos naturales ambientales: como heridas, contusiones, o amputaciones; por los enfrentamientos bélicos o procesos laborales.

Mientras que en el grupo hispano, las epidemias, el desequilibrio de los cuatro humores reconocidos, frío-calor, húmedo-seco, emociones como la ira, tristeza, temor, envidia, las atribuidas a los días de la semana (martes y viernes, días nefastos). Aunque algunos especialistas mencionan la atribución a desequilibrios humorales, miasma y brujería.

La concepción de equilibrio-desequilibrio, que era parte de la medicina galénica-hipocrática, no sólo dominaba la medicina académica española, sino que era parte de la medicina popular, de tal manera que las purgas para limpiar el cuerpo, así como la sangría, eran procedimientos frecuentes realizados domésticamente o a través de curadores especializados en sangrías, utilizadas también por los mayas. La necesidad de equilibrio la describe Alonso en 1541 respecto de las mujeres preñadas, cuyos partos, de ser posible, deberían hacerse en lugares secos y en los que se hayan “expurgado los vapores húmedos”. Esta medicina cuestionaba los excesos y proponía la moderación en los diferentes ámbitos de la vida, desde los excesos sexuales hasta los excesos alcohólicos.

Uno de los textos básicos, publicado en 1628, titulado *Tratado de las supersticiones*, por Ciruelo, dedica un capítulo especial a los sueños y a los sujetos que adivinan a través de éstos, considerando que tales adivinaciones tienen que ver con pactos demoniacos, y los utilizan para hacer el mal, según el autor, se preguntaba al enfermo: ¿cómo ha dormido?, ¿ha soñado?, y lo relaciona con su estado humoral y la influencia de los aires.

De las referencias revisadas se puede mencionar que en ambas sociedades lo sobrenatural y los rituales sociales son básicos en la solución real o imaginaria de los padecimientos, lo cual fue poco eficiente para las terapias existentes; aun así, se señala que Hernán Cortés reconoció a la medicina mesoamericana, solicitando a Carlos V “*que no permitiera pasar médicos españoles a México, porque la destreza y los conocimientos de los médicos aztecas, lo hacían innecesario*”, si bien no se aceptaba que eran mejores, desarrollaban actividades eficaces comparadas con las de los hispanos, destacando el uso de la herbolaria, las diversas técnicas quirúrgicas, la atención de parto por personal específico para ello (parteras) y en cuclillas.

En los grupos mexicas existía una división de médicos: los sacerdotes, quienes atendían los males enviados por las divinidades, los médicos hechiceros que curaban, pero también podían ocasionar el mal, y los médicos empíricos; el grupo más numeroso, que practicaban medicina y cirugía, y las parteras.

En los grupos hispanos existían los médicos de formación universitaria, cirujanos barberos, curanderos no académicos (saludadores, herbolarios, embalsamadores) y parteras.

Aun así, en las zonas rurales siempre se buscó una forma no ortodoxa de curación; existían curanderos con remedios medicinales para buscar objetos perdidos, como animales, mal de amores, a través de curas, pociones, encantamientos, hechizos o consejos. En zonas rurales, los clérigos practicaban costumbres tradicionales: ritos, oraciones, ofrendas o danzas.

Se sabe que la población europea (españoles, criollos y mestizos no pobres) era atendida por médicos universitarios; por cuestiones económicas, el resto recibía atención de curanderos españoles o curadores nativos.

En ambas poblaciones existían los hospitales destinados a viejos y enfermos pobres o a soldados mexicanos, sitios para acoger a los desamparados, marginados, pobres, vagabundos, viudas y huérfanos. Es decir, los que carecían de una red familiar o vecinal para atenderlos.

Lugar para que una parte de los más pobres murieran y no para atenderlos, ya que el objetivo de estos hospitales “era proteger y cuidar a los desvalidos [...] No se las concebía como instituciones ‘médicas,’ sino como albergues polivalentes para situaciones de infortunio, en las cuales no trabajaban médicos”.

Si bien entre los siglos XVI y XVIII se había generado una diferenciación tanto en Europa como en Mesoamérica entre la medicina universitaria y el resto de las formas médicas, identificándose la primera con los saberes académicos, y apareciendo las otras formas como empíricas y supersticiosas, lo cierto es que, en términos de uso, la mayoría de la población utilizaba en los países europeos y en Mesoamérica las formas médicas populares, debido en gran medida a la falta de eficacia y a los altos costos de la medicina universitaria. Pero esta situación comienza a modificarse desde finales del siglo XVIII, inicialmente en países europeos como Francia e Inglaterra, donde se generan constantes avances en la capacidad diagnóstica y en las intervenciones quirúrgicas, aun cuando mantenían una escasa eficacia terapéutica a nivel clínico. Esta escasa eficacia, junto con el mantenimiento de teorías como la de los miasmas, que también formaba parte de los saberes populares, siguió posibilitando que la mayoría de la población siguiera demandando la consulta con curadores populares al no percibir los beneficios prácticos de la biomedicina.

Como podemos darnos cuenta hasta este punto, el mencionar la medicina prehispánica es asombroso, satisfactorio e interesante, ya que nos permite ver hacia el pasado, observar lo que ha evolucionado en el quehacer de la

medicina; destacar que, en ese tiempo, la medicina estaba basada mayormente en la herbolaria y el conocimiento del cosmos. Se pueden mencionar ciertos procedimientos de los grupos indígenas, desde el conocimiento profundo de la herbolaria hasta el uso de pelo o mandíbulas de hormiga para coser heridas; la medicina de los antiguos pueblos prehispánicos merece todo nuestro reconocimiento por su gran ahínco y la sed de tener grandes avances.

En general, se decía para esos tiempos que la salud consistía en mantener un equilibrio entre las funciones del cuerpo y las fuerzas del universo, considerando las enfermedades como aquellas modificaciones de las propiedades del cuerpo humano, su estructura, función y relación con otros seres, más o menos atendiendo a lo que hoy conocemos como el equilibrio biopsicosocial.

En las investigaciones bibliográficas consultadas, algunos autores mencionan que los diversos procedimientos médicos estuvieron enfocados en atender las causas y síntomas, buscando minimizar las acciones de castigo de los dioses, seres malignos y hechiceros. Se relatan acciones ritualistas y humildes, dirigidas a Tezcatlipoca (dios de la noche y las cosas materiales) en actos públicos, para eliminar alguna epidemia, o bien la reproducción de la historia de cómo Yappan (alacrán) picó a un niño y su madre lo cubrió ocultándolo para evitar su muerte mientras aplicaba tabaco para evitar que el veneno se absorbiera.

Ejemplos hay muchos, ya que la atención se basó principalmente en herbolaria, como por ejemplo el uso del toloache, el cual en bajas dosis fue utilizado para los cólicos del lactante, pero en dosis mayores podría alterar el estado psíquico del paciente e incluso matarlo.

Dichas sustancias no sólo provenían del reino vegetal, sino también del reino animal; por ejemplo, se mencionan las mezclas de cola de tlacuache con una planta denominada cihuapahtli (*Montanoa tormentosa*), cuyos efectos en dosis mínimas se utilizaban como anticonceptivo, pero en dosis mayores como abortivo o acelerante del trabajo de parto.

Los datos acerca de los efectos son muchos y muy variados. En el *Códice de la Cruz Badiano* se menciona la administración de una infusión de Tlatlacotil plante, perteneciente al género de las aristolochias, para corregir la luxación temporomandibular; la acción consistía en provocar un vómito intenso con fuertes arqueos, resultando en la reducción de la luxación.

Se tenía un muy amplio conocimiento acerca del tratamiento de las heridas, existía una clasificación basada en la profundidad, estructuras afectadas, etc., las cuales deberían ser suturadas con cabello, utilizando como agujas las espinas de maguey para aproximar los bordes; después de una intervención, se menciona la utilización de mandíbulas de hormigas trabajadoras, colocán-

dolas sobre la lesión para que mordieran y perforaran la piel de ambos lados, se decapitaban y se obtenía la sutura.

Fray Bernardino de Sahagún relata acerca de las lesiones en la nariz, o en el pabellón auricular, que se reimplantaban o se retiraban al adquirir el color oscuro de la necrosis. Se obtiene información acerca de la remoción de pterigiones, del tratamiento de las fracturas, al realizar reducciones de éstas, para posteriormente inmovilizarlas, aplicando emplastos de raíz de ocote y tuna, los que, al secarse, se endurecían, cubrían y acojinaban la parte afectada con plumas y lienzos, dejando el tiempo suficiente no menor a 30 días para la consolidación.

Como vemos, al lanzar una mirada al pasado nos damos cuenta de la complejidad de la atención a la salud en esa época y de la influencia de múltiples culturas y puntos de vista, que prefiguran un panorama religioso, mágico, científico, interesante de analizar, para identificar que incluso en nuestros días hay algunos atisbos de todas estas creencias y han sido definitivamente el principio del sistema de salud que vivimos actualmente.

Referencias bibliográficas

- Aguirre Beltrán, G. (1986). *Antropología médica*. México: CIESAS.
- Ciruelo, P. (1986). *Tratado de las supersticiones*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- Collado, R. (1979). El paradigma en la dialéctica de las medicinas americanas. *Estudios del Tercer Mundo*, II(4), 651-662.
- Comelles, J. M., González, E. M., y Olive, M. A. (1993). El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: El caso del Pio Hospital de Valls. *Dynamis*, 13, 201-234.
- Kamen, H. (1998). *Cambio cultural en la sociedad del Siglo de Oro: Cataluña y Castilla siglos XVI-XVII*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- López Austin, A. (1980). *Cuerpo humano e ideología*. México: UNAM.
- Martínez Cortés, F. (1984). Introducción. En: Viesca Treviño. C., y López, A. (Coords.), *México antiguo* (pp. xv-xix). México: UNAM.
- Menéndez, Eduardo L. Doctor en Ciencias Antropológicas. Doctor *Honoris Causa*, Universitat Rovira i Virgili, Catalunya. Doctor *Honoris Causa*, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor-investigador emérito, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México. emenendez1@yahoo.com.mx
- Schmitz, C. (2016). *Los enfermos en la España barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: Espacios, estrategias y actitudes*. España: Universidad de Valencia.
- Viesca Treviño, C. (1987). Las causas de la enfermedad desde el punto de vista de la medicina tradicional y la occidental. *Antropología y prácticas médicas* (pp. 13-32). México: UNAM.

Modelo médico europeo de la época colonial

Jorge Alberto Osorno Gómez

Edgardo Arredondo Gómez

María Elena González Álvarez

En nuestro país, como herencia de la conquista, la medicina creció con un claro sincretismo entre la autóctona tradicional, básicamente herbolaria, y las prácticas traídas de Europa que, hoy incluso son claramente manifiestas por la diversidad de los servicios médicos a los que se tiene acceso, tanto en el sector urbano como en el rural; también por el gran arraigo que la medicina tradicional mantiene vigente, sobre todo en zonas apartadas, pero también con el sello propio de un Estado corporativista que regula y arbitra a la profesión médica y a las relacionadas en sí, con el tema sanitario, como en su momento lo fue: el llamado Protomedicato Colonial.

La conquista de México ha sido analizada desde diversos puntos. Un encuentro de culturas, para lo cual a muchos les resulta el sometimiento de una a la otra, pero lo cierto es que, a la conquista territorial *per se*, debía agregarse también la forma más inmediata que concierne a la religión y a la cultura. Por la conquista, la Iglesia católica ha sido estigmatizada como represora, por la forma con la que los españoles intentaron desde el primer momento erradicar la costumbre politeísta de los pueblos indígenas, en diversas zonas de Mesoamérica; pero habría dos puntos que destacar a su favor: en primera instancia los verdaderos misioneros, que son por así decirlo, el lado amable de este sometimiento, y en segunda, el efecto que tendría la enorme relación que había entre la medicina europea y la religión católica, la cual no tardó en manifestarse al caer Tenochtitlan, circunstancia que se vio manifestada

incluso en la arquitectura, cuyo modelo novohispano de atención médica fue traído a especie de calca: siempre se encontraba un templo en el sitio adyacente a cualquier hospital, y abundan los casos en donde funcionaron sanatorios dentro de los mismos conventos.

Así como en Europa durante el siglo xv fue el del auge de los hospitales, el siglo xvi lo fue en el territorio mexicano, ya que se construyeron 128 hospitales en el amplio territorio de la Nueva España; sólo en la capital se fundaron nueve.[1]

Se reconoce al Hospital de la Purísima Concepción como el primero en México y en el continente americano, construido bajo el mando de Pedro de Vázquez y por orden expresa de Hernán Cortés, edificando a su muerte la Iglesia de Jesús; cambiándosele el nombre a Hospital del Marqués del Valle de Oaxaca, hasta que, al terminar la iglesia, se le denominó Hospital de Jesús; como dato histórico: en el año 1643 en este sitio se haría la primera autopsia. A este evento le siguieron: el Hospital del Amor de Dios (1534) bajo la supervisión de fray Juan de Zumárraga, el Hospital Real de Naturales (1551) en el virreinato de Luis de Velasco, construido para la atención exclusiva a indígenas. Posteriormente se levantó el Hospital de San Hipólito, bajo la supervisión de Bernardino Álvarez (1566), que incluía un albergue o casa para pacientes enajenados; el Hospital de la Santísima (1568); el de San Lázaro fue construido cuatro años después y fue considerado el primer leprosario. El Hospital de la Virgen de Monserrat (1584) se creó para pacientes terminales. En el año 1600 fue fundado el Hospital del Espíritu Santo, con asistencia especial a indigentes. Antes, en 1582, se había instaurado el Hospital de San Juan de Dios para la atención de mulatos y mestizos, y aquí se estableció la primera casa cuna del país. En 1626 se levantó el Hospital de San Andrés y el Hospital de Betlemitas en 1653. A éstos les sucedieron el Hospital de Terceros (1756), el Hospicio de los Pobres (1767) y el de San Pablo (1774). Muchos de éstos desaparecieron o fueron sustituidos después del decreto de 1820, que desaparecía las órdenes monásticas ante la llegada del México independiente.[2]

Para vigilar el ejercicio y la enseñanza en medicina, se instituyó durante la Colonia el Protomedicato en 1628, que además vigilaba las supervisiones sanitarias y la higiene pública. Formado por egresados de las primeras universidades, se estableció un orden jerárquico de trabajadores de la salud: cirujanos latinos, cirujanos romancistas, flebotomianos, parteras, dentistas, oculistas, hernistas y algebristas —es decir, hueseros—. Este modelo tuvo vigencia hasta el fin del virreinato. [3] Para el siglo xviii la salud pública contemplaba el registro y autorización de los nuevos médicos: flebotomistas, cirujanos, boticarios; pero también, como se ha señalado, la inspección a hospitales y boticas, e

incluso el control y censura de la información médica, la eliminación de médicos charlatanes, y además, intervenía como árbitro en temas médicos legales.

Asimismo, la enseñanza médica tenía un fuerte sello clasista, ya que en las universidades novohispanas la pureza de sangre parecía ser un requisito. Los descendientes de españoles tenían preferencia sobre criollos, mestizos e indígenas en el acceso a la educación.[4] Sin embargo, esta práctica inicial fue gradualmente decayendo. Los conocimientos científicos venían de la mano de una buena dosis de benevolencia y cariz humanitario, ya que desde esa época se establecía que los practicantes médicos, incluyendo parteras, tenían la obligación de atender gratuitamente a cierto número de enfermos. Otra característica en el ejercicio sanitario era la gran intromisión de la Iglesia.

Queda claro que, desde entonces, la concentración de médicos en las ciudades y la escasez en zonas rurales hicieron florecer el curanderismo y los charlatanes. Contrastando en las ciudades con cierta actitud arrogante, los médicos eran afines a cierta retórica; por ejemplo, eran renuentes a la atención a domicilio, sobre todo por la noche.

Pero ¿qué medicina se practicaba en la época colonial? A diferencia de lo que ocurrió con la religión o la arquitectura, no se puede hablar de la imposición de un sistema médico occidental de base hipocrática-galénica en el área de la salud, si bien la presencia de hospitales y sanatorios le dio un sello europeo, la gran mayoría de la gente conservaba los usos y costumbres prevalecientes en la población originaria: convalecía en sus casas, se les ayudaba a modificar los factores de la naturaleza, antes de indicar algún medicamento o intervención quirúrgica; se dejaba al entorno su evolución hasta lograr la curación, adelantándose por mucho al conocimiento de la historia natural de la enfermedad, en sus diversos niveles de atención y tratamiento. En pocas palabras, se buscaba de acuerdo con el método tradicional, conservar el cuerpo lo mejor posible: mucho reposo, muchos líquidos, en algunos casos favorecer el aire limpio y el sol; de ser necesario, intervenir al paciente cuando las enfermedades que se consideraban externas, lo ameritaban (heridas, traumas, e incluso problemas dentales que cayeron en territorio de los entonces calificados como cirujanos, muchos de quienes eran al mismo tiempo hasta barberos).[4,5] Esto hizo que al iniciarse *de facto* la práctica médica, hubiera una clara distinción entre los médicos y los cirujanos, que se fue perdiendo conforme se fueron integrando reformas educativas, entre otras, sustituyendo a Galeno por Vesalius, con el gran auge dado por las disecciones, y la mejor atención al trato de heridas, que dejaron de ser manejadas en forma cruenta (por cauterización o aplicación de aceite hirviendo),[6] hacia el empleo de cataplasmas, en donde comienza

a utilizarse otro importante ingrediente que tuvo la medicina colonial: el uso de la herbolaria.

Para tener una idea de la contribución médica de América a Europa: Francisco Hernández fue el autor de *Rerum Medicarum Novae Hispaniae, Thesaurus*, impreso en Roma en 1651, un tipo de *best-seller* de la época, ya que hay que admitirlo, la herbolaria mexicana había despertado una especie de furor en los médicos del viejo continente.[7] Y como se diera en muchas partes del mundo, hablar de medicina en estos tres siglos de la Colonia es conceptualizarse en una recurrente intersección entre el ámbito religioso, familiar y la experiencia; esta última, con la fuerte presencia de las medicinas amerindias; tan fuerte es esta presencia, que incluso fray Motolinía escribió: “Hay algunos médicos de los naturales de tanta experiencia, que muchas enfermedades viejas o graves que han padecido los españoles, durante largos días sin hallar remedio [...], estos indios las han sanado”.

Es por esto que, siendo certeros, no tajantes, el modelo europeo se instauró gradualmente. Por lo que no hay una separación entre la medicina europea y la medicina indígena; las prácticas y los saberes médicos de la población novohispana desde el mismo instante en que se inició el contacto entre colonizadores y colonizados se conformaron en esta compleja amalgama, que es el mestizaje.[8]

Referencias bibliográficas

- Ortiz Quezada, F. (2011). *La medicina novohispana en medicina mexicana (breve historia ilustrada)* (pp. 39-47). México: Nieto Editores.
- Sordo Noriega, A. (1957). Historia de los hospitales de México desde la época colonial hasta nuestros días. *Anales de Medicina y Cirugía*, 37(139), 73-78.
- Guerrero, G., Quintana, P., De la Torre, L. y García, A. (1994). *Herencia de instituciones. Florilegio médico mexicano* (pp. 31-47). México: Edit. Syntex.
- Tanck de Estrada, D. (1984). La profesión médica colonial: El desafío de la cirugía y la botánica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2(2), 76-84.
- Micheli-Serra, A. (2001). Médicos y medicina en la Nueva España del siglo xvi. *Gaceta Médica Mexicana*, 137(3), 257-263.
- Alzogaray, Raúl. (2010). *La medicina en los tiempos de la conquista* (p. 12).<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/futuro/13-2284-2010-01-23.html>
- Pardo-Tomás, J. (s/f). *Saberes y prácticas médicas en Nueva España. Textos, objetos e imágenes (siglos xvi y xvii). Una propuesta de investigación*. <http://hdl.handle.net/10261/25436>
- Tate Lanning, J. (1987). La medicina en el Virreinato. *Historia Mexicana*, 36(3), enero-marzo, pp. 563-571.

Perspectiva del derecho a la salud

Irma Archundia Riveros

Jacinto Ramón Orta

La salud es una condición esencial para el desarrollo pleno del ser humano en sus dimensiones personal, social y económica. No debe entenderse solamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social, en relación con la definición de la Organización Mundial de la Salud. A su vez, para que las personas puedan gozar de salud se requieren múltiples factores que van desde los determinantes biológicos hasta las condiciones sociales y económicas. El Estado tiene un papel fundamental en la promoción, protección y restauración de la salud de la población. Esto se traduce en la implementación de políticas públicas que garantizan el acceso equitativo a servicios de salud de atención primaria, hospitalaria, especializada y de urgencia; pero también incluye acciones complementarias como la regulación y vigilancia de alimentos y agua potable, la distribución y control de medicamentos, el financiamiento de programas preventivos y curativos, y la colaboración internacional para enfrentar problemas sanitarios globales. En este sentido, el derecho a la salud impacta directamente en la productividad, la calidad de vida y la cohesión social.

Definición del derecho y del derecho a la salud

La palabra “derecho” proviene del latín *directum*, que significa aquello que está conforme a la norma, regla o ley, y en un sentido estricto implica lo que no se desvía de lo correcto. Los romanos secularizaron el concepto, vinculándolo a la idea de lo ideal y justo, influenciados por corrientes filosóficas como el estoicismo y el cristianismo. En términos jurídicos, el derecho es el conjunto de normas, principios y reglas que regulan la conducta humana en la sociedad, cuya violación implica sanciones legales.[1]

Por otro lado, el derecho no sólo es una imposición legal, sino que también se entiende como la facultad que tiene una persona para exigir que se respeten sus intereses y se le brinde aquello que la ley o norma le reconoce. En el caso específico del derecho a la salud, esta facultad significa que toda persona tiene el derecho a acceder a recursos y servicios que contribuyan a una vida saludable. Este acceso debe garantizar cuatro condiciones fundamentales: accesibilidad, que se refiere a la asequibilidad económica y geográfica de los servicios; disponibilidad, que implica la suficiencia y oportunidad de los mismos; aceptabilidad, que requiere que los servicios sean culturalmente apropiados y éticos; y calidad, que asegura que los servicios cumplan con estándares adecuados para su propósito.[2, 3]

No obstante, existen interpretaciones erróneas del derecho a la salud, especialmente la creencia de que el Estado está obligado a garantizar que todos los individuos estén saludables en sentido absoluto. Este enfoque es inoperante porque la salud depende de múltiples factores, incluidos determinantes genéticos, ambientales, sociales y conductuales, muchos de ellos fuera del control estatal. Por lo tanto, el Estado debe asegurar condiciones y recursos para que la población alcance el mayor nivel posible de salud, independientemente de circunstancias adversas.

Historia del derecho a la salud

En las civilizaciones antiguas, como Babilonia, Egipto, Grecia y Roma no existía un concepto formal de derecho a la salud. El *Código de Hammurabi*, elaborado en 1754 a. C., fue una de las primeras referencias a normas relacionadas con la salud, estableciendo regulaciones para la práctica médica y sanciones por mala *praxis*, aunque la justicia aplicada variaba según la clase social del paciente. En Grecia, Hipócrates sentó las bases del conocimiento médico moderno, promoviendo la observación de la transmisión de enfermedades y la higiene, pero la atención médica era un privilegio reservado para las élites. Durante la Edad Media, la enfermedad se veía como castigo divino y la atención sanitaria estaba a cargo de órdenes religiosas y monasterios.

Con el Renacimiento y la Ilustración surgieron nuevas concepciones sobre la salud pública y los derechos sociales. Pensadores como John Locke y Jean-Jacques Rousseau conceptualizaron el bienestar social y los derechos naturales, sentando las bases para la noción moderna de derechos humanos. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789 en Francia marcó un hito para los derechos humanos universales. En 1848, el

Reino Unido promulgó la Ley de Sanidad Pública, que buscaba mejorar las condiciones sanitarias de la población.

En el siglo xx, el reconocimiento del derecho a la salud como derecho humano universal fue formalizado tras la Segunda Guerra Mundial. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), en su artículo 25 estableció que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye salud, alimentación, vestido, vivienda y servicios médicos. Este marco se reforzó con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, que obliga a los Estados a garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el siglo xxi, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU incorporaron el acceso universal a servicios de salud como un compromiso global. En México, el artículo 4º de la Constitución Política reconoce el derecho a la protección de la salud y define la responsabilidad compartida entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad.[1, 4]

Análisis

El derecho a la salud es un pilar fundamental para el desarrollo integral del ser humano. Su evolución desde una interpretación religiosa hasta su reconocimiento como derecho humano refleja avances significativos en la comprensión de la salud como un estado multidimensional. No obstante, esta evolución convive con malentendidos que dificultan su aplicación efectiva.

En México, aunque se han realizado reformas legislativas importantes y se ha reconocido constitucionalmente el derecho a la salud, las desigualdades estructurales y la fragmentación del sistema sanitario dificultan el acceso efectivo, especialmente para grupos vulnerables. El modelo biomédico, centrado en la atención curativa, sigue predominando, limitando la promoción y prevención como estrategias fundamentales para la salud pública. La exclusión de comunidades indígenas, rurales y marginadas refleja la ausencia de políticas inclusivas que integren la diversidad cultural y lingüística. Además, las barreras económicas, geográficas y sociales restringen la equidad en el acceso a servicios básicos, afectando la calidad y continuidad de la atención. Estos retos vulneran el derecho a la salud y requieren una respuesta integral desde la política pública, que combine fortalecimiento normativo, financiamiento suficiente, participación social y mecanismos de exigibilidad efectivos. Los malos hábitos y el desapego al tratamiento de la población se traducen a largo plazo en gastos por complicaciones, lo que conlleva que recursos finitos de salud sean destinados a complicaciones con limitaciones para el manejo y abordaje

de otras patologías. Incluso esto ha llevado a algunas aseguradoras médicas a restringir pagos ante ciertas patologías o restringir pagos ante un historial de hábitos no saludables. Por lo que debe enfatizarse la corresponsabilidad del individuo para con su salud y el ejercicio de estrategias en el medio privado y público, para una cobertura de servicios óptima.

Discusión

La transición del derecho a la salud, desde una visión religiosa hacia un derecho humano universal, ha sido un proceso largo y complejo. Sin embargo, aún persisten interpretaciones que limitan la aplicación práctica de este derecho. El papel del Estado debe ser facilitar el acceso equitativo a servicios de salud, implementar políticas públicas basadas en evidencia, promover la prevención y regulación de productos y servicios sanitarios.[5] En México, reformas recientes como la creación del IMSS-Bienestar y el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud apuntan a mejorar la cobertura, pero los testimonios de usuarios y estudios recientes indican que el acceso sigue siendo limitado para muchos sectores.[6, 7, 8] Según reportes oficiales, más de 50 millones de mexicanos enfrentan carencias en el acceso a servicios de salud, lo que refleja la urgencia de implementar acciones estratégicas.[9] Esto requiere voluntad política, gestión transparente y la inclusión de la sociedad civil en la toma de decisiones.

Propuesta

Para fortalecer la efectividad del derecho a la salud, se propone un modelo integral y participativo basado en:

- *Reforzamiento legal y normativo.* Alinear las leyes secundarias con los tratados internacionales de derechos humanos y establecer mecanismos efectivos para su aplicación, que contemplen aspectos sobre medio ambiente, alimentación saludable y acceso a servicios.
- *Accesibilidad.* Favorecer el acceso oportuno a los servicios de salud. Reducir barreras económicas, geográficas y culturales.
- *Enfoque preventivo.* Promover la educación para la salud, campañas de prevención y fortalecer la atención primaria.
- *Participación social.* Establecer mecanismos para la participación ciudadana en la planeación, monitoreo y evaluación de políticas de salud. Fomentar el control social mediante observatorios ciudadanos y colegios médicos.
- *Servicios interculturales y multilingües.* Capacitar al personal de salud para compaginar la medicina con las prácticas tradicionales, en tanto

sean prácticas que promuevan la salud. Facilitar la existencia de intérpretes o traductores.

- *Financiamiento suficiente y transparente.* Aumentar el presupuesto público para salud, con énfasis en prevención y corresponsabilidad entre individuos, personal de salud, instituciones, autoridades de salud y gobierno. Implementar sistemas rigurosos de evaluación y rendición de cuentas para garantizar la eficiencia en el uso de recursos.
- *Regulación de seguros de cobertura médica.* Normar las condiciones de prestación de servicios de salud y tabuladores, que permitan a los usuarios tener acceso a los servicios de salud y a los trabajadores una remuneración justa por la labor que desempeñan.

Conclusión

El derecho a la salud se ha consolidado como un derecho humano fundamental que deben promover los Estados como parte de sus responsabilidades públicas. Aunque los esfuerzos legislativos y normativos han sido notables, la práctica aún enfrenta retos para garantizar el acceso equitativo y efectivo a toda la población, no sólo a los grupos vulnerables y marginados. Los abastos irregulares en medicamentos o insumos, el notable aumento del costo de medicamentos y estudios paraclínicos, el aumento poblacional, que no va a la par con el aumento en el presupuesto para la salud e inflación, en conjunto con hábitos no saludables y mal apego al tratamiento, merman la salud de la población.

Para materializar plenamente el derecho a la salud, es necesario adoptar un enfoque integral, multidimensional y participativo, que considere las condiciones sociales y culturales particulares de la población, garantice financiamiento suficiente y gestione los recursos de manera transparente y eficiente. Sólo así se podrá consolidar un sistema de salud que respete y promueva la salud, como base indispensable para el desarrollo social y económico sostenible.

Referencias bibliográficas

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2020). *El derecho a la salud: Aspectos clave y conceptos erróneos comunes*. [Internet]. Ginebra: ONU. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- Real Academia Española. (2024). *Derecho*. [Internet]. (2ª ed., versión provisional). Madrid: RAE. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/derecho>

- Villoro Toranzo, M. (2024). *Introducción al estudio del derecho canónico*. (2ª ed.). México: Editorial Proa.
- Lavín, A. R. (2015). *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Secretaría de Gobernación (México). (2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5724244
- Secretaría de Gobernación (México). (2023). Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5731108
- Secretaría de Gobernación (México). (2023). Acuerdo nacional para la federalización del sistema de salud para el bienestar. [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5731108
- Fundar, Centro de Análisis e Investigación. (2024). *Derecho a la salud: La mirada de tres pacientes navegando el sistema de salud en México*. [Internet]. Ciudad de México: Fundar. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: <https://fundar.org.mx/derecho-a-la-salud-la-mirada-de-3-pacientes-navegando-el-sistema-de-salud-en-mexico/>
- El País México. (2024). El fallido intento por la cobertura universal en sanidad: Más de 50 millones de mexicanos con carencias en el acceso a la salud. [Internet]. *El País México*, mayo 1. [Citado 2025, mayo 28]. Disponible en: <https://elpais.com/mexico/elecciones-mexicanas/2024-06-01/el-fallido-intento-por-la-cobertura-universal-en-sanidad-mas-de-50-millones-de-mexicanos-con-carencias-en-el-acceso-a-la-salud.html>

Surgimiento de las instituciones públicas de salud

Abraham Adolfo Montalvo Parra

Es difícil saber cuándo surgieron verdaderamente las instituciones públicas de salud, ya que como ciencia tiene apenas poco más de un siglo de existencia. Sin embargo, el instinto, más que la necesidad de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Según Heródoto, los egipcios eran de los más grandes sabios de la historia en la vida de la salud, aunque la bibliografía dice que fueron los hebreos al incorporar la ley mosaica, considerada como el primer indicio de higiene encontrado por escrito; sin dejar de lado a Roma, debemos hablar de la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de sus acueductos.[1]

Con la llegada de los españoles al nuevo continente, venían órdenes religiosas, que, bajo el concepto medieval de “caridad”, otorgaban los primeros servicios hospitalarios, con la tradición de ser al mismo tiempo hospederías, orfanatos, asilos y sanatorios. Fue en 1524 cuando se inauguró el primer hospital en México, llamado Hospital de la Concepción de Nuestra Señora, que posteriormente cambiaría de nombre a Hospital de Jesús de Nazareno.[1]

En México, el Tribunal del Protomedicato reguló a la medicina y a quienes la practicaban hasta noviembre de 1831, cuando fue sustituido por la denominada en ese entonces “Facultad de Medicina del Distrito Federal”. La cual estuvo activa hasta 1841, cuando fue sustituida por el Consejo Superior de Salubridad.[1]

El Consejo Superior de Salubridad merece mención especial en la historia de la salud pública mexicana. Fue establecido en la Ciudad de México (CDMX) en enero de 1841. De sus cinco miembros titulares, tres eran médicos, uno

farmacéutico y otro químico. En 1879, el Consejo se hizo autónomo, lo cual agilizó sus actividades, ya que sólo tenía que informar a la Secretaría de Gobernación y no a las dependencias de cada estado. El mismo año se estudió el tifo, se hizo una estadística de mortalidad e inició un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y desechos humanos. Asimismo, se legisló la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres.[1,2]

Pero la función científica y social del Consejo se formalizó cuando el médico Eduardo Liceaga fue presidente del Consejo en 1885. La obra de Liceaga fue muy importante para el desarrollo de la salud pública mexicana. El Consejo se reorganizó totalmente durante su gestión, y se formalizó su función científica y social. Entonces se administraron vacunas, se estudiaron las epidemias, se limpió la ciudad, se introdujo la vacuna antirrábica, y en 1891 se concluyó el Código Sanitario que dividía la administración sanitaria en local y federal, establecía reglas y obligaciones (Código Sanitario, 1891). Su *desiderátum* decía: “conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana”.[3]

La Secretaría de Salud de la CDMX nació el 15 de diciembre de 1909. El entonces gobernador, don Guillermo de Landa y Escandón, inauguró el primer puesto de socorros para el “tratamiento de lesiones”. Fue el origen de esta institución de salud pública, que en 2024 cumplió 115 años.[2,3]

Creación del Departamento de Salud Pública

El Departamento de Salubridad Pública fue un organismo autónomo y ejecutivo que nació de un precepto constitucional, y estableció que la salubridad y la asistencia en México pueden ser federales, estatales o municipales. Este principio quedó asentado en el artículo 123 de la Constitución. Posteriormente, fue la base para crear la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo. Después de 1917 se empezó a generalizar el uso de vacunas y se introdujeron en las ciudades los primeros servicios de drenaje y agua potable.[4,5,6]

Manuel Ávila Camacho, presidente de 1940 a 1946, gobernó con una política llamada de “unidad nacional”. Por decreto presidencial, se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ssa) el 15 de octubre de 1943. El primer secretario fue el doctor Gustavo Baz, y el primer subsecretario el doctor Manuel Martínez Báez. Ese año extraordinario de la salud en México se establecieron, además de la ssa, otras dos importantes instituciones de salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social (imss) y el Hospital Infantil de México.

En 1944 se creó el Instituto Nacional de Cardiología, y dos años más tarde el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.[7,8]

En el IMSS se concretó finalmente el sueño de crear un sistema de seguridad social que habían perseguido casi todos los presidentes mexicanos después de la Revolución, desde Álvaro Obregón hasta Lázaro Cárdenas. La ley que creó este instituto (Ley del Seguro Social) estableció el carácter obligatorio del seguro social, y fijó los riesgos que habría de cubrir: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada.[7]

Con los institutos nacionales de salud nació un tipo de establecimiento que buscaba unir en un solo órgano la atención médica de alta especialidad, la formación de recursos humanos de posgrado y la investigación, tanto biomédica como clínica. “Es urgente iniciar la Revolución creando organismos médico-sociales donde el problema se ataque en todos los aspectos: prevención, curación, investigación científica, docencia y ayuda social”, advirtió Ignacio Chávez en un discurso pronunciado antes de la creación del primero de los institutos.[7,9]

Fueron 12 los organismos de ese tipo que se crearon y muy pronto se convirtieron en las joyas de la corona del sistema mexicano de salud. El establecimiento de la SSA, el IMSS y los tres primeros institutos nacionales de salud representó la culminación de la primera generación de reformas de salud que implantó los cimientos de nuestro sistema. Su objetivo era contribuir al progreso del país. El IMSS apuntaló el desarrollo industrial a través de la atención prioritaria de los trabajadores del sector formal privado de la economía. La SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana, productores de alimentos y generadores de materias primas esenciales.[7,9]

Es importante destacar que, desde sus orígenes, el sistema de salud del país estuvo marcado por un cisma: entre aquellos que tenían derechos en salud legalmente definidos por la Ley del Seguro Social, a los que se llamó derechohabientes, y los sujetos de la acción asistencial del Estado, que contaban con derechos poco precisos, a quienes se denominó población abierta o derecho-carecientes, en palabras del doctor Eduardo Césarman.

Por esas épocas se pensaba que, tarde o temprano, todos los trabajadores se incorporarían a la economía formal y se afiliarían al IMSS, con lo que dejarían a las instituciones de asistencia un papel marginal. Pero esto no sucedió. La economía informal creció de manera explosiva, y se tuvieron que explorar nuevos mecanismos para extender la protección social en salud a todos los mexicanos.[10]

En ese mismo año el IMSS empezó a prestar servicios de salud, primero en la capital del país y en los siguientes cuatro años en Puebla, Monterrey, Guadalajara y Orizaba. Ante la carencia de instalaciones propias, contrató consultorios, clínicas y hospitales privados para este fin. Este periodo fue testigo también del surgimiento de nuevas instituciones de seguridad social. El presidente Adolfo López Mateos promovió la reforma al artículo 123 de la Constitución, que otorgó rango constitucional a los derechos sociales y laborales de los trabajadores del Estado. Así, el primero de enero de 1960 se publicó una ley que transformó la Dirección General de Pensiones Civiles, encargada de los programas de pensiones de los empleados de gobierno en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que además de un seguro de vejez, cesantía y muerte, ofreció un seguro de accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales, junto con otras prestaciones.[10]

El problema de la falta de cobertura de los servicios de salud se había empezado a enfrentar mediante la creación, en 1977, de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), el programa más ambicioso de extensión de cobertura de servicios de salud a la población rural. Coplamar construyó, con recursos del *boom* petrolero, 3,025 unidades médicas y 60 clínicas y hospitales, todos ellos en comunidades rurales. Sin embargo, en 1983 desapareció y fue asignado al IMSS, que se creía que contaba con mejores capacidades administrativas que la SSA. La gestión del componente de salud que dio origen al Programa IMSS Coplamar se rebautizó como IMSS Solidaridad en 1989, IMSS Oportunidades en 2002, IMSS Prospera en 2014, hasta lo que hoy estamos conociendo como IMSS Bienestar.¹⁰

En 1983 se hicieron cambios a la Constitución que se establecieron en el artículo 4º: el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Este derecho, que se había establecido como un derecho ocupacional en la Constitución de 1917 y como un derecho laboral en la Ley del Seguro Social de 1943, se convirtió así en un derecho ciudadano.

El 27 de enero de 1987 se creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Sin embargo, su historia se remonta a la época del “cambio estructural de la salud” y su creación se debe a la visión de un eminente salubrista: el doctor Guillermo Soberón Acevedo. Cinco años antes de la fundación del INSP, en 1982, el doctor Guillermo Soberón fue designado como secretario de Salud y Asistencia por el presidente Miguel de la Madrid. En ese sentido, el INSP surgió de la fusión de tres instituciones ya existentes: la Escuela de Salud Pública de México, creada en 1922; el Centro de Investigación en Salud Pública,

surgido en 1954; y el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, creado en 1986.[11,12]

De acuerdo con el propio doctor Soberón, el INSP emana de un nuevo concepto, distinto a los otros Institutos Nacionales de Salud (Insalud), ya que “no se orientó al desarrollo de una especialidad médica de alto nivel, sino que constituyó una innovación para fortalecer las áreas de investigación, docencia y asistencia técnica”.

A principios de los años noventa el sistema mexicano de salud estaba constituido por tres componentes básicos. El primero incluía aquellas instituciones públicas encargadas de proporcionar servicios a la población no asegurada: la SSA Federal, los SESA y el Programa IMSS Solidaridad. Estas instituciones, que atendían a poco más de 50% de la población nacional, se financiaban en lo fundamental con impuestos generales. El segundo componente comprendía a las instituciones de seguridad social, IMSS e ISSSTE, y las agencias de seguridad social de las fuerzas armadas y los trabajadores petroleros, que proporcionaban servicios a los trabajadores asalariados y sus familias, quienes representaban poco más de 40% de la población nacional. El IMSS contaba con un financiamiento tripartito, con contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el Gobierno federal. Las otras instituciones de seguridad social se financiaban con contribuciones de los trabajadores y del Gobierno en su calidad de empleador. El tercer componente era el sector privado. Aunque en teoría este componente debía atender al 10% restante de la población, sobre todo a la clase media no asegurada, en realidad atendía de manera regular a un porcentaje variable pero no despreciable de la población pobre no asegurada y de los derechohabientes de la seguridad social.[12]

A un siglo de la creación de las primeras instituciones modernas de salud pública, México cuenta con sólidos elementos para continuar avanzando, sobre la base de las políticas de Estado de las últimas tres décadas, hacia una cuarta generación de reformas, la cual permitiría consolidar un sistema de salud que garantice el acceso universal e igualitario a servicios de atención integrales y de alta calidad con protección financiera.[13]

Referencias bibliográficas

- Aréchiga-Córdoba, E. (2004). El desagüe del Valle de México, siglos XVI-XXI. Una historia paradójica. *Arqueología Mexicana*.
http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/sistema_nacional.html
 Carrillo, A. M. (2002). *Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)*.

- <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001286>
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_180716.pdf
<https://depolitica20yotrosdemonios.wordpress.com/2013/08/05/la-pestes-en-mexico-durante-la-revolucion-la-influenza-espanola-de-1918>
Lozano Ascencio, Rafael. (2017). El INSP. *Institutos Nacionales de Salud*. México: Secretaría de Salud.
Álvarez-Cordero, R. (2010). La inauguración del Hospital General de México. *Revista de la Facultad Medicina de la UNAM*.
McCaa, R. (2003). Missing millions: The demographic costs of the Mexican Revolution. *Mexican Studies*, 19(2), 367-400.
Soberón, Guillermo. (2012). Salud: Experiencias para el cambio, el derecho a la protección de la salud y sus consecuencias. *Experiencia en el cambio*. México: Secretaría de Salud.
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08
https://www.insp.mx/images/stories/Insp/Docs/100623_decreto.pdf
<https://www.salud.cdmx.gob.mx>

Los modelos de atención en salud en México

Didier Gómez Trujillo

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS Bienestar, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), y otras 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. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

Otros modelos y conceptos:

Modelo de atención integral (MAI)

Busca ofrecer un enfoque holístico y coordinado a la atención de la salud. Este modelo se centra en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, integrando los servicios médicos, sociales y comunitarios. En México este enfoque ha sido promovido a través del sistema de salud pública, donde se busca que los pacientes reciban atención continua y accesible. Es especialmente relevante en áreas rurales y en comunidades marginadas, donde el acceso a los servicios de salud puede ser limitado.

Tiene como objetivo lograr la cobertura universal con acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud para todos los mexicanos.

Niveles de atención

Se organiza en primario, secundario y terciario, con el objetivo de ofrecer una atención escalonada y especializada.

Redes integradas de servicios de salud

Buscan coordinar los servicios de salud para garantizar una atención integral y continua. El objetivo es lograr que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su capacidad económica.

Modelo de atención primaria de salud (APS)

Es otro pilar fundamental en el sistema de salud mexicano. En este modelo se enfatiza la prevención y el tratamiento de enfermedades a nivel comunitario, con el objetivo de reducir la carga sobre los hospitales y mejorar la salud general de la población. A través de clínicas y centros de salud, se busca ofrecer atención básica que incluya vacunación, control de enfermedades crónicas y educación en salud. Sin embargo, la implementación efectiva de este modelo ha enfrentado desafíos, como la falta de recursos y personal capacitado.

En México, el modelo de atención en salud se basa en APS, priorizando la prevención, promoción y atención de las enfermedades más comunes en la comunidad. Con este modelo se busca garantizar el acceso a la atención médica para todos los mexicanos, independientemente de su capacidad económica o nivel de seguridad social.

El modelo de atención a la salud para el bienestar (MAS-Bienestar)

Objetivo

Desarrollar e implementar un modelo de atención a la salud basado en la APS y las funciones esenciales de la salud pública.

Componentes

Atención médica. Responsabilidad de la Secretaría de Salud y de las dependencias del sector para la atención médica a los usuarios.

Acción comunitaria. Se busca involucrar a las comunidades en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Ejes

El modelo MAS-Bienestar se centra en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención médica, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Modelo de salud universal

El modelo de salud universal, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), busca garantizar que toda la población tenga acceso a servicios de salud de calidad sin enfrentarse a dificultades financieras. En México este modelo se vio reforzado por la creación del Sistema de Salud Universal, que busca integrar diferentes servicios de salud, desde los públicos hasta los privados. A pesar de los avances significativos, todavía existen disparidades en el acceso y la calidad de la atención, especialmente en zonas rurales y entre poblaciones vulnerables.

Desafíos y oportunidades

A pesar de los esfuerzos por mejorar los modelos de atención en salud, México enfrenta numerosos desafíos. La desigualdad en el acceso a servicios de salud, la falta de financiamiento adecuado y la escasez de personal médico son algunos de los problemas que limitan la efectividad de los modelos en vigor. Además, la pandemia de covid-19 puso de manifiesto las debilidades del sistema de salud, resaltando la necesidad de una mayor inversión y reforma en los modelos de atención.

Sin embargo, también hay oportunidades para avanzar hacia un sistema de salud más robusto. La digitalización de los servicios de salud, el fortalecimiento de la atención comunitaria y la promoción de políticas públicas que prioricen la salud como un derecho humano, son pasos cruciales para mejorar el panorama de la atención en salud en México.

Conclusión

Los modelos de atención en salud en México son variados y reflejan una rica historia de esfuerzos por mejorar la salud de la población. Aunque se han logrado avances significativos, todavía queda un largo camino por recorrer para garantizar una atención equitativa y de calidad para todos. La implementación efectiva de modelos que integren la atención primaria, la salud universal y la

atención integrada será clave para enfrentar los desafíos actuales y futuros en el sistema de salud mexicano.

Referencias bibliográficas

- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2016). *Understanding health policy: A clinical approach*. McGraw-Hill Education.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Volume I: "The definition of quality and approaches to its assessment". Health Administration Press.
- Frenk, J., & González-Block, M. A. (2014). The health system in Mexico: A new model for health policy. *Health Policy*, 116(1), 10-20.
- González, A. (2018). Modelos de atención en salud: Un enfoque integral. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 215-222.
- Kirk, S. A., & McKay, R. (2008). The role of the family in health care models. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 346-363.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease*. Harvard University Press.
- Starfield, B. (2011). Is primary care essential? *The Lancet*, 377(9769), 2088-2091.
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006: Working together for health*. World Health Organization.

Sección II:

**Condiciones de salud en
la población mexicana**

Transición epidemiológica

María Valeria Jiménez Báez

La salud pública en México ha experimentado una transformación notable en las últimas décadas. Este proceso, conocido como transición epidemiológica (TE), ha modificado el panorama de las enfermedades y los desafíos que enfrenta el sistema sanitario. La comunidad científica médica ha sido un actor fundamental en el estudio y análisis de este fenómeno, aportando conocimiento esencial para comprender sus causas, consecuencias y posibles soluciones.

A principios del siglo xx México enfrentaba una alta prevalencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la malaria y la diarrea. Gracias a los avances en la medicina, la vacunación y el saneamiento, estas enfermedades fueron gradualmente controladas. Esta victoria, sin embargo, trajo consigo un nuevo reto: el aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.[1]

El estudio de la transición epidemiológica en México ha sido objeto de numerosos análisis por parte de la comunidad científica médica. Diversos estudios han documentado el cambio gradual en la composición de la morbilidad y la mortalidad, con las ENT ocupando un lugar preponderante. Las investigaciones también han abordado los factores socioeconómicos, ambientales y culturales que han contribuido a este cambio, incluyendo la urbanización, la globalización y los cambios en los estilos de vida.

La transición epidemiológica ha tenido un impacto significativo en la salud pública de México. Si bien la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, la prevalencia de ENT crónicas ha generado una serie de desafíos para el sistema sanitario. Las enfermedades no transmisibles son responsables de una alta carga de morbilidad y mortalidad y representan una importante carga económica para el país.[2,3]

En este capítulo nos embarcaremos en un análisis profundo de la transición epidemiológica en México desde la perspectiva de la comunidad científica médica. Abordaremos su historia, causas, consecuencias y las diferentes perspectivas que existen sobre este fenómeno. También exploraremos las propuestas y estrategias que se han desarrollado para enfrentar los desafíos que la transición epidemiológica presenta para la salud pública y el sistema sanitario del país.

El objetivo de este capítulo es contribuir a la comprensión de la transición epidemiológica en México y brindar información útil para la toma de decisiones en materia de salud pública. Se espera que este trabajo sea de utilidad para investigadores, profesionales de la salud, estudiantes y público en general que esté interesado en este tema tan importante para el futuro de la salud en México.

Definición

La transición epidemiológica es un proceso complejo y multifacético que se caracteriza por un cambio gradual en los patrones de salud y enfermedad de una población a lo largo del tiempo. Este proceso se ha observado en diferentes países del mundo, con variaciones en su ritmo y características específicas.[4]

A continuación, se profundiza en algunos aspectos clave de la definición de transición epidemiológica:

1. Cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad:
El elemento central de la transición epidemiológica es el cambio en la composición de las causas de muerte y enfermedad. En las etapas iniciales, las enfermedades transmisibles como la malaria, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas son las principales causas de mortalidad. A medida que avanza la transición, estas enfermedades son gradualmente controladas gracias a las mejoras en la higiene, la vacunación y el acceso a la atención médica. En las etapas más avanzadas las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes se convierten en las principales causas de muerte y discapacidad.[5,6]
2. Factores que impulsan la transición:
Diversos factores interconectados impulsan la transición epidemiológica, incluyendo mejoras socioeconómicas: el aumento del ingreso *per cápita*, la educación y el acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento contribuyen a la disminución de las enfermedades transmisibles.
3. Avances en la medicina:
El desarrollo de nuevas tecnologías médicas, como vacunas, antibióticos y tratamientos para enfermedades crónicas, ha permitido mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

4. Cambios en los estilos de vida:

La urbanización, la globalización y los cambios en la dieta y la actividad física han contribuido al aumento de las enfermedades no transmisibles.

Evolución histórica

La transición epidemiológica se suele dividir en tres etapas: 1) Etapa pretransicional: predominan las enfermedades transmisibles. 2) Etapa de transición: disminución de las enfermedades transmisibles y aumento de las enfermedades no transmisibles. 3) Etapa postransicional: las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad (tabla 1).

La transición epidemiológica tiene importantes implicaciones para la salud pública, el sistema sanitario y la sociedad en general. La transición epidemiológica es un proceso dinámico y complejo que tiene un impacto significativo en la salud de las poblaciones. La comprensión profunda de este proceso es esencial para la toma de decisiones en materia de salud pública y la planificación de estrategias para enfrentar sus desafíos.

- a. *Carga de enfermedad.* El aumento de las ENT crónicas genera una alta carga de morbilidad y mortalidad, así como una importante carga económica para el sistema sanitario.
- b. *Desigualdades en salud.* Las ENT afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres y marginadas.
- c. *Necesidad de reorientar el sistema sanitario.* El sistema sanitario debe adaptarse para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas con ENT crónicas.

Tabla 1. Historia de la transición epidemiológica

<i>Grandes momentos</i>	<i>Mundo</i>	<i>México</i>
Siglo XIX	1854: John Snow identifica la fuente de una epidemia de cólera en Londres. 1882: Robert Koch descubre el bacilo de la tuberculosis. 1897: Louis Pasteur desarrolla la vacuna contra la rabia.	1833: Se crea la primera cátedra de medicina en la Ciudad de México. 1848: Se funda la Escuela Nacional de Medicina. 1870: Se crea la Secretaría de Fomento, que incluye una sección de salud pública.
Siglo XX	1900: Se descubre la penicilina. 1921: Se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS). 1955: Se desarrolla la vacuna contra la poliomielitis. 1977: Se erradica la viruela a nivel mundial.	1917: Se crea la Secretaría de Salud. 1923: Se funda el Instituto Nacional de Salud Pública. 1954: Se inicia la campaña nacional de vacunación contra la tuberculosis. 1974: Se crea el Sistema Nacional de Salud.
Siglo XXI	2000: Se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). 2015: Se establecen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). 2020: La pandemia de covid-19 pone de relieve la importancia de la salud pública.	2003: Se crea el Seguro Popular. 2010: Se reforma la Ley General de Salud. 2018: Se crea el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi).

Fuente: elaboración propia con base en el documento de Frenk *et al.* [1-5].

Existen diferentes perspectivas sobre cómo abordar los desafíos de la transición epidemiológica.

Posturas científicas:⁷

- *Enfoque biomédico.* Se centra en la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles a través de intervenciones biomédicas.
- *Enfoque social.* Enfatiza la importancia de los factores sociales y económicos en la salud y la enfermedad y propone soluciones que abordan las desigualdades sociales.

- *Enfoque salutogénico.* Se centra en la promoción de la salud y el bienestar, y no sólo en la prevención de la enfermedad.

Existe un sesgo hacia el enfoque biomédico en la literatura científica. Se necesita mayor investigación sobre los factores sociales y económicos de la transición epidemiológica. Es necesario desarrollar estrategias que combinen diferentes enfoques para enfrentar los desafíos de la transición epidemiológica.

Promover la investigación sobre los factores sociales y económicos de la transición epidemiológica. Desarrollar estrategias que combinen diferentes enfoques para enfrentar los desafíos de la transición epidemiológica. Fortalecer la colaboración entre diferentes sectores de la sociedad para abordar los desafíos de la transición epidemiológica.

Discusión

La transición epidemiológica (TE) no es un simple cambio en el perfil de salud de una comunidad, sino una danza compleja entre diversos actores que conforman el ecosistema de salud. En este baile, cada actor, desde la comunidad hasta las instituciones de salud, desempeña un papel crucial, influenciando de forma positiva o negativa la salud de la población.

La comunidad es el corazón de la TE. Sus cambios demográficos, socioeconómicos y culturales impactan directamente en la prevalencia de enfermedades. La participación activa de la comunidad en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la gestión del sistema sanitario es fundamental para una TE exitosa.

Los agentes patógenos también evolucionan constantemente, adaptándose a las intervenciones y desafiando las estrategias de control. El desarrollo de nuevos patógenos o la resistencia a los antimicrobianos puede complicar la TE.

La susceptibilidad del huésped a las enfermedades también cambia con el tiempo. Los cambios en el estilo de vida, la dieta y la exposición ambiental pueden aumentar o disminuir el riesgo de enfermar.

Las características de las enfermedades también influyen en la TE. La gravedad, la transmisibilidad y la cronicidad de las enfermedades determinan la carga que soportan la comunidad y el sistema sanitario.

Las instituciones de salud deben adaptarse a las nuevas necesidades de la población, priorizando la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles sin descuidar las enfermedades transmisibles. La reorientación de recursos, la capacitación del personal y la implementación de nuevas estrategias son esenciales para una respuesta efectiva a la TE.

El gobierno ejerce un papel fundamental en la creación de políticas públicas que favorezcan la salud de la población. La inversión en salud pública, la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, la regulación de la industria alimentaria y tabacalera son ejemplos de acciones que pueden contribuir a una TE positiva.

Las instituciones educativas tienen la responsabilidad de formar a las nuevas generaciones en temas de salud, brindándoles las herramientas para tomar decisiones saludables y participar activamente en la promoción de la salud. La educación en salud integral debe abarcar temas como la alimentación, la actividad física, la salud mental y la sexualidad.

Los científicos tienen la responsabilidad de generar conocimiento sobre la TE, sus causas y consecuencias. La investigación científica es fundamental para desarrollar nuevas estrategias de prevención, control y tratamiento de las enfermedades. La difusión del conocimiento científico a la comunidad y a los tomadores de decisiones es crucial para una TE basada en evidencia.

La TE es un proceso complejo y dinámico que requiere una respuesta multisectorial. La colaboración entre la comunidad, las instituciones de salud, el gobierno, las instituciones educativas y los científicos es fundamental para lograr una TE que beneficie a la salud de la población.

En este baile, la comunidad debe ser el líder, marcando el ritmo y la dirección. Los demás actores deben seguir su ritmo, adaptando sus roles y estrategias para asegurar una TE exitosa.

La TE es una oportunidad para mejorar la salud de la población. Sin embargo, esta oportunidad sólo se podrá aprovechar si todos los actores del ecosistema de salud trabajan juntos de manera coordinada.

Tabla 2. Influencias de la transición epidemiológica

<i>Positivas</i>	<i>Negativas</i>
• Disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles. • Aumento de la esperanza de vida. • Mejoramiento de la calidad de vida. • Mayor acceso a la atención médica. • Desarrollo de nuevas tecnologías para la salud.	• Aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles. • Carga económica de las enfermedades crónicas. • Desigualdades en el acceso a la salud. • Deterioro del medio ambiente. • Aparición de nuevas enfermedades.

Fuente: elaboración propia con base en Frenk *et al.* (5-7).

La evidencia científica demuestra que la TE tiene un impacto significativo en la salud de las poblaciones; también ha demostrado que la participación activa de la comunidad, la inversión en salud pública, la promoción de estilos de vida saludables y la investigación científica son factores clave para una TE exitosa.

La diabetes tipo 2 es el mayor problema de salud en la población mexicana a ambos lados de la frontera. La diabetes tipo 2 entre personas de origen mexicano requiere un conocimiento amplio de las causas multidimensionales de la diabetes, enfermedades y desarrollo de inversiones basadas en evidencia en esfuerzos multisectoriales y de múltiples niveles que impliquen intervenciones rentables.

Existe una brecha importante entre la calidad y cantidad de información generada por quienes están en la academia y la implementación de intervenciones efectivas en la práctica en entornos de la vida real, particularmente entre poblaciones vulnerables.

A diferencia de otros problemas de salud, la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes tipo 2 no sólo requerirán el desarrollo de alta y baja tecnología, costos de las intervenciones sanitarias, sino también de las acciones a nivel de políticas.

Etiquetas frontales de advertencia sobre alimentos no saludables en Chile y el impuesto a las gaseosas en México están siendo importados por países desarrollados que intentan prevenir y controlar enfermedades crónicas.[7]

Hay muchos desafíos de atención de salud en México que requieren una respuesta coordinada del sector salud. Los protocolos para los tratamientos de la obesidad y las ENT se basan en regulaciones legales que a menudo tardan más de 10 años en revisarse y frecuentemente están sujetas a conflictos de intereses y burocracia. Al mismo tiempo, a medida que aumenta rápidamente el número de pacientes con las formas más graves de obesidad, también aumenta el número de procedimientos quirúrgicos (cirugías bariátricas). Sin embargo, estos procedimientos carecen de directrices de seguimiento informadas sistemáticamente y de una alineación adecuada con los estándares internacionales.

Las lecciones de México demuestran que gravar los productos alimenticios no saludables, regular el ambiente escolar y adoptar etiquetas de advertencia en el frente de los paquetes contribuyen a la prevención de la obesidad, pero enfrentan una fuerte oposición. Se deben implementar mecanismos para identificar, prevenir y gestionar conflictos de intereses en la educación, la investigación y las políticas de salud para evitar la interferencia de la industria.

Dada la cantidad de recursos necesarios para abordar ENT y sus comorbilidades asociadas (que muchas naciones no podrán permitirse, particularmente

en medio de una recesión mundial), los impuestos a los productos no saludables y las medidas regulatorias son una herramienta poderosa para proporcionar ingresos a los gobiernos. Al tiempo que disminuye el consumo de productos nocivos. Idealmente, estos ingresos deberían destinarse a financiar inversiones en salud, educación e infraestructura adecuada.

Es importante reconocer que la prevención y el control eficaces de las ENT requieren una coordinación multisectorial con una fuerte participación de las organizaciones de la sociedad civil y del mundo académico para apoyar los esfuerzos gubernamentales.

Referencias bibliográficas

- Aguilar-Madrid, G., & González-Block, M. A. (2020). The epidemiological transition in Mexico: Challenges and opportunities. *Global Health Action*, 13(1), 1791102.
- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2019). The health transition in Mexico: Achievements and challenges. *The Lancet*, 393(10173), 780-788.
- López-Ridaura, R., & Villalobos-Prieto, J. (2018). The health transition in Mexico: Past, present, and future. *Salud Pública de México*, 60(2), 151-158.
- Medina-Mora, M. E., & Frenk, J. (2017). The health transition in Mexico: Towards a new health system. *BMJ Global Health*, 2(1), e000321.
- Ortiz-Hernández, L., & Rivera-Dommarco, J. (2021). The epidemiological transition in Mexico and its implications for health policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(1), e128.
- Barquera, S., Schillinger, D., Aguilar-Salinas, C. A., Schenker, M., Rodríguez, L. A., Hernández-Alcaraz, C., y Sepúlveda-Amor, J. (2018). Mexico-California Diabetes collaborative group. Collaborative research and actions on both sides of the us-Mexico border to counteract type 2 diabetes in people of Mexican origin. *Global Health*, 22:14(1), 84, agosto. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0390-5>. PMID: 30134925; PMCID: PMC6104005.
- Barquera, Simón, & Rivera, Juan A. (2020). Obesity in Mexico: Rapid epidemiological transition and food industry interference in health policies. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(9), 746-747. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30269-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30269-2). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213858720302692>

Determinantes en salud

Jesús Fernando Colunga González

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclama en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como un ideal común. Entre sus artículos se encuentra el número 25, que señala:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial: la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez [...]

En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Como podemos observar, la salud no se concibe ajena al entorno social que viven las personas, y se tiene entre ellos una repercusión recíproca en la promoción humana a nivel personal, familiar y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron en 1978 a la Conferencia Internacional en Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, un evento en donde se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano.

Algunos de los puntos principales de la declaración son:

1. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental.

2. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
3. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
4. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria. El lema final de Alma Ata: *“Salud para todos en el año 2000”*.

Veinticinco años después, Patrick Kiernan señala que todavía se encuentra pendiente ese compromiso, ya que se confunde la salud y su cuidado integral, con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

Definición

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos.[1]

Historia

En la 57ª Asamblea Mundial de la Salud se anunció la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que se echó a andar en marzo de 2005 con la finalidad de reunir datos probatorios sobre la acción de los determinantes sociales de la salud y sobre la forma de poner remedio a las inequidades sanitarias, y con ello orientar a los Estados miembros y los programas de la OMS.

La Comisión señala que, por determinantes sociales de la salud, se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; así como las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. Especialmente la pobreza es uno de los principales desafíos para el desarrollo.

La expresión “determinantes sociales” resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.

Después de tres años la Comisión presentó sus principales conclusiones y recomendaciones, entre ellas señalan que: “Las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país, son cada vez más agudas”. “Entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida”. Además, en todos los países con independencia de su nivel de ingresos, hay grandes inequidades entre distintos grupos de población en lo que respecta al estado de salud.

La Comisión formula tres recomendaciones principales:

- a. Mejorar las condiciones de vida.
- b. Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.
- c. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.[2]

Análisis

Al hablar de los determinantes en salud, Urbina Fuentes los conceptualiza como determinantes estructurales de las desigualdades en salud y determinantes intermedios. En los primeros, tendríamos el contexto socioeconómico y político, que implica el gobierno y la tradición política, así como los actores económicos y sociales, con sus políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo y las políticas del Estado de bienestar, relacionado con su cultura y valores. En los determinantes intermedios, tendría lugar lo relacionado con los recursos materiales, que implicarían: las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados, el ingreso y la situación económica, la vivienda y el entorno residencial, todo ello relacionado con factores psicosociales, conductuales y biológicos; además de los servicios de salud. Y como ejes de desigualdad: la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio en donde el “poder” ejercería un papel importante. Todo lo anterior tendría participación en las desigualdades en salud.[3]

El desglose de las recomendaciones: 1. El mejorar las condiciones de vida implicaría el abordar, en forma integrada, el desarrollo en los primeros años de vida, el invertir en forma sostenida en el desarrollo rural, el velar por las políticas económicas y sociales relacionadas con el cambio climático; convertir el pleno empleo, la equidad laboral y el trabajo digno en objetivos básicos de

las políticas sociales y económicas; la institución de políticas de protección social, y en relación con salud, crear sistemas de atención sanitaria centrados en la atención primaria.

2. En la recomendación sobre luchar contra la distribución no equitativa, distingue los siguientes ámbitos de trabajo: responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud, adaptar convenientemente el sector sanitario integrando los determinantes sociales en las funciones normativas, con un enfoque basado en los determinantes sociales; fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales relativos al agua, saneamiento, alimentos, reglamentaciones alcohol, tabaco, etc.; combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, el compromiso de promover la salud sexual y reproductiva; dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema justo de representación en los procesos de toma de decisiones; permitir que la sociedad civil promueva que se respeten los derechos políticos y sociales relacionados con la equidad en salud.

3. En relación con la recomendación sobre el análisis del problema y resultado de las intervenciones, proponen: poner en marcha sistemas que sirvan para hacer el seguimiento, realizar las inversiones necesarias para generar e intercambiar nuevos datos probatorios, sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas propuestas; y por último, facilitar la información sobre los determinantes sociales a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud e invertir recursos en sensibilizar a la ciudadanía.[2]

Discusión

En nuestro país, la Academia Nacional de Medicina de México, junto con el Instituto Nacional de Salud Pública formaron el Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes sociales de la salud en México y programaron un seminario internacional sobre el tema en el año 2010.[4]

Dentro del Plan de Desarrollo 2013-2018 del Gobierno Federal, en el programa de acción específico de la Secretaría de Salud se propuso “Promoción de la salud y determinantes sociales”, teniendo como objetivos:

1. Realizar la entrega de los servicios de promoción de la salud, con enfoque en determinantes de la salud.
2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de la línea de vida.

3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores: público, social y privado.
5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.
6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación, para incrementar la efectividad del programa. Dichas estrategias no se vieron reflejadas en el nuevo plan del Gobierno actual.[5]

Es el Instituto Nacional de Salud Pública y los médicos de esta especialidad, quienes continúan siendo los promotores de la aplicación de las propuestas del Comité de los DSS en la actualidad. Son pocos los artículos que se publican en nuestro país sobre ello, siendo excepción la publicación del doctor Karam de la Universidad Autónoma del Estado de México.[6]

Con una visión más amplia, podemos señalar que los objetivos de los DSS forman parte de la propuesta de la ONU a partir de 2016 de los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 nuestro país se comprometió con seis objetivos: salud y bienestar, igualdad de género, reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, paz, justicia e instituciones sólidas y alianzas para lograr los objetivos.

Propuesta

Como lo señala el doctor Kiernan: “no confundir la salud y su cuidado integral, con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad”.

Debemos dar a conocer la Declaración de los Derechos Humanos, los Determinantes Sociales de la Salud y los Objetivos del Desarrollo Sostenible, a los miembros de nuestros colegios, a todo el personal de salud y a la comunidad en general, ya que si no se conocen, no es posible comprometerse con ellos. Y el logro del objetivo no es sólo de las acciones de los dirigentes de los gobiernos, sino del compromiso de cada uno de nosotros.

Referencias bibliográficas

Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Organización Mundial de la Salud: Determinantes sociales de la salud*. OPS-OMS. Internet consultado el 26 de

- enero de 2024. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). 62ª *Asamblea Mundial de la Salud: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. World Health Organization. Internet consultado el 26 de enero de 2024. https://apps.who.int/pdf_files/a62_rec1-sp
- Urbina Fuentes, M. (2015). Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud en México. *Gaceta Conbioética*, año iv, núm. 15, marzo, pp. 5-11. Disponible en https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/numero_15/Gaceta_15_final_con_forros_pweb.pdf
- Urbina Fuentes, M., y González Block, M. (2012). *La importancia de los Determinantes sociales de la salud en las políticas públicas (Internet) México*. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012. Disponible en https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*. Disponible en <https://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf>
- Karam, M., y Castillo, Y. (2019). ¿Qué son los determinantes sociales de la salud? *Revista de Medicina e Investigación UAEMéx*, 7(1), 61-65, enero-junio. Recuperado. <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18887>

Salud de los trabajadores

María Olivia Vega Pérez

Este capítulo tiene como finalidad realizar una revisión de la literatura sobre la salud laboral, sus implicaciones en los empleados, los factores de riesgo a los que se exponen y las diversas enfermedades que deterioran la salud de los miembros de una organización.

Se determina que la salud laboral posee relación con la forma en que los empleados la asumen y no sólo depende de las acciones realizadas por la empresa; además, se debe construir un medio ambiente de trabajo saludable y condiciones adecuadas; sin embargo, la salud laboral se puede ver deteriorada por diversos factores del entorno de trabajo, se resalta que el estrés es la principal causa del deterioro de la salud, ocasionando enfermedades cardiovasculares, metabólicas y síndrome de *burnout*. Por lo que es muy importante considerar alarmante cuando se presentan los principales síntomas, para poder diagnosticarla y tratarla a la brevedad y para evitar complicaciones físicas, laborales y mal desempeño por parte del trabajador. Que incluso puede ser incapacitante por tener diferentes maneras de manifestarse (cefalea, colitis, gastritis, parálisis facial, neurodermatitis, vértigo, etcétera).

En México, más de la mitad de los trabajadores están empleados en el sector no estructurado, es decir, que carecen de protección social para recibir atención sanitaria y no existen mecanismos de aplicación de las normas sobre salud y seguridad ocupacionales.

Algunos riesgos ocupacionales tales como traumatismos, ruidos, agentes carcinogénicos, partículas transportadas por el aire y riesgos ergonómicos representan una parte considerable de la carga de morbilidad derivada de enfermedades crónicas: 37% de todos los casos de dorsalgia; 16% de pérdida de audición; 13% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 11% de asma; 8% de traumatismos; 9% de cáncer de pulmón; 2% de leucemia; y 8% de depresión,

esta última ha ido en aumento y se ha convertido sin duda en una prioridad para ser tratada de manera urgente cuando se detectan los primeros síntomas.

Los centros de atención primaria de salud pueden ofrecer algunas intervenciones esenciales para proteger la salud de los trabajadores, especialmente el asesoramiento para mejorar las condiciones de trabajo, la detección de enfermedades ocupacionales y la vigilancia de la salud de los trabajadores; la atención se centra todavía en el tratamiento médico, más que en la prevención, cuando debería de ser lo contrario tan sólo para disminuir los costos considerablemente, concientizando a la población de la medicina preventiva más que la curativa, y esto puede modificarse simplemente cambiando hábitos alimentarios, realizando actividad física rutinaria y manteniendo una mente positiva y tranquila.

Es de suma importancia mantener un clima laboral equilibrado debido a que las personas económicamente activas pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en el lugar de trabajo. Las condiciones de empleo y de trabajo tienen efectos considerables sobre la equidad en materia de salud. Las buenas condiciones de trabajo pueden proporcionar protección y posición social, oportunidades de desarrollo personal y protección contra riesgos físicos y psicosociales.

Definición

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente, se entiende la enfermedad como la pérdida de la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel.

La OMS señala:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Se afirma que existen tres tipos de salud: salud física, salud psíquica o mental, y salud financiera. En las cuales debe existir un equilibrio, ya que al estar una mal, las otras se pueden ver afectadas muy a menudo.

El concepto de salud pública se define como la ciencia y arte de impedir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles y la educación de los individuos en higiene personal.

El trabajador se define como toda persona física que presta sus servicios subordinados a otra institución o persona o empresa, obteniendo una retri-

bución a cambio de su fuerza de trabajo. Y el trabajo se define como esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición al capital.

El trabajo es tan importante que es la condición básica y fundamental de la vida humana; es la fuente de los bienes y servicios que satisfacen nuestras necesidades; además, el trabajo produce obras artísticas y científicas. Es el trabajo el que ha permitido crear civilizaciones enteras. Pero también ha sido el medio para que unos seres humanos exploten a otros y así unos cuantos generen enormes riquezas, mientras que millones de trabajadores no cuentan con lo elemental para tener una vida digna; por ejemplo, que en sus empleos no les otorguen seguridad social o privada. Por ello existe la Ley Federal del Trabajo, la cual es una reforma procesal con normas regentes del derecho individual al trabajo y del derecho colectivo, donde se pretende garantizar la equidad de género, la democracia laboral y la consolidación de los derechos de los trabajadores mexicanos para que el trabajo deje de ser una actividad de explotación y enajenante y se transforme en una actividad realizadora del ser humano. El objetivo es lograr una sociedad justa, equitativa y democrática basada en el trabajo emancipado, o sea que el trabajo beneficie a quienes lo realizan.

El trabajo es uno de los aspectos de mayor relevancia en la vida de los seres humanos, específicamente en la adultez; además, es una construcción social y eje central de la sociedad. Cabe resaltar que un adecuado empleo contribuye a dar sentido a la existencia de cada persona, así como a mejorar su salud, relaciones sociales y su nivel socioeconómico. Pero, contrariamente, unas condiciones laborales negativas o desempleo generan efectos indeseables en la salud de los individuos.

La salud de los trabajadores es un requisito previo esencial para los ingresos familiares, la productividad y el desarrollo económico. Por consiguiente, el restablecimiento y el mantenimiento de la capacidad de trabajo son una función importante de los servicios de salud.

Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, incluidos el calor, el ruido, el polvo, los productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial, provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud. Las condiciones de empleo, la ocupación y la posición en la jerarquía del lugar de trabajo también afectan a la salud. Las personas que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensas a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable.

Además de la atención sanitaria general, todos los trabajadores, y particularmente los de ocupaciones de alto riesgo, necesitan servicios de salud que evalúen y reduzcan la exposición a riesgos ocupacionales, así como servicios

de vigilancia médica para la detección precoz de enfermedades y traumatismos ocupacionales y relacionados con el trabajo.

Las enfermedades respiratorias crónicas, los trastornos del aparato locomotor, las pérdidas de audición provocadas por el ruido y los problemas de la piel son las enfermedades ocupacionales más comunes. Ahora bien, sólo una tercera parte de los países tienen programas para abordar estas cuestiones.

Las enfermedades no transmisibles relacionadas con el trabajo, así como las cardiopatías y la depresión provocadas por el estrés ocupacional, dan lugar a crecientes tasas de enfermedades y bajas laborales prolongadas. Las enfermedades no transmisibles de origen ocupacional incluyen el cáncer ocupacional, la bronquitis crónica y el asma causados por la contaminación del aire en el lugar de trabajo y la radiación.

Análisis

La salud es un estado de bienestar que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.

La salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente (Moshé Feldenkrais).

La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o de convertirse en lo que quiere ser (René Dubos).

La forma física es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio en el que muestra resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, coordinación y flexibilidad.

Existe también la salud mental, la cual se caracteriza por el equilibrado estado emocional de una persona y su autoaceptación (gracias al autoaprendizaje y al autoconocimiento); en términos clínicos, es la ausencia de cualquier tipo de enfermedad mental.

Por tanto, la salud se concibe como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive.

Nuestro bienestar físico y mental es fundamental para poder desarrollar plenamente nuestras actividades cotidianas, hacerle frente al estrés de la vida diaria, ser productivos en el ámbito laboral y personal, y con ello contribuir positivamente a la sociedad. En ese sentido, es fundamental priorizar nuestra salud y definir acciones que contribuyan a mantenernos saludables, tanto en el aspecto mental como en el físico, para así lograr un equilibrio que nos permita hallar un bienestar integral. Por ejemplo:

- Alimentarte de forma saludable y balanceada incluyendo en tu dieta frutas y verduras.
- Mantenerte hidratado durante el día.
- Tener un horario de sueño establecido, respetando los ciclos de sueño.
- Mantener un entorno familiar saludable que atienda y respete tus necesidades afectivas.
- Realiza ejercicio físico mínimo 30 minutos al día.
- Organiza tu tiempo para evitar ponerte en situaciones de estrés innecesario.
- Cuida tu higiene personal diaria y evita enfermedades.
- Date un tiempo para ti; úsalo para relajarte practicando tus actividades favoritas.

El entorno psicosocial en el trabajo constituye un importante determinante de la salud y contribuye al gradiente social de mala salud. Se sabe que una mejora en las condiciones laborales creará una fuerza de trabajo más saludable, lo cual a su vez incrementará la productividad y, por ende, la posibilidad de crear unos lugares de trabajo aún más sanos y productivos.

Aun cuando el trabajo representa un riesgo para la salud, actualmente existen factores psicosociales que afectan la salud del trabajador, ya que las situaciones laborales negativas que se generan en el interior de las organizaciones ocasionan enfermedades laborales, las cuales disminuyen el bienestar de la persona y, por consiguiente, afectan directamente su salud.

Por otra parte, las enfermedades relacionadas con el trabajo se derivan de la relación entre factores individuales de predisposición y, además, de un factor profesional que despliega una influencia favorecedora en relación con las condiciones de trabajo.

Discusión

La salud laboral, tal como la define la oms, no solamente es la ausencia de enfermedades, sino que se trata de un estado de completo bienestar físico,

mental y social. Eso significa que al hablar de salud laboral no nos referimos exclusivamente a las afecciones o a las posibles enfermedades profesionales que puedan padecer los trabajadores, sino que se trata de un concepto mayor, directamente relacionado con el bienestar y la satisfacción en el puesto de trabajo. Precisamente en la amplitud del concepto radica su gran importancia, puesto que la salud laboral es el principal nexo de unión entre el empleado y la empresa. Hay que tener en cuenta que el capital humano es el principal valor de las empresas y pieza clave para lograr unos altos niveles de calidad y productividad; además, disminuye el absentismo, se fomentan los vínculos entre el trabajador y su empresa, se mejora el clima laboral y la imagen corporativa. Un empleado que no se sienta cuidado y protegido ante los accidentes, ya que la salud laboral se entronca directamente con la prevención de riesgos laborales, será muy difícil que se sienta satisfecho en su trabajo y con la suficiente sensación de bienestar. Dado que en estas circunstancias la motivación se ve afectada y baja la productividad y la rentabilidad general de la empresa, la conclusión, por lo tanto, es muy clara: la salud laboral y la prevención de riesgos son elementos imprescindibles para que los empleados se encuentren motivados y satisfechos; por ello, serán más productivos y rentables. Son tantas las ventajas y beneficios de la promoción y prevención de la salud laboral, que la inversión que se pueda realizar en formación o medidas preventivas se recupera muy rápida y fácilmente.

Propuesta

Que todos los trabajadores de cualquier empresa tengan seguridad social y que sus planes de salud laboral sean más efectivos, deben consensuarse con los trabajadores y sus representantes; de esta manera se facilita la toma de medidas más eficaces, efectivas y necesarias.

Referencias bibliográficas

<https://psicologiaymente.com/organizaciones/salud-laboral>
https://scripta.up.edu.mx/bitstream/handle/20.500.12552/6902/15_4%20Salud%20aboral%20origenes%2c%20evoluci%C3%B3n%20e%20importancia%20en%20el%20trabajo.pdf?sequence=1
<https://laboraprevencion.com/ausencia-laboral-por-enfermedad/>
<https://es.m.wikipedia.org/wiki/Salud>
https://www.iepcjalisco.org.mx/sites/default/files/articulo72/PT/Fracchi/Declaracion_de_principios.pdf

- Bohórquez López, A. (2019). Salud en el trabajo. *Conferencia Interamericana de Seguridad Social*.
- Alva, R. Á., y Morales, P. K. (2017). Salud pública y medicina preventiva. *Manual Moderno*.
- Spijker, J., y Gumà, J. (2018). ¿Positiva o negativa para la salud poblacional? Respuestas al debate sobre las dos caras de cómo una crisis económica afecta la salud a partir del caso español. *Salud Colectiva*, vol. 14.
- Rivera Porras, D. A., Carrillo Sierra, S. M., Forgiony Santos, J., Nuvan, I., & Rozo Sánchez, A. (2018). Cultura organizacional, retos y desafíos para las organizaciones saludables. *Revista Espacios*, 39(22).

La salud mental en México: historia, desafíos y perspectivas

Liliana Guadalupe Tapia

Hoy en día, hablar de salud mental se ha vuelto un tema ordinario; se utiliza frecuentemente en medios de comunicación, redes sociales, publicidad, política y, por supuesto, se ha incorporado en el lenguaje común, particularmente de las nuevas generaciones. Sin embargo, no siempre fue así, esta manera de ver la salud mental ha sido el resultado del esfuerzo colectivo de múltiples personas con ideas innovadoras, buenas intenciones y proactividad, han logrado grandes avances en el entender y atender a la población que por diversas situaciones ha perdido su salud mental, ya que durante una gran parte de la historia, en México como en el mundo, las enfermedades mentales fueron objeto de estigma, miedo, creencias equivocadas o mitos, aislamiento y exclusión. En relativamente poco tiempo el cambio ha sido drástico. Hasta hace un poco más de medio siglo se consideraba que los problemas mentales eran propios de personas “anormales” y que, probablemente, el único destino viable era el encierro en un manicomio.

Para entender el proceso que ha transformado la concepción que tenemos actualmente sobre la salud mental, como un campo que ha ganado cada vez más reconocimiento y valoración, es necesario entender la historia de la psiquiatría y cómo ésta se desarrolló en medio de prejuicios sociales y de un modelo institucional de manicomio o asilo, pasando por un modelo hospitalario y avanzando finalmente a uno comunitario. Comprender este contexto histórico nos permite reconocer que lo que hoy consideramos un derecho y una conversación pública abierta, fue durante siglos un terreno de silencio, marginación y sufrimiento oculto.

Quizás una de las razones principales por las que se ha normalizado el abordaje de la salud mental es la creciente incidencia de diagnósticos psiquiátricos en la población y la gran carga que representa en lo individual y social. En 2001 la oms reconocía que hasta el 10% de la población mundial había presentado en algún momento de su vida sintomatología vinculada a la salud mental, cifras notablemente incrementadas por factores también cambiantes como los sociales, individuales y ambientales, en las que destacan los cambios rápidos en la estructura social y valores, pobreza, aislamiento social, la pandemia por covid-19, adicciones, medios de comunicación y acceso a los servicios de salud, particularmente de salud mental. Así, el aumento reciente de sintomatología psiquiátrica quita del señalamiento público al “loco” que dice incoherencias y da miedo, dando paso a la evidencia de que los padecimientos mentales son una realidad cada vez más cerca de todos.

Definiciones

Los términos relacionados con la salud mental también han presentado una evolución a lo largo del tiempo. Se han utilizado diferentes términos para hablar de la enfermedad mental desde la época prehispánica y colonial, se refería como poseído, melancólico, furioso, epiléptico y orate; para los siglos xvii al xix se encuentran descripciones en textos médicos tales como alienado, demente, idiota/imbécil y, por supuesto, la palabra locura para comprender y clasificar clínicamente a un conjunto de personas con padecimientos mentales, aunque también es un referente social para definir a personas que la sociedad consideró extraños en sus comportamientos, merecedores del encierro en el manicomio.

En el siglo xvi, el filósofo francés Michel Foucault definió el *dispositivo* de la psiquiatría como un fenómeno sociocultural, donde el psiquiatra debía tener conocimiento no sólo de la práctica médica, sino de leyes, medidas policiacas, institucionalidad y cultura, para determinar quién salía de la normalidad y quién era peligroso, siendo un precedente de las concepciones integrales que tenemos hoy en día, destacando su complejidad intrapsíquica y sociocultural. Durante el siglo xix se comenzó a utilizar el término higiene mental como “el arte de preservar la mente contra influencias capaces de deteriorarla”; en 1948 la oms incorporó formalmente el bienestar mental como parte del concepto de salud. Así, el concepto sigue evolucionando; actualmente se proponen distintos enfoques y definiciones de la salud mental. En 2022 la oms la definió como un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de

forma productiva y contribuir a su comunidad; esta mirada enfatiza que no sólo es la ausencia de enfermedad, sino que antepone la funcionalidad, productividad y participación social; otros autores plantean que es un derecho humano universal, precisando que implica un acceso oportuno y equitativo a servicios, ausencia de discriminación y respeto a la dignidad, vinculándose con determinantes sociales de salud.

Historia

Época prehispánica

En el México prehispánico predominaba el pensamiento mágico y místico-religioso para explicarse la etiología de las enfermedades mentales; su cosmovisión las vinculaba con la ira de los dioses mediante castigos divinos, pérdida del alma o influencia de fuerzas sobrenaturales; eran entendidas como desequilibrio espiritual, corporal y comunitario. Tanto la cultura mexica como la azteca ya describían padecimientos mentales tales como ansiedad, aflicción, locura (afección del corazón), melancolía e histeria, y los tratamientos eran realizados por curanderos que se especializaban en la ayuda para equilibrar cuerpo, mente y espíritu.

Época colonial

Durante el periodo colonial, en la Nueva España la locura se interpretaba desde el punto de vista moral-religioso, considerándose incluso una posesión demoniaca, castigo divino o desviación de la fe católica, de ahí que la atención se encontrara en manos de instituciones de caridad y órdenes religiosas, enfocándose en su manejo en el tratamiento moral. Fue entonces que surgió en 1757 el Hospital de San Hipólito, el primer hospital documentado en México para albergar personas con alteraciones en el comportamiento, iniciado por fray Bernardino Álvarez en la Ciudad de México. Con el tiempo, este hospital se convirtió en un lugar simbólico de custodia para “hombres dementes”, aunque también albergaba a pobres, indigentes, personas con discapacidades mentales, epilépticos y alcohólicos. Asimismo, en registros coloniales y etnohistóricos se describe que José Sayago y su esposa comenzaron a recoger mujeres locas que vagaban por las calles, dedicándose a cuidarlas y mantenerlas, al poco tiempo encontrándose rebasados por la cantidad de pacientes, consiguiendo apoyo de arzobispos y congregaciones, resultando así el Hospital Para Mujeres Dementes El Divino Salvador en el siglo xvii. En ambos casos, la lógica predominante

fue de separación social: el encierro se justificaba como un acto de protección comunitaria y de orden moral, y no como una intervención de salud.

Siglo XIX: Transición de lo religioso-moral a lo médico científico

Por influencia de los franceses Esquirol y Pinel, se adopta el concepto de alienación mental, asumiendo que los alienados necesitan instituciones especializadas y no únicamente sistemas asistenciales/espirituales. Durante el Porfiriato, el positivismo posiciona el progreso y la ciencia, relacionando la locura con la degeneración hereditaria y la higiene social; se pensaba que un alcohólico tendría un hijo epiléptico y éste, a su vez, un hijo con idiotismo y éste ya no podría reproducirse, lo que permeó la construcción del primer manicomio en México.

Porfiriato y modelos manicomiales

En medio de las celebraciones del Centenario de la Independencia y considerado como un gran símbolo de modernidad y progreso, se creó el Manicomio General La Castañeda, en 1910, estableciéndose como un hospital modelo en América Latina, comparable con manicomios europeos de la época por sus pabellones especializados, amplios jardines y organización de pacientes (hombres, mujeres, epilépticos, alcohólicos, *idiotas*, criminales, prostitutas), buscando la atención psiquiátrica institucionalizada en México, albergando personas consideradas “indeseables” para el orden social urbano; sin embargo, muy pronto quedó rebasado por la demanda, reproduciendo problemas de hacinamiento, maltrato y abandono, evidenciado sus grandes limitaciones, aunque se diseñó para una capacidad de 1,200 pacientes, según registros, llegó a albergar a más de 3,000, por lo que la atención médica era mínima, predominando la custodia, se brindaban tratamientos como hidroterapia, electroterapia temprana, terapias de choque como en la insulino-terapia, generando comas insulínicos, terapia electroconvulsiva y lobotomías.

Posrevolución y profesionalización

Entre los años cuarenta y sesenta se sumaron fuertes críticas de médicos, familiares y periodistas, se denunciaban abusos, violencia y abandono de pacientes, cabe resaltar que en otros manicomios del mundo vivían crisis muy similares, para que finalmente en 1968 cerrara sus puertas, redistribuyendo a los pacientes en 12 hospitales psiquiátricos, algunos de ellos descritos como

“granjas psiquiátricas”; aún existen pabellones en algunos de estos hospitales que albergan pacientes por quienes nunca acudieron sus familiares.

En el contexto posrevolucionario el país buscaba una reconstrucción y modernización nacional, siendo la salud pública un tema prioritario y, con ella, lentamente se incluyó la salud mental. Se incursionó en la creación de instituciones educativas y de investigación médica, En la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1955 se creó el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental para incorporar la psiquiatría al ámbito académico y médico formal, permitiendo la formación de especialistas, estructuras académicas, publicación científica mediante revistas especializadas como la *Revista Mexicana de Higiene Mental*, *Revista Mexicana de Psiquiatría*, *Revista Manicomio*, pues en paralelo inició la era de la psiquiatría moderna, y generando un cambio de paradigma a uno biologicista y farmacológico, pues fue en 1952 cuando en París se demostró que la clorpromazina es eficaz en síntomas como agitación psicomotriz y delirios, disminuyendo la necesidad de otras terapias cruentas o internamientos prolongados, dando origen a la revolución psicofarmacológica.

Reforma psiquiátrica y modelo comunitario

Al cierre de La Castañeda se promovieron nuevas instituciones psiquiátricas descentralizadas y para hospitalizaciones breves, tales como el Hospital Samuel Ramírez Moreno, Fray Bernardino Álvarez, etc., y comienzan a surgir modelos de atención extrahospitalaria y comunitaria: el Modelo Hidalgo, que busca reducir el encierro y fortalecer la rehabilitación psicosocial poniendo de estandarte los derechos humanos como marco para la salud mental: reducción del estigma, condiciones dignas de internamiento, inclusión social.

Psiquiatría contemporánea en México

En 1979 se consolidó el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, con funciones de investigación, docencia y asistencia, funciones que comparten hospitales en la capital e interior del país; aunque se intentó descentralizar la atención, la realidad es que la Ciudad de México cuenta con el mayor número de instituciones para la salud mental por número de población. Se ha priorizado la investigación en epidemiología psiquiátrica, salud mental pública, prevención y rehabilitación en México; se adoptan lineamientos internacionales de la oms y la ops para integrar la salud mental en la atención

primaria y se establecen políticas nacionales. Sin embargo, persisten grandes retos: desigualdades regionales, déficit de especialistas y su concentración en las grandes ciudades, financiamiento limitado (menos del 2% del gasto en salud), estigma persistente, el impacto de factores sociales como la violencia, pobreza, migración, generando una carga creciente de depresión, ansiedad, consumo de sustancias y suicidio.

En la actualidad, la salud mental en México ha incorporado avances significativos tanto en el campo terapéutico como en la organización de los servicios: las psicoterapias basadas en evidencia, la farmacoterapia moderna, las nuevas tecnologías como la estimulación magnética transcraneal y la telepsiquiatría, la prioridad al trabajo interdisciplinario, en el que participan psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y de lenguaje, nutriólogos y médicos de atención primaria, son todos un esfuerzo por rescatar la salud mental y ofrecer atención integral y comunitaria.

La historia de la salud mental en México refleja un trayecto complejo, marcado por el tránsito de la exclusión y el encierro hacia la búsqueda de un modelo más humano, comunitario y científico. De los rituales prehispánicos y los encierros coloniales a la modernidad del Manicomio La Castañeda y su posterior derrumbe, la psiquiatría mexicana ha acompañado las transformaciones sociales del país. Hoy, en un escenario donde la depresión, las adicciones, el suicidio y la violencia son problemas urgentes, los avances terapéuticos y la interdisciplina ofrecen nuevas posibilidades, aunque todavía limitadas por la falta de recursos y el estigma persistente. Reconocer este camino histórico no es sólo un ejercicio académico: es una invitación a pensar la salud mental como un derecho humano que requiere atención integral y compromiso social para que su futuro sea distinto al pasado que hemos heredado.

Referencias bibliográficas

- Echeverría García, J. (2005). La locura entre los mexicanos: Representaciones materiales y culturales prehispánicas. *Diario de campo*. INAH. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/9211>
- Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México: De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia*, 5(1), 9-30.
- Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: CSIC.
- Ríos Molina, A. (2009). *Breve historia de la locura y la psiquiatría en México*. México: UNAM.
- Ríos Molina, A. (2010). *La Castañeda: Un siglo de historia de la locura en México*. México: UNAM.

- Nigenda, G., y Ruiz, J. A. (2005). Las políticas de salud mental en México: Del manicomio al modelo comunitario. *Salud Pública México*, 47(1), 76-85.
- López-Muñoz, F., y Álamo, C. (1999). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: Medio siglo de psicofarmacología. *Rev Neurol.*, 29(6), 515-523.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P. S., *et al.* (2020). Mental health in Mexico: A call for action. *Lancet Psychiatry*, 7(9), 735-742.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe sobre la salud mental en la región de las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res.*, 36(5), 427-440.

Envejecimiento y discapacidad

José Manuel Pérez Ángel

El envejecimiento de la población es una expresión que tiene raíces evolutivas, biológicas, antropológicas y socioculturales. En el área de la salud individual y colectiva ha generado un cambio epidemiológico a partir de la transición demográfica. A partir de factores genéticos y epigenéticos, el envejecimiento representa una de las causas predecibles de discapacidad en el mundo, ya que el deterioro físico y cognitivo por el paso del tiempo, aunado a factores de riesgo modificables y no modificables que no son atendidos de forma apropiada, enfermedades crónico-degenerativas, y escasa cultura de prevención, se genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria. Esto tiene como consecuencia la pérdida de la independencia, la autonomía física y mental, mayor vulnerabilidad y el riesgo de abandono familiar.

El descenso de la mortalidad y de la fecundidad nos ha llevado a transitar de una población joven a una más envejecida. La esperanza de vida se incrementará de 75 a casi 80 años en 2050, según estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo, 2012). En 2050 habrá 33.4 millones de personas de 60 años y más, más del doble de la población de ese rango de edad registrada en 2022. Cabe señalar que se eligió la edad cronológica de 60 años como la edad umbral de envejecimiento, tal como lo establecen la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM, 2002), así como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982).[1] El envejecimiento de la población mexicana es un proceso inevitable e irreversible en un contexto socioeconómico menos favorable y en un lapso menor al observado en otras naciones desarrolladas, lo cual significa que se trata de una población con mayor densidad, con menos recursos para su atención integral y con un aumentado margen de vulnerabilidad y susceptibilidad. Esto supone, en términos técnicos, sanitarios y sociales, que

la infraestructura, los servicios e insumos para su atención serán más limitados y este segmento de población que pudiese ya contar con alguna discapacidad tendrá menos recursos para adaptarse a las consecuencias económicas, sociales y culturales del entorno.

A continuación, se destacan algunas de las repercusiones que tienen impacto en la calidad funcional y calidad de vida de los adultos mayores:

- La insuficiencia e incertidumbre financieras actualmente deficitarias de la seguridad social y los sistemas de retiro y pensiones.
- El desplazamiento hacia edades mayores en la composición de la fuerza de trabajo, con la repercusión en los mercados laborales entre la globalización económica, la transformación y tecnificación de los métodos de trabajo, y los cambios en los modelos de desarrollo.
- La fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas.
- La mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, imponen la necesidad de modificar los sistemas de salud.
- El cambio en las relaciones familiares y las condiciones de hábitat como el domicilio, producto de la transformación en las estructuras familiares y de los hogares conformados cada vez con más miembros envejecidos y menos familiares en edades juveniles y de la infancia.
- La problemática de la falta de servicios e infraestructura de apoyo a la población envejecida.
- La feminización del envejecimiento, debido no solamente a la mayor sobrevivencia de las mujeres.
- La vulnerabilidad ante la vejez y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos.[2]

Es importante la prevención, realizando una evaluación de forma funcional global al adulto mayor, considerando la valoración física, mental, social, familiar y económica del mismo, tomando en cuenta los factores de riesgo individuales y del entorno, para plantear estrategias dirigidas a un envejecimiento exitoso que preserve la independencia funcional.

Las caídas: generalmente provocan incapacidad para caminar.

El riesgo de deterioro cognoscitivo: puede derivar en maltrato y abandono.

Pérdida de autonomía económica: genera abandono.

Prevalencia de las principales discapacidades identificadas en los adultos mayores

Visión: debilidad visual / amaurosis. Sólo el 40% emplea un auxiliar visual.

Audición: hipoacusia / sordera profunda. Sólo el 2.9% emplea un auxiliar auditivo.

Afecciones de los miembros: incapacidad funcional parcial / incapacidad funcional total. Sólo el 16% de los casos afectados emplean alguna prótesis. La discapacidad con mayor proporción es la relacionada con la movilidad (dificultad para caminar, moverse, subir o bajar).[3]

Deterioro cognitivo y la demencia: son una de las causas más frecuentes de discapacidad en la tercera edad que afectan al individuo, a las familias y a la sociedad. La OMS la considera una prioridad dentro de los retos para los sistemas de salud pública en todo el mundo, ya que la expectativa es que aumente de forma considerable en un futuro. En términos de discapacidad, traducida como limitación para sobrellevar una vida independiente, tiene mayor impacto (11.2%) en personas mayores de 60 años, que la enfermedad vascular cerebral, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Según la OMS, afecta a cerca de 25 millones de personas en el mundo, con la aparición de 4.6 millones de casos nuevos cada año, dobándose en 2040 y triplicándose en 2050.[4,5]

Con el envejecimiento se pierden gradualmente algunas capacidades cognitivas, entre ellas la memoria. Los mayores procesan más lentamente la información y exhiben más dificultad para aprender y recordar eventos recientes.⁶

La enfermedad cerebrovascular en los adultos mayores ocupa el primer lugar con 55% de la escala de discapacidad ajustada a la vida diaria; le siguen los cuadros neurodegenerativos —incluyendo las demencias— con 12%, porcentaje que se incrementará conforme se vaya envejeciendo progresivamente nuestra población.

La demencia es un síndrome ocasionado por una enfermedad degenerativa del cerebro, de carácter crónico y progresivo, en el cual se afectan las funciones cognitivas superiores como memoria, juicio, abstracción, lenguaje, aprendizaje, orientación, comprensión y cálculo. Una de las condiciones que más impactan a la familia y a los cuidadores con demencia son los síntomas conductuales y psicológicos en la llamada extinción de la personalidad del paciente. Los síntomas conductuales más frecuentes son: agresión, agitación psicomotriz, gritos y llamados constantes, trastornos del ciclo del sueño, cansancio y apatía. Los síntomas psicológicos más comunes son: ansiedad, depresión y alucinaciones.

La demencia degenerativa más común es la demencia tipo Alzheimer; no obstante, es importante considerar otras causas de demencia, como la secundaria a múltiples infartos, que es un reflejo directo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas no atendidas oportunamente. Existen procesos demenciales que pueden ser tratados y reversibles, como el hipotiroidismo, el hematoma subdural o la hidrocefalia de presión normal. De ello deriva la importancia de definir el diagnóstico etiológico preciso y omitir el concepto de demencia “senil”, que contribuye a “normalizar” el deterioro cognitivo, generando retrasos y omisiones en las decisiones terapéuticas.[7]

De acuerdo con el *Directorio estadístico nacional de unidades económicas* (DENUE), en México existen 819 asilos y otras residencias para el cuidado del anciano, 85% son del sector privado y 15% del sector público; todos los estados de la República cuentan con asilos y otras residencias, públicas, privadas o ambas. No obstante, del total de asilos privados, el 64% se encuentra en nueve estados (Jalisco, Ciudad de México, Nuevo León, Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, San Luis Potosí, Sonora y Yucatán).

Para su ingreso es necesaria una evaluación geriátrica integral, ya sea en una instancia pública (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) o privada. En algunos casos la valoración médica es realizada por personal médico del asilo.

La norma 031SSA3-2012 sobre asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Detalla la atención médica, rehabilitación, infraestructura, personal y la rehabilitación integral necesaria para la persona adulta mayor. El costo dependerá de las instalaciones y los servicios que preste, desde el número de adultos mayores que tenga capacidad el asilo, cantidad de personas que comparten la habitación, personal médico calificado, alimentos, actividades extras, vigilancia, talleres de manualidades y reactivación física, entre otros.

Según la OMS, el concepto de envejecimiento saludable ha tomado mayor relevancia desde 2016, cuando se establecen los lineamientos y fundamentos sociosanitarios que definen su pertinencia.

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Este concepto se ha desarrollado en los años noventa partiendo de una definición de envejeci-

miento saludable (*healthy ageing*), y gracias al interés sobre la relación entre actividad, salud, independencia y la posibilidad de envejecer bien. Sí, en otros contextos, a menudo el concepto de envejecimiento activo se focaliza en la participación en el mercado de trabajo, en un contexto de tipo económico o en una perspectiva fuertemente orientada a la salud; la oms utiliza un enfoque y un concepto más amplios de salud, como condición de bienestar biológico, psicológico y social. El concepto de envejecimiento saludable que propone la oms para el siglo xxi ha sido sustituido por uno más general de envejecimiento activo, considerando no sólo los indicadores de salud, sino también los aspectos psicológicos, sociales y económicos que deben ser considerados según un enfoque más amplio, a nivel de comunidad y teniendo en cuenta los aspectos culturales y las diferencias de género.

Figura 1. Participación en salud y bienestar



Fuente: Modelo de Envejecimiento Activo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentado originalmente en el año 2002.

El modelo de la oms está basado en tres pilares fundamentales: participación, salud y seguridad. Este modelo considera seis determinantes, cada uno de los cuales incluye diversos aspectos: 1) determinantes relacionados con los servicios sociales y sanitarios (que incluye la promoción de la salud y prevención

de la enfermedad, servicios curativos, asistencia de larga duración y servicios de salud mental); 2) determinantes conductuales: tabaquismo, actividad física, alimentación sana, alcohol, medicamentos y cumplimiento terapéutico; 3) determinantes relacionados con factores personales: factores psicológicos, genéticos y biológicos; 4) determinantes relacionados con el entorno físico: entornos físicos, seguridad en la vivienda, caídas y ausencia de contaminación; 5) determinantes relacionados con el entorno social: apoyo social, violencia y abuso, educación y alfabetización; 6) determinantes económicos: ingresos, protección social y trabajo.

La ley de los derechos de las personas adultas mayores menciona los derechos fundamentales para las personas que tienen 60 años o más, como los siguientes:

1. Una vida con calidad. Es obligación de las instituciones públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.
2. Vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.
3. Recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.
4. Una vida libre sin violencia.
5. Respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
6. Protección contra toda forma de explotación.
7. Disfrutar plenamente, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.[9]

La previsión, con una razonada anticipación de los cambios que la transición demográfica implica y de una transición epidemiológica, nos debe conducir hacia nuevas rutas de búsquedas científicas en la investigación para generar mayor conocimiento que se aplique al entendimiento, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de todos los procesos relacionados con el envejecimiento poblacional y su repercusión particular en las funciones cognitivas. Asimismo, nos conduce a establecer compromisos para el presente y el futuro, en lo referente a la capacitación y la formación de recursos humanos calificados para atender a este segmento de la población que formará parte de las personas de la tercera edad y la también llamada recientemente cuarta edad para las próximas décadas.

El reto es promover personal de salud más comprometido y preparado, una cultura de la prevención, favorecer los hábitos de higiene saludables,

control de factores de riesgo modificables, informarse, educarse en envejecimiento, discapacidad y procesos demenciales. En el terreno de la legislación se deben generar nuevas políticas públicas para una vejez digna, investigación científica y educación para mejorar prácticas profesionales en este campo, pero particularmente para proponer y consolidar un derecho fundamental y social inalienable orientado a otorgar un trato más humano a aquellos que han tejido parte de nuestra historia.[10]

No hay presupuesto que haya alcanzado de ningún gobierno para solucionar el problema que se nos viene para la atención de pacientes con demencia. Se concluyó en el Congreso Internacional de Alzheimer en Tijuana 2023. Ya vimos los diferentes aspectos de la norma para los asilos, la poca cantidad de ellos en el país, la inversión de la pirámide poblacional en el envejecimiento demográfico en México en relación con los pacientes de la tercera edad, ahora cuarta edad como lo menciona el doctor Ramos, la ley de los derechos de las personas adultas, los pocos asilos registrados según INEGI, es por ello que nos hemos visto en la tarea de concientizar con bases científicas y éticas a nuestras autoridades responsables de las políticas públicas en salud para prevenir este problema que ya estamos viviendo, siendo el mejor ejemplo el de aquellas familias que lo han vivido en carne propia y saben de lo costoso y sufrido que es vivir con un familiar así. Es necesario promover la empatía para que, en una sinergia de la sociedad y las instituciones, se puedan generar mejores estrategias y tener una vejez exitosa y digna para los mexicanos.

Propongo que se construya un asilo por cada 100,000 habitantes, que se cobre un impuesto para su manutención de los asilos públicos a los privados, que todo el personal de salud en preparación académica pase mínimo un mes como internado rotatorio en estos nosocomios con un plan de estudios y prácticas debidamente estudiadas para tener una mayor capacitación profesional y ética en el trato de los adultos mayores a través de una conducta más empática y solidaria.

Asimismo, como el servicio militar ya no es obligatorio, podríamos sustituir éste mediante un trabajo con cuidadores de pacientes de la tercera edad. Lograr la sensibilidad y el involucramiento de la sociedad civil, así como el apoyo de la iniciativa privada con deducibles de impuestos bien determinados fiscalmente, y buscar estrategias permanentes con una dirección formada por los principales protagonistas de cada estado, beneficiando a todos nuestros adultos mayores de este país.

Referencias bibliográficas

- González, Karla Denisse. (2015). *Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las entidades federativas*.
- Ham, Roberto. (2003). *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015).
- Acarin, N. (2012). *El cerebro del rey*. Barcelona: RBA Libros.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Neurological Disorders. Public Health Challenges*.
- Morgado, I. (2014). *Aprender, recordar y olvidar*. Barcelona: Ariel.
- World Health Organization (WHO). (2012 [2006]). *Global Burden of Neurological Disorder*.
- Petretto *et al.* (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable. *Rev Esp Geriatric*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015).
- Ramos, Rodrigo. (2015). *Por los surcos del olvido. Los sinuosos caminos de la demencia*.

Enseñanzas de la pandemia por covid-19

Alejandro Ernesto Macías Hernández

Rodrigo Miguel González Sánchez

Ya han pasado cinco años desde el inicio de la pandemia por covid-19 a la fecha de esta referencia; en ese entonces se informaba que, entre el periodo de diciembre de 2019 y octubre de 2022, se reportaron 631 millones de casos de covid-19 y 6.59 millones de muertes relacionadas con esa causa. Más aún, la reasignación de recursos para contener la pandemia afectó la atención a la salud habitual, generando atrasos y servicios pospuestos en todos los niveles de atención.

Un estimado de 2.27 millones de muertes en exceso sucedió en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) entre 2020 y 2021, comparado con el exceso de muertes esperado para ese mismo lapso. Los efectos sociales y económicos que se presentaron por esta gran cantidad de muertes y sus efectos multidimensionales tuvieron implicaciones a largo plazo para los sistemas de salud.

El impacto que tuvo la pandemia por covid-19 en LAC es proporcionalmente mayor que en otras regiones del mundo. Para julio de 2022, LAC contaba con el 8.5% de la población a nivel mundial, pero con el 13% de los casos de covid-19 y con el 27% de las muertes totales en el mundo, por esta enfermedad.

Existe una subestimación significativa de las muertes por covid-19, sobre todo las que ocurrieron fuera del hospital o en áreas remotas; de igual forma, la detección de casos debido a la falta de pruebas también fue menor.

La vulnerabilidad y las desigualdades socioeconómicas en todo el mundo determinaron la diferencia entre la mortalidad y la hospitalización por covid-19 entre los países. Las regiones de bajos ingresos, indígenas y migrantes tienen desproporcionadamente mayor número de defunciones por covid-19.

La pandemia también alteró algunos servicios de salud esenciales, como fue expuesto en una investigación realizada por la Universidad de Maryland,

en colaboración con Facebook (2020); la vacunación para influenza, las consultas médicas, las consultas en niños, las consultas prenatales y las consultas por enfermedades no relacionadas con covid-19 disminuyeron en general en este periodo.

Las personas con enfermedades crónicas acudieron menos frecuentemente a consultas de seguimiento. En general, para las personas con cáncer, infartos agudos y enfermedad vascular cerebral, el servicio de consulta y seguimiento fue muy afectado. En México, las consultas subsecuentes de diabetes e hipertensión disminuyeron en 26 y 28%, respectivamente. Mientras otros dos reportes afirman que bajaron 32% ambas consultas. En México, el diagnóstico de diabetes e hipertensión disminuyó alrededor de 17 y 22%, respectivamente.

En un estudio de vigilancia, un grupo de 704 médicos oncólogos en 19 países de LAC refirió un 70% de disminución en nuevos pacientes oncológicos, 72% de disminución en las consultas de seguimiento y 58% de cambios en el tratamiento que prescribieron a los pacientes de cáncer. Las referencias de los pacientes oncológicos también fueron tardías (en el estudio de Bernabé-Ramírez *et al.*, 2022), encontrando que el 65% de los médicos reportaron retrasos en la referencia de los pacientes y 20% de ellos refirieron cancelación de cirugías necesarias para estos pacientes.

El colapso del sistema de salud

La salud mental de la población fue directamente afectada por el estado de emergencia y las restricciones para reunirse con familia, amigos y otras comunidades sociales. Investigaciones de la región reportaron que las reacciones más frecuentes a la pandemia y a las medidas de salud pública establecidas por los países fueron: la ansiedad, el estrés y el miedo.

Respuesta de la pandemia a influenza AHN1 en México y LAC

Latinoamérica y el Caribe no estaban preparadas con experiencia previa en epidemias o brotes de enfermedades humano-humano o enfermedades transmitidas por vector.

En el caso específico de México, se inició el Plan de Preparación Nacional de Influenza (NIPP). Este plan permitió a México encarar la influenza pandémica AH1N1 en 2009 con reservas de medicinas estratégicas y una gran cantidad de equipo de protección personal. Se establecieron campañas de comunicación para evaluar los riesgos sanitarios y se establecieron redes para distribuir vacunas eficazmente. Sin embargo, la preparación de camas de cuidados intensivos, la escasez de ventiladores y personal calificado para estas áreas no fueron sufi-

cientes para tener un mejor resultado en la pandemia por covid-19. Más aún, se planteó que incluso si las vacunas estuvieran disponibles, éstas llegarían tarde y en cantidades limitadas, señalando otro aspecto a mejorar.

Varias lecciones que debieron ser aprendidas desde la pandemia de AH1N en 2009, no fueron aplicadas consistentemente. Por ejemplo, la participación tardía de las autoridades de alto nivel, posterior a la llegada del SARS-CoV-2, con el consecuente retraso intersectorial, fue determinante. En resumen, la lentitud en la reacción para adquirir recursos médicos estratégicos, como el equipo de protección personal, fármacos y elementos para las pruebas de laboratorio, permitieron que las regiones afectadas previamente a LAC incrementaran exponencialmente sus demandas de estos bienes, por lo que se distorsionaron los mercados globales, e hicieron que estos suplementos médicos fueran más escasos y costosos, entorpeciendo la capacidad de los países de LAC de enfrentar adecuadamente la pandemia de covid-19.

Trabajadores de la salud desempeñaron un papel crucial en la respuesta a la pandemia.

La pandemia por covid-19 evidenció la debilidad de los sistemas de salud de la región, fue un gran reto cubrir sus centros de atención con personal de salud e insumos suficientes, particularmente en áreas rurales y en el primer nivel de atención.

Se evidenció una fuerte asociación entre el exceso de muertes y el número de médicos por 1,000 habitantes antes de la pandemia. Los cinco países en LAC con más doctores por 1,000 habitantes antes de la pandemia tuvieron menor exceso de muertes que el promedio de la OCDE. Al mismo tiempo, los dos países con los más altos niveles de exceso de muertes, Bolivia y Perú, estaban entre los de más bajos niveles de médicos por 1,000 habitantes antes de la pandemia, con 1.03 y 1.37 médicos por 1,000 habitantes, respectivamente.

Dos países incrementaron sustancialmente el número de médicos por 1,000 habitantes: Honduras y Guatemala. Estos países tuvieron menor exceso de muertes respecto del promedio de LAC, a pesar de estar en número bajo antes de la pandemia. En contraste, países que redujeron su número de médicos tuvieron un mayor promedio de exceso de muertes que la OCDE (Paraguay, México y Guyana).

La vacunación se convierte en la principal prioridad para la respuesta en LAC

Las vacunas de covid-19 estuvieron disponibles para la población general en diciembre de 2020 en países como Chile, Costa Rica, México y Argentina.

El primer nivel de atención (PHC) facilitó la distribución de las vacunas de covid-19 en varios países. El implementar esta estrategia fue de gran ayuda para incrementar la eficiencia de la respuesta a la pandemia. En contraste, el PHC no ejerció un papel central en la vacunación de covid-19 en Colombia y México, alcanzando menores niveles de cobertura vacunal por esa omisión.

La población de LAC apegándose a las medidas durante la pandemia

La adherencia al programa de la sana distancia fue más aceptada entre algunas áreas de la región, pero no lo fueron otras medidas preventivas. Entre los 14 países de LAC con información disponible, el 98.6% de la población cumplió con la sana distancia en 2020. Sin embargo, datos del año 2021 revelan que hubo una clara disminución del apego a esta medida con el paso del tiempo. Esto desvió la tendencia en exceso de muertes registrada, que tuvo su pico más alto en el tercer cuarto de 2021 con la presencia de la variante delta y sólo disminuyó hasta el final del año.

Componentes estructurales

Los niveles elevados de inequidad e informalidad disminuyeron la capacidad de la población para adherirse a las medidas de salud, ya que la mayoría de los que no tenían acceso a la protección social y a la cobertura en salud enfrentaron barreras adicionales para recibir la atención en salud cuando la requirieron.

El bajo financiamiento de los sistemas de salud amplificó el reto de covid-19

En contraste, el nivel de recursos económicos disponibles en los sistemas de salud se comportó como se esperaba: los países mejor equipados se desempeñaron mejor en términos del parámetro exceso de muertes.

El gasto *per cápita* en salud en LAC es mucho menor que en los países de la OCDE, mientras que en la OCDE fue de 3,999 USD PPP, el promedio de LAC fue de 1,155 USD PPP, que representa el 28% del promedio de la OCDE. Estos bajos niveles de gasto total en salud pueden señalar por qué los sistemas de salud de la región tenían menos recursos y menor preparación para enfrentar los retos de la crisis por covid-19. Seis de los países con mayores niveles de exceso de muertes en la región tenían un promedio de gasto *per cápita* en salud de 781 USD PPP; en este rubro, México lidera el grupo de bajo desempeño (con un gasto *per cápita* en salud de 1,117 USD PPP); San Vicente y Granadinas fueron los más bajos (620 USD PPP).

La capacidad de los sistemas de salud fue un cuello de botella en la estrategia contra covid-19

LAC también se retrasó respecto de la OCDE en la densidad de los trabajadores de la salud. En promedio, LAC tiene 2.15 médicos por 1,000 habitantes. El promedio de la OCDE en este periodo fue de 3.6 médicos por 1,000 habitantes (68% más). Como se comentó previamente, los países que se desempeñaron mejor en el parámetro de exceso de muertes tenían una mayor cantidad de médicos que los países que no los tenían. La asociación entre el número de enfermeras operó en la misma dirección, pero la correlación es más débil con los países con menor número de enfermeras por 1,000 habitantes.

Las camas de hospital por 1,000 habitantes también fueron un indicador de que a mayor cantidad de camas, hubo menos muertes en exceso. El promedio de la OCDE fue de 4.3 camas por 1,000 habitantes. Los países de la región que tuvieron mayor exceso de muertes tenían menor número de camas hospitalarias respecto del promedio de LAC (2.1 por 1,000 habitantes); tales como Perú (1.6), Bolivia (1.1), México (1.4), Ecuador (1.5), Guyana (1.6) y Colombia (1.7).

Esta tendencia se repitió cuando hablamos de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El promedio de la OCDE es de 12 camas por 100,000 habitantes. Tres países con el mayor promedio de exceso de muertes de la región son: Ecuador (6.9 camas), México (3.3 camas) y Perú (2.9 camas), los cuales tienen baja capacidad de camas de UCI respecto de la OCDE.

Discusión

La evaluación de las áreas de oportunidad de cada sistema de salud y la implementación de medidas para mejorar sus deficiencias ayudaron en sentido positivo para tener una mejor respuesta frente a la pandemia en el parámetro de exceso de muertes en general.

México tuvo el tercer lugar más alto en número de muertes en exceso de la región (cuarto lugar en muertes por exceso en la determinación de Wang *et al.*). Sin embargo, México tiene una alta prevalencia de factores de riesgo, como la obesidad y la elevada prevalencia de condiciones crónicas. Para México en particular, se mantienen los problemas de atención, la fragmentación de la atención a la salud y el limitado acceso a los servicios; desde la transición que comenzó en 2018 con la desaparición del “Seguro Popular” y la creación de un nuevo programa universal, IMSS Bienestar.

Lecciones aprendidas para mejorar la resiliencia del sistema de salud en LAC

1. Promover la respuesta en emergencias: mejorar la coordinación entre servicios públicos y privados, favorecer la liberación de productos en caso de emergencia. Preparar planes de respuesta y eliminar barreras e inequidades en el acceso a la salud.
2. Promover el reclutamiento de trabajadores de salud y fortalecer el primer nivel de atención; esto minimiza las interrupciones en la atención en salud y facilita la implementación de medidas de salud pública (p. ej., la vacunación).
3. Promover la gobernabilidad, la verdad y la colección de datos. La recolección de datos y los sistemas de información continúan siendo esenciales para informar verazmente sobre los hechos, y adoptar políticas de salud pública adecuadas para amenazas futuras.
4. Promover la salud de la población y reconocer las inequidades en salud. Establecer riesgos para la salud como la obesidad y otros determinantes como la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a la salud, para mejorar la preparación para las amenazas futuras.

Como conclusiones que podemos identificar a cinco años del comienzo de la pandemia: México no está asumiendo una conducta pospandémica adecuada. El desnudamiento del sistema de salud público por la pandemia de covid-19 no fue suficiente para concientizarnos de la realidad tan frágil y vulnerable de nuestro sistema de salud. Las prioridades a desarrollar a la brevedad posible, si queremos tener un sistema de salud más robusto y con capacidad de respuesta para la próxima pandemia, radican en incrementar los recursos que destinamos en salud; particularmente incrementar el porcentaje del producto interno bruto que destinamos a Salud de 3 a 6%, fortalecer el primer nivel de atención con consultorios dependientes del sistema de salud público con estadísticas confiables, abrir espacios de alta calidad educativa para capacitar mayor cantidad de personal de salud de todos los niveles, incrementar áreas de terapia intermedia e intensiva con tecnología de punta y ventiladores de nuevas generaciones, con mayor disponibilidad de oxígeno en los hospitales públicos. Garantizar el acceso a la salud universal como dicta la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, equilibrar la atención entre los sistemas público y privado, siempre garantizando el acceso a la salud como derecho universal. Fortalecer el impulso en investigación y recuperar la capacidad perdida que tenía el país para desarrollar vacunas de alta eficacia a un bajo costo.

México fue un productor importante de vacunas, algunas de las cuales se vendían en el mercado internacional. Por desgracia, como las vacunas se conseguían sin problemas, resultó más fácil si se compraban a países como China o la India; un descuido inadmisibles que se arrastraba de los años anteriores. Empezaron a faltar vacunas rutinarias, lo que mermó el esquema y la cobertura en la población. Hubo un brote de sarampión en 2020, que sólo se detuvo por las medidas de distanciamiento social que impuso la pandemia de covid-19.

La Cancillería se dio a la tarea de negociar las vacunas de donde fuera y en condiciones difíciles, pues eran el fruto del deseo de todo el mundo; pudo vacunarse a buena parte de la población y muchos mexicanos salvaron la vida gracias a eso, pues las medidas de distanciamiento social son temporales.

Referencias bibliográficas

<https://t4.oecd.org/health/health-at-a-glance/Panorama-de-la-Salud-2023-lac-launch.pdf>

The World Bank. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. OECD/The World Bank.

Sección III:

**Estructura del
sistema sanitario**

Función rectora del IMSS Bienestar y la Secretaría de Salud

José Antonio Danel Beltrán

La Secretaría de Salud es una institución gubernamental encargada de implementar políticas y programas en materia de salud en México. Su función rectora es esencial para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, así como para promover la prevención de enfermedades y el bienestar de la población en general. En este contexto, históricamente la Secretaría de Salud ha cumplido un papel fundamental en la definición y ejecución de políticas públicas relacionadas con la salud, así como en la regulación y supervisión de los servicios de salud en México.

El IMSS Bienestar nació en agosto de 2022 y absorbió el sistema Insabi en mayo de 2023, siendo publicados en esa fecha en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) los ajustes legislativos a la Ley General de Salud para compartir la función rectora, que antes correspondía a la Secretaría de Salud, para ser una función conjunta *entre IMSS Bienestar y la Secretaría de Salud*. Actualmente, 23 estados se encuentran afiliados a esta nueva institución para garantizar el derecho a la salud de las personas no afiliadas, para proveer servicios públicos de salud gratuitos y de calidad para las personas sin seguridad social.

El 29 de mayo de 2023, el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) publicó el decreto por el cual se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar, el cual entra en vigor mañana martes 30 de mayo de 2023.

El pasado 25 de abril de 2023, el pleno de la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de decreto y fue enviado al Senado de la República, para sus efectos constitucionales; desaparece el Insabi y sus funciones se integran al IMSS Bienestar.

Artículo 77 bis 3. El Sistema de Salud para el Bienestar se compone de la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

para el Bienestar (IMSS-Bienestar), así como las instituciones y organismos que participan en el mismo y, en su caso, de manera concurrente, por las entidades federativas en términos de este título.

En este capítulo se aborda la importancia histórica de la función rectora realizada por la Secretaría de Salud, en el contexto de la salud en México; su definición, una breve historia, análisis y discusión; y finalmente, se comentará la modificación realizada en mayo de 2023, hacia una función rectora compartida entre la Secretaría de Salud y el IMSS Bienestar.

Definición

La función rectora puede entenderse como el conjunto de responsabilidades y acciones que estas instituciones desarrollan para guiar y orientar el sistema de salud en México, esto implica establecer políticas y regulaciones, coordinar los distintos actores del sistema de salud, asignar recursos de manera eficiente y garantizar la calidad de los servicios de salud, así como coordinar y supervisar la implementación de dichas políticas en el país.

La función rectora tiene como finalidad asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su ubicación geográfica, nivel socioeconómico o condición social.

Historia

En México, la Secretaría de Salud se ha ido fortaleciendo a lo largo del tiempo. Antes de la creación de esta institución, en 1943, la salud era atendida principalmente por la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Educación Pública. Sin embargo, a lo largo de los años se ha reconocido la necesidad de contar con una entidad especializada en temas de salud, lo que llevó a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, y posteriormente a la Secretaría de Salud en 1982. Desde entonces esta institución ha tenido la responsabilidad de trazar las políticas de salud en el país y de supervisar su adecuada aplicación. Durante el tiempo han surgido diferentes programas y estrategias, que han buscado mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud para la población mexicana.

Análisis

Entre estas funciones se encuentran: la capacidad para establecer políticas de salud efectivas, la coordinación entre las instituciones del sector salud, el

financiamiento adecuado para los programas y servicios, y la atención a grupos vulnerables o en situación de desigualdad. Se deben considerar también los retos y desafíos actuales, como la pandemia de covid-19, que ponen en evidencia la importancia de una función rectora sólida y eficiente.

Uno de los principales desafíos, es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en diferentes regiones del país. Esto implica la necesidad de fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y actores del sistema de salud, para garantizar una distribución equitativa de recursos y servicios. Otro desafío clave es mejorar la calidad de los servicios de salud, lo cual requiere de la implementación de políticas de calidad y una supervisión efectiva.

Discusión

Este tema ha sido objeto de discusión tanto a nivel nacional como internacional. La función rectora ha sido cuestionada en muchos aspectos, incluyendo la falta de recursos suficientes para brindar una atención de calidad, las deficiencias en la regulación de los servicios de salud privados y la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre la población. Sin embargo, también ha habido avances significativos en la implementación de políticas y programas, que han mejorado la atención a la salud en el país.

Propuesta

Con base en el análisis y la discusión se pueden proponer diferentes acciones para fortalecer esta función rectora en el sistema de salud. Estas propuestas deben ser respaldadas por evidencia científica y considerar las experiencias de otros países con sistemas de salud sólidos.

Se sugiere considerar las siguientes medidas:

1. Fortalecer la coordinación interinstitucional, para garantizar la continuidad de la atención de salud entre los diferentes niveles de atención.
2. Implementar políticas y programas de promoción y prevención de la salud, que aborden los determinantes sociales de la salud y promuevan estilos de vida saludables.
3. Fomentar la participación ciudadana en la toma de decisiones y el diseño de políticas de salud a través de mecanismos como los consejos de salud comunitarios
4. Incrementar los recursos destinados a la salud, así como mejorar su asignación para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

5. Mejora en la regulación de los servicios de salud privados.
6. Implementación de estrategias de prevención de enfermedades y la atención integral de grupos vulnerables.
7. Fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y actores del sistema de salud, para asegurar una distribución equitativa de recursos y servicios.

La función rectora de la institución de salud, ya sea Secretaría de Salud o IMSS Bienestar, es de relevancia fundamental. La fragmentación del sistema de salud entorpece la toma de decisiones y la distribución adecuada de los programas en salud, por lo que, en vías de un sistema único de salud, la función rectora debe seguir preservando una figura representativa y evidente ante las instituciones, mostrando liderazgos eficaces para consolidar una respuesta uniforme ante las instancias educativas y de salud, que garantice un orden jerárquico y armónico en la cadena de mando, en las decisiones habituales, para beneficio de todos.

Referencias bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La función rectora de la autoridad de salud en el sistema de salud: Marco conceptual y notas técnicas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., & Knaul, F. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa sectorial de Salud 2020-2024*.
- Frenk, J. (1994). La reforma del sector salud en México: Una visión integral. *Salud Pública de México*, 36(3), 257-272.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Evaluando la función rectora en los sistemas de salud*.
- Secretaría de Salud. (s/f). *Función rectora de la Secretaría de Salud*. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2014/funcion_rectora_ssa.pdf
- Ávila-Burgos, L., Serván-Mori, E., Wirtz, V. J., Lozano, R., & Darney, B. G. (2019). Functioning of the Mexican Secretariat of Health: A nation-wide survey. *BMC Public Health*, 19(1), 1-9.
- González Block, M. A., & Alcalde-Rabanal, J. E. (2018). The implementation of the national health system in Mexico: Challenges and opportunities. *Salud Pública de México*, 60(3), 347-356.
- Secretaría de Salud. (s/f). *Ley General de Salud*.
- Gobierno de la República. (s/f). *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*.

La infraestructura del sistema sanitario en México

Didier Gómez Trujillo

La infraestructura del sistema sanitario es un tema de vital importancia que refleja no sólo la capacidad del país para atender las necesidades de salud de su población, sino también las desigualdades y los desafíos que enfrenta en este ámbito. A lo largo de las últimas décadas el sistema de salud mexicano ha experimentado diversas transformaciones, pero aún se enfrenta a retos significativos que requieren atención urgente.

Línea del tiempo de los gastos en salud en México

- 1936: se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo que marca el inicio de un sistema de salud pública más estructurado.
- 1943: se promulga la Ley del Seguro Social, que formaliza el sistema de seguridad social en México.
- 1983: se implementa el Sistema de Salud Universal, que busca garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población.
- 1997: se introduce el Seguro Popular, un programa que ofrece cobertura de salud a personas sin acceso a los servicios de seguridad social.
- 2003: se realiza la reforma al Sistema de Salud, fortaleciendo el Seguro Popular y buscando mejorar la calidad de los servicios.
- 2012: se amplía la cobertura del Seguro Popular, alcanzando a más de 50 millones de personas.
- 2020: la pandemia de covid-19 genera un aumento significativo del gasto en salud, tanto en infraestructura como en atención y vacunas.
- 2023: se discuten nuevas reformas para mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud en un contexto de recuperación pospandemia.

El sistema sanitario mexicano

Está compuesto por diversas instituciones, tanto públicas como privadas. A nivel público, se encuentran instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios de salud de las entidades federativas. Cada una de estas entidades tiene su propio enfoque y cobertura, lo que genera complejidad en la atención y el acceso a los servicios de salud. Esta fragmentación puede derivar en la duplicación de esfuerzos y en una distribución desigual de los recursos.

Desigualdades en la infraestructura

La infraestructura física de los hospitales y centros de salud en México varía considerablemente. En las áreas urbanas es común encontrar hospitales bien equipados y con personal capacitado, pero en las zonas rurales y marginadas la situación es alarmante. Muchas comunidades carecen de acceso a atención médica adecuada, lo que se traduce en altos índices de mortalidad y morbilidad. La falta de inversión en infraestructura y recursos humanos en estas áreas constituye un obstáculo que perpetúa la desigualdad en el acceso a la salud. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de la población rural en México vive a más de una hora de un hospital adecuado, lo que limita gravemente su acceso a atención oportuna.

Distribución geográfica de servicios

Otro aspecto por considerar es la distribución geográfica de los servicios de salud. La concentración de hospitales y especialistas en las grandes ciudades significa que muchas personas que viven en áreas rurales deben recorrer largas distancias para recibir atención médica. Esto no sólo representa un desafío logístico, sino que también puede resultar en la deserción del tratamiento y el agravamiento de condiciones de salud. A menudo los habitantes de estas áreas deben recurrir a remedios tradicionales o a la autogestión de su salud, lo que puede llevar a diagnósticos tardíos y complicaciones.

Infraestructura tecnológica y digitalización

Además, la infraestructura tecnológica en el sistema sanitario mexicano también necesita ser fortalecida. La digitalización de los servicios de salud, como

la historia clínica electrónica y la telemedicina, ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar el acceso y la eficiencia en la atención. Sin embargo, la implementación de estas tecnologías es desigual y, en muchas ocasiones, carece de la capacitación necesaria para su uso efectivo por parte del personal de salud. La deficiencia de conectividad y equipos de cómputo no actualizados en velocidad y capacidad de memoria en áreas urbanas y la falta de conectividad en áreas rurales agravan aún más este problema, limitando el potencial de estas innovaciones.

Impacto de la pandemia de covid-19

La pandemia de covid-19 puso de relieve las debilidades de la infraestructura sanitaria en México. A pesar de los esfuerzos por ampliar la capacidad hospitalaria y adquirir insumos médicos, muchas instituciones colapsaron ante la demanda. La falta de equipamiento adecuado, como ventiladores y equipos de protección personal, expuso la fragilidad del sistema. Esta situación evidenció la necesidad de una inversión sostenida en infraestructura, recursos humanos y tecnología para poder enfrentar crisis sanitarias futuras. Asimismo, resaltó la importancia de la salud pública y la prevención como pilares fundamentales en la estrategia sanitaria del país.

Reformas y políticas necesarias

Para abordar estas problemáticas es crucial que el Gobierno y los actores relevantes implementen reformas integrales. Esto incluye aumentar la inversión en infraestructura sanitaria, así como en la formación y retención de personal médico. La creación de políticas que fomenten la equidad en el acceso a servicios de salud es esencial. Por ejemplo, la promoción de programas de salud comunitaria puede ser una estrategia eficaz para llevar atención médica a las comunidades más vulnerables.

Además, es necesario fomentar la colaboración entre el sector público y el privado, así como con organizaciones no gubernamentales, para maximizar los recursos disponibles y mejorar la atención sanitaria. La participación de la comunidad en la planificación y ejecución de servicios de salud también es fundamental para asegurar que éstos respondan a las necesidades locales y fomenten un sentido de pertenencia y responsabilidad.

Conclusión

La infraestructura del sistema sanitario en México es un reflejo de las desigualdades sociales y económicas que enfrenta el país. Para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, es crucial que se realicen inversiones significativas en la infraestructura física y tecnológica, así como en la formación y retención de personal médico. Sólo a través de un enfoque integral y sostenible se podrá avanzar hacia un sistema de salud más justo y eficiente para todos los mexicanos. La salud es un derecho fundamental y su garantía debe ser una prioridad en la agenda nacional, para construir un futuro más saludable y equitativo para todas las generaciones.

Referencias bibliográficas

- González, F. J., & Pérez, M. A. (2019). Desigualdad en el acceso a servicios de salud en México: Un análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 61(3), 203-210. <https://doi.org/10.21149/10349>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Salud*. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Knaul, F. M., & Frenk, J. (2018). *El sistema de salud en México: Un camino hacia la cobertura universal*. Harvard University Press.
- López, M. A., & Romero, J. (2020). La infraestructura hospitalaria en México: Retos y oportunidades. *Salud Pública de México*, 62(2), 155-162. <https://doi.org/10.21149/10434>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre la salud en el mundo 2020: La salud y el bienestar en el contexto de la pandemia de covid-19*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Secretaría de Salud. (2021). Sistema Nacional de Salud en México: Una visión general. <https://www.gob.mx/salud/documentos/sistema-nacional-de-salud-en-mexico>
- Secretaría de Salud. (2020). *Política Nacional de Salud 2020-2024*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/politica-nacional-de-salud-2020-2024>
- Vargas, J. A., & Martínez, R. (2021). Telemedicina en México: Desafíos y perspectivas post-covid-19. *Revista de Telemedicina y Salud*, 9(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.rtes.2020.06.001>

Introducción al Consejo de Salubridad General

Manuel Alberto Castro Zamora

El presente capítulo tiene por objeto ofrecer un panorama general del Consejo de Salubridad General. Se explica que es una entidad de suma importancia, dependiente directamente del Ejecutivo federal, que ejerce autoridad sanitaria y desempeña funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Su misión abarca la identificación de asuntos prioritarios de salud, incluidas las crisis y las epidemias, y la implementación de políticas y prácticas que aborden estos problemas. Además, establece el marco de monitoreo y evaluación para asegurar la efectividad de las medidas adoptadas.

Está compuesto por diversos titulares de secretarías clave del Gobierno federal, como Salud, Defensa Nacional, Marina, Hacienda y otras, además de representantes de instituciones como el IMSS, el ISSSTE y la Academia Nacional de Medicina. Esta amplia representación asegura que el Consejo tenga una visión integral y multisectorial de los problemas de salud pública.

En cuanto a sus funciones y competencias, van desde dictar medidas contra el alcoholismo y la contaminación, hasta aprobar declaratorias de emergencia ante enfermedades graves. También puede certificar la calidad de los establecimientos médicos y determinar la presencia de sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Estas funciones son cruciales para mantener la salud pública y responder rápidamente a emergencias sanitarias.

Su historia se remonta a 1628, cuando se supervisaba el ejercicio de la medicina y la higiene pública. Su evolución a lo largo de los siglos ha reflejado los cambios en las necesidades sanitarias del país y ha consolidado su papel como la segunda autoridad sanitaria del país desde la Constitución de 1917. Su desarrollo histórico muestra un progreso desde funciones más limitadas, hasta una autoridad con competencias amplias y esenciales para la salud pública.

El Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General (en lo sucesivo, el Consejo) es un órgano que depende directamente de la persona titular del Ejecutivo federal y tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas (artículo 4, fracción II, art. 15 LGS; art. 1º, RICSG). Las disposiciones, acuerdos y avisos que emita el Consejo deben ser de carácter general y obligatorio en todo el país (art. 1º, RICSG).

La misión del Consejo es identificar asuntos prioritarios de salubridad general —incluyendo crisis y epidemias—, convocar intersectorialmente a su análisis y a la generación de alternativas de política, lograr decisiones de Estado, instrumentar ágilmente acuerdos, disposiciones y prácticas que las impulsen, establecer el marco de monitoreo y evaluación de éstas y dar seguimiento a los responsables de su ejecución.

La visión del Consejo es: ser la autoridad sanitaria y referente a la sociedad, rectora en la identificación, análisis, decisión, evaluación y seguimiento de políticas nacionales de Estado dentro del sector salud informadas en la mejor evidencia técnica y científica; de otras entidades gubernamentales y no gubernamentales en una construcción de salud por todo el gobierno y sociedad, y de las políticas de otros sectores públicos y no gubernamentales que inciden sobre la salud de la población.

Está integrado por: (art. 2, RICSG):

- I. La persona titular de la Secretaría de Salud, quien lo preside;
- II. La persona titular de la Secretaría del Consejo;
- III. La persona titular de la Secretaría de la Defensa Nacional;
- IV. La persona titular de la Secretaría de Marina;
- V. La persona titular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- VI. La persona titular de la Secretaría de Bienestar;
- VII. La persona titular de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales;
- VIII. La persona titular de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural;
- IX. La persona titular de la Secretaría de Educación Pública;
- X. La persona titular del Instituto Mexicano del Seguro Social;
- XI. La persona titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- XII. La persona titular de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar);
- XIII. La persona titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

- XIV. La persona titular de Petróleos Mexicanos;
- XV. La persona titular de la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C., y
- XVI. La persona titular de la Presidencia de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

La persona titular de la presidencia del Consejo podrá invitar a las sesiones cuando así lo requiera la naturaleza de los asuntos a tratar, por iniciativa propia o a sugerencia de alguna persona integrante del Consejo, a las personas servidoras públicas de los tres órdenes de gobierno, o de cualquier otro organismo público o privado, quienes participarán en las sesiones con voz, pero sin voto (art. 5, LGS).

Competencias

- Dictar medidas contra el alcoholismo, la venta y la producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las cuales serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan (art. 17, fracción I, LGS).
- Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y de enfermedades transmisibles prioritarias, no transmisibles más frecuentes, sindemias, fuentes de radiación ionizante y de naturaleza análoga, así como determinar aquellos actos relacionados con el proceso de insumos que tengan fines de política sanitaria por razones de eficacia terapéutica y de beneficio colectivo (art. 17, fracción II, LGS).
- Aprobar y publicar en el *Diario Oficial de la Federación* la declaratoria de emergencia y demás acuerdos que coadyuven a la Secretaría de Salud a instrumentar las acciones necesarias para enfrentar circunstancias epidemiológicas extraordinarias en el país o una emergencia causada por deterioro súbito del ambiente que ponga en peligro inminente a la población (art. 17, fracción III, LGS).
- Aprobar y publicar en el *Diario Oficial de la Federación* la declaratoria de enfermedades graves que constituyan emergencia o atenten contra la seguridad nacional, en la que se justifique la necesidad de atención prioritaria (art. 17, fracción IV, LGS).
- Aprobar los acuerdos necesarios y las demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia (art. 17, fracción V, LGS).

- Certificar la calidad de los establecimientos de atención médica y determinar los instrumentos y criterios para tal efecto (art. 17, fracción VI, LGS).
- Determinar las demás enfermedades transmisibles que requieren actividades de vigilancia epidemiológica, no transmisibles, emergentes y reemergentes, y neoplasias malignas, de prevención y control, a las que se refiere el artículo 134, fracción XIV, de esta Ley (art. 17, fracción VII, LGS).
- Opinar, a través de la persona titular de la Secretaría del Consejo, sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud, a solicitud de las instituciones públicas o privadas que así lo soliciten (art. 17, fracción VIII, LGS).
- Opinar, a través de la persona titular de la Secretaría del Consejo, sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud, a solicitud de las instituciones públicas que así lo soliciten (art. 17, fracción IX, LGS).
- Elaborar, actualizar y difundir en el *Diario Oficial de la Federación* el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, conforme a lo establecido en esta Ley y en las demás disposiciones aplicables (art. 17, fracción X, LGS).
- Determinar las demás sustancias que deban considerarse como estupefacientes o psicotrópicas y publicar la lista correspondiente en el *Diario Oficial de la Federación*, en términos de lo establecido en los artículos 234, último párrafo, y 244 de esta Ley (art. 17, fracción XI, LGS).
- Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación de la operación del Sistema Nacional de Salud (art. 17, fracción XII, LGS).
- Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendentes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud (art. 17, fracción XIII, LGS).
- Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos a las instituciones y personas que se distingan por sus méritos a favor de la salud (art. 17, fracción XIV, LGS).
- Coordinar, a través de la persona titular de la Secretaría del Consejo, la entrega de condecoraciones, reconocimientos, premios y estímulos que determinen las autoridades sanitarias, con sujeción a las disposiciones jurídicas aplicables (art. 17, fracción XV, LGS).
- Analizar, a través de la persona titular de la Secretaría del Consejo, las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a dichas disposiciones (art. 17, fracción XVI, LGS).

Historia

- 1628-1831. Supervisaba el ejercicio de la medicina y su enseñanza. Inspeccionaba boticas. Coordinaba la higiene pública y la policía médica para hacer frente a las epidemias.
- 1831-1841. Aplicaba exámenes a los especialistas de la salud por titular y a los profesionistas como recertificación. Conformado por 12 personas: presidente, secretario, fiscal, tesorero y ocho vocales. Expedía títulos en medicina, cirugía o farmacia.
- 1841-1865. Fue la principal instancia rectora de la medicina en México del siglo XIX. Integrado por cinco miembros titulares y siete adjuntos, que debían ser nombrados por los titulares, con un número indeterminado de miembros honorarios. Se esmeró en la reglamentación higiénica urbana de establecimientos comerciales e industriales, talleres de alto riesgo, mercados, rastros, establos, hospitales y centros educativos.
- 1865-1868. Corte en el devenir histórico de México, una vez instaurado el Imperio en la capital mexicana. Se le confiere el cuidado exclusivo de la higiene pública y de la policía médica. Mantenía una estrecha comunicación con las juntas subalternas de salubridad.
- 1868-1917. Retoma la denominación original de 1841 y prácticamente todas sus facultades. El 24 de enero de 1872 expidió un nuevo reglamento consolidado como órgano técnico, consultivo, normativo y ejecutivo, cuya acción se centraba en la prevención y resolución de problemas sanitarios.
- 1917-1968. Establecido en la Constitución mexicana de 1917, en el artículo 73, fracción XVI, dependiente del presidente. Segunda autoridad sanitaria del país. Organismo nacional con facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatorias en el país.

Discusión

El Consejo de Salubridad General desempeña un papel esencial en la gestión de la salud pública en México. Su capacidad para convocar a diversas entidades y establecer políticas basadas en evidencia científica le permite enfrentar de manera efectiva los desafíos sanitarios del país. La integración multisectorial y su autoridad normativa y ejecutiva lo convierten en un pilar fundamental de la salud pública nacional.

Propuesta

Con base en los resultados mostrados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2023 —expectativa de vida al nacer de 75.4, promedio OCDE 80.3 años; mortalidad infantil 12.7 por 1,000 nacimientos, promedio OCDE 4.0 (misma denominación); mortalidad 30 días posterior a infarto agudo al miocardio, promedio OCDE 23.7 días; gasto de bolsillo 41.4%, promedio OCDE 18.4%; camas de hospital una por 1,000 habitantes, promedio OCDE 4.3 (misma denominación), entre otros—, se propone considerar una decisión estratégica como el establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de calidad; como la Norma ISO 9001: 2015 que emplea el enfoque a procesos, incorpora el ciclo de mejora continua de planear, hacer, verificar y actuar, así como el pensamiento basado en riesgos.

Referencias bibliográficas

- Consejo de Salubridad General. (s/f). *Historia del Consejo*. Disponible en <https://www.csg.gob.mx/consejo/historia.html>
- Cámara de Diputados Federal. (2024). Ley General de Salud. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 07 de febrero de 1984. última reforma: DOF 01-04-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2023). *Panorama de la salud 2023. Indicadores OCDE*. Disponible en <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/Panorama-de-la-Salud-2023-lac-launch.pdf>
- Presidencia de la República. (2023). Decreto por el que se expide el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de diciembre de 2023. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5711276&fecha=13/12/2023#gsc.tab=0
- Norma Internacional ISO 9001. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos*. (Quinta edición, 15-09-2015).

El Consejo de Salubridad General: alcances y perspectivas

Patricia Clark

Yamile Alonso Romo

Hablar de salud en México es reconocer los profundos desafíos históricos y estructurales que ha enfrentado y sigue enfrentando el país. Es asumir las desigualdades persistentes, valorar los avances alcanzados, y, sobre todo, entender que las decisiones públicas en materia sanitaria son clave para definir el rumbo y garantizar el bienestar de millones de mexicanas y mexicanos.

En este contexto, el Consejo de Salubridad General (CSG) se presenta como un órgano estratégico del Estado mexicano, con carácter colegiado y dependiente directamente de la Presidencia de la República. Su misión es coordinar, articular y establecer acciones prioritarias en materia de salud, asegurando que las decisiones nacionales respondan a las necesidades públicas y contribuyan al fortalecimiento del sistema sanitario en su conjunto.¹

El CSG no es únicamente un espacio técnico ni un comité burocrático más: es la máxima autoridad en temas de salubridad general, con la facultad constitucional de emitir disposiciones obligatorias en todo el territorio nacional. Su papel resulta fundamental cuando se declara una emergencia sanitaria, cuando se determina qué medicamentos integran el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, o cuando se decide cuáles enfermedades requieren atención prioritaria. Pero más allá de lo que marca la ley, el Consejo también refleja las tensiones naturales entre lo científico y lo político, entre las demandas de la

1 Consejo de Salubridad General. [s/f]. *Consejo de Salubridad General*. www.gob.mx/csg/articulos/consejo-de-salubridad-general-366737?state=published

población y las capacidades del Estado, entre las urgencias del presente y la necesidad de planificar a largo plazo.

Definición del Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General es un órgano constitucional autónomo del Estado mexicano, establecido en el artículo 73, fracción xvi, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su función principal es emitir disposiciones de carácter general en materia de salubridad, obligatorias en todo el país, incluso por encima de las leyes locales. Este carácter lo convierte en la autoridad sanitaria suprema en asuntos que requieren coordinación nacional.

El CSG está adscrito formalmente al Poder Ejecutivo Federal y es presidido por la Presidencia de la República, lo que le otorga una jerarquía política y administrativa de alto nivel. Está integrado por representantes de dependencias federales, instituciones académicas, expertos del sector salud y representantes regionales, lo que le permite contar con una perspectiva técnica, científica y multisectorial para la toma de decisiones. El CSG tiene en su haber funciones normativas, consultivas y ejecutivas.²

Breve historia del Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General es uno de los órganos más antiguos dentro de la estructura institucional del Estado mexicano en materia de salud. Su historia refleja tanto la evolución de las políticas sanitarias del país como la transformación del propio Estado frente a los desafíos de salud pública. Su origen se remonta a 1841, cuando se estableció como Consejo Superior de Salubridad bajo el mandato del presidente Anastasio Bustamante.³

En 1917, con la promulgación de la nueva Constitución, el Consejo quedó formalmente consagrado como órgano constitucional autónomo, encargado de dictar disposiciones obligatorias en materia de salubridad general. Fue clave en la respuesta a epidemias como la fiebre amarilla en el siglo xix y en los esfuerzos de regulación sanitaria durante el Porfiriato.

Durante el siglo xx el CSG amplió su impacto, participando en la elaboración de normas oficiales mexicanas (NOM), políticas de vacunación, control de

2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 73, fracción xvi, base primera. *Diario Oficial de la Federación* [DOF], 5 de febrero de 1917.

3 Gutiérrez Domínguez, Fernando. (2017). *Memorias y prospectivas de las Secretarías de Estado. Secretaría de Salud*. México: Secretaría de Salud. <https://inehrm.gob.mx/recursos/Libros/ssalud.pdf>

enfermedades infecciosas y fortalecimiento de los sistemas de salud pública. En 1943 se consolidó con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), reafirmando su papel como órgano asesor y normativo de alto nivel.

Entre sus hitos recientes destaca la creación del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, que garantiza el acceso equitativo a medicamentos y tecnologías sanitarias. También ha sido fundamental en la respuesta nacional a emergencias sanitarias, como la pandemia de covid-19, cuando coordinó acciones intersectoriales para enfrentar la crisis.

Análisis del Consejo de Salubridad General

El CSG es una pieza clave en la arquitectura del sistema de salud mexicano, no sólo por su papel constitucional, sino por su capacidad de articular respuestas ante los retos sanitarios nacionales. Desde sus inicios ha evolucionado de ser un órgano consultivo, para convertirse en una autoridad normativa y coordinadora de primer nivel.

Su carácter autónomo y su presidencia a cargo del Ejecutivo federal le otorgan un peso político que pocas instituciones sanitarias poseen. Esto le permite establecer lineamientos de alcance nacional, garantizando uniformidad en las acciones sanitarias, especialmente ante problemáticas que exigen coordinación federal.

Entre sus principales fortalezas destaca su capacidad de reunir a diversos actores: gobierno, academia, sector privado y sociedad civil. Esta integración multisectorial le permite tomar decisiones basadas no sólo en criterios médicos y científicos, sino también en aspectos sociales, económicos y regulatorios.

Sin embargo, enfrenta desafíos importantes. Uno de los más relevantes es garantizar que sus disposiciones se implementen efectivamente en todos los niveles de gobierno, especialmente en un contexto federalista donde los estados tienen autonomía operativa. Además, la creciente complejidad de los problemas sanitarios actuales —enfermedades crónicas no transmisibles, nuevas amenazas epidemiológicas, impacto del cambio climático, desigualdades en salud— exige que el CSG fortalezca continuamente sus procesos de análisis y toma de decisiones, incorporando evidencia científica de vanguardia y aumentando su capacidad técnica y operativa.

Discusión

El CSG ha sido una autoridad clave durante emergencias sanitarias, como quedó demostrado durante la pandemia por SARS-CoV-2 en 2020. Esta crisis evidenció la necesidad de contar con mecanismos de respuesta rápida, coordinación multisectorial y articulación entre niveles de gobierno, no sólo federal sino también estatal y municipal.

Gran parte de las demandas de la población en materia de salud requieren respuestas integrales. Reconociendo esta realidad, el CSG ha emprendido acciones significativas que fortalecen su papel estratégico. Un avance destacado es la reciente reforma de las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (NOFCCNIS), que aprobó la incorporación de figuras académicas clave, como los titulares de la UNAM y el IPN, y representantes de la Secretaría de Salud. Esta decisión eleva sustancialmente el nivel científico y técnico de las deliberaciones, asegurando que las decisiones sobre medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías sanitarias se tomen con el máximo rigor académico, en beneficio de la salud pública.⁴

Propuesta: fortalecimiento del Consejo de Salubridad General

El CSG, consciente de los retos emergentes, ha iniciado una serie de acciones estratégicas para actualizar su marco de actuación y responder con mayor eficacia a las demandas actuales. Ante el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles, el impacto del cambio climático en la salud, el envejecimiento poblacional y las nuevas amenazas epidemiológicas, ha asumido el compromiso de transformar y fortalecer su capacidad normativa, técnica y de coordinación intersectorial.

Entre sus iniciativas clave destacan los Protocolos Nacionales de Atención Médica (Pronam),⁵ una estrategia innovadora que busca homologar la atención en el primer nivel de salud para enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedad renal, obesidad y sobrepeso, entre otras, en todas las instituciones del sector salud. Estos protocolos, elaborados en colaboración con

4 Acuerdo de 2025 [Consejo de Salubridad General] por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, abril 17 de 2025. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5755233&fecha=17/04/2025#gsc.tab=0

5 Consejo de Salubridad General. (2025). *Protocolos Nacionales de Atención Médica (Pronam)*. <https://pronamsalud.csg.gob.mx/>

expertos, clínicos y científicos, están basados en la mejor evidencia científica disponible y actualizada, buscando garantizar una atención de calidad, segura y efectiva, y reducir las brechas en el acceso.

Además, el fortalecimiento del proceso de actualización de protocolos, integrando activamente a comunidades académicas y científicas nacionales, asegura que las decisiones del Consejo sean sólidas, objetivas y respaldadas por el mejor conocimiento disponible.

Estas acciones reflejan el compromiso del CSG por mantenerse como un órgano dinámico y relevante frente a los desafíos contemporáneos, asumiendo un papel estratégico como articulador de saberes científicos, actores institucionales y enfoques multisectoriales. La propuesta es que estos esfuerzos se profundicen, fortaleciendo los mecanismos de participación, transparencia y seguimiento, para proyectar al CSG no sólo como una autoridad normativa, sino como un modelo innovador de gobernanza sanitaria, capaz de garantizar un sistema de salud más robusto, equitativo y adaptado a las necesidades actuales y futuras de la población mexicana.

Referencias bibliográficas

- Consejo de Salubridad General. (2023, enero 1). *Misión y Visión*. México: Secretaría de Salud (portal gob.mx).
- Gutiérrez Domínguez, Fernando. (2017). *Memorias y prospectivas de las Secretarías de Estado*. México: Secretaría de Salud.
- Bustamante, Miguel. (1983). *Salud Pública México*, volumen 5, octubre.
- Gutiérrez Domínguez, Fernando. (s/f). *La salud en la Constitución mexicana*. México: Secretaría de Salud.
- Gobierno de la República. (1917, febrero 5). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 73, fracción XVI, base primera. *Diario Oficial de la Federación (DOF)*.
- Consejo de Salubridad General. (2025). *Protocolos nacionales de atención médica (Pronam)*. <https://pronamsalud.csg.gob.mx/>

Direcciones en salud a nivel federal: ¿cómo se constituyen? ¿qué relevancia tienen?

Manuel Alberto Castro Zamora

El presente capítulo tiene el objeto de brindar un panorama general sobre la organización y funciones de las direcciones en salud a nivel federal, específicamente las pertenecientes a la Secretaría de Salud; se establecen de manera enunciativa, mas no limitativa las atribuciones de cada una de ellas.

En México, todas las personas deben gozar de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte. Asimismo, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, y establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Art. 1º y 4º, CPEUM, 2024).

La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho a la protección de la salud, definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, establece como autoridades sanitarias el presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud (ss), y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el de la Ciudad de México. El Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por 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, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Art. 1º Bis, 4º, 5º, LGS, 2024).

La ss es una dependencia de la administración pública federal centralizada y dependiente del Poder Ejecutivo y que dentro de sus atribuciones está el coordinar el sns y, para el despacho de sus atribuciones, contará con las unidades administrativas que a continuación se describen (Art. 1º, 2º, LOAPE, 20204. Art. 7º y 13 A, fracción VII, LGS, 2024).

Definición

Direcciones de la ss

- Dirección General de Comunicación Social.

Es la responsable de mantener informada a la población sobre el desarrollo de los programas de la Secretaría y contribuir a la difusión homogénea de las actividades del sector salud, de conformidad con las disposiciones que emita la Secretaría de Gobernación en materia de comunicación social (Art. 19, fracción II, RISS, 2018).

- Dirección General de Relaciones Internacionales.

Coordina la representación de la ss ante autoridades e instituciones extranjeras, así como ante organismos internacionales en materia de salud; además coordina con la Secretaría de Relaciones Exteriores las actividades relativas a la agenda de salud internacional que realicen las unidades administrativas de la ss (Art. 31,I, II. RISS, 2018)

Direcciones de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Diseña, desarrolla e implanta instrumentos para la innovación y la modernización del sns, fortaleciendo la función rectora y de coordinación de la Secretaría con las unidades que lo conforman o que en él participan, vigilando permanentemente en ello el cumplimiento de las políticas y estrategias en materia de equidad (Art. 25, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Información en Salud.

Coordina el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con las disposiciones aplicables (Art. 24, fracción I, RISS, 2018). Así como elaborar, difundir y vigilar la normatividad para los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de las estadísticas en salud, de conformidad con las disposiciones aplicables (Art. 24, fracción II, RISS, 2018) y generar la información estadística en salud que requieran las

unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades (Art. 24, fracción III, RISS, 2018).

- Dirección General de Evaluación del Desempeño.

Establece el marco normativo general al que deberán apegarse todas las actividades de evaluación que se desarrollen dentro de la Secretaría de Salud (Art. 23, fracción I, RISS, 2018), así como coordinar la evaluación de los programas a cargo de la ss sujetos a los lineamientos generales para la evaluación de los programas federales de la administración pública federal, en coordinación con las dependencias, entidades y consejos involucrados en su operación (Art. 23, fracción I Bis, RISS, 2018).

- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Conduce la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, así como para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud (Art. 18, fracción I, RISS, 2018).

Direcciones de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

- Dirección General de Promoción de la Salud.

Propone al subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención y promoción de la salud, encaminadas a modificar los determinantes que favorecen o afectan la salud de la población. También, se encarga de crear y fortalecer oportunidades para mejorar, conservar y proteger su salud física y mental, durante las etapas de la vida, y evaluar su impacto en la sociedad (Art. 28, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Epidemiología.

Propone al subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de vigilancia epidemiológica y de laboratorio por lo que se refiere al diagnóstico y referencia epidemiológicos (Art. 32 Bis 2, fracción I, RISS, 2018). Así como definir, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, las acciones en materia de vigilancia, diagnóstico y referencia epidemiológica (Art. 32 Bis 2, fracción II, RISS, 2018).

Direcciones de la Subsecretaría de Administración y Finanzas

- Dirección General de Programación y Presupuesto.

Coordina el proceso de integración programática de la Secretaría de Salud, así como de los fondos de aportaciones del Ramo General 33 que le competen a dicha Secretaría, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables (Art. 27, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Tecnologías de la Información.

Formula, en coordinación con las unidades y órganos administrativos des-concentrados de la ss, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la ss, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables y con los objetivos institucionales, así como coordinar su ejecución, evaluación y seguimiento (Art. 32, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.

Emite y difunde, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, las normas, directrices y procedimientos para regular los sistemas de adquisición, almacenamiento, distribución y control de bienes de activo fijo, artículos de consumo y para la prestación de servicios generales y verificar su cumplimiento (Art. 30, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Recursos Humanos y Organización.

Elabora el *Manual de organización general* de la ss, con la participación que corresponda a la Subsecretaría de Administración y Finanzas y a la Oficina del Abogado General, así como integrar la propuesta de modificación de la estructura orgánica que requiera la instancia competente para sustentar dicha modificación en el Reglamento Interior de la ss (Art. 29, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física.

Elabora el programa anual de obras públicas y servicios relacionados con las mismas de la Secretaría de Salud (Art. 22, fracción I, RISS, 2018).

Direcciones de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

- Dirección General de Políticas de Investigación en Salud.

Propone políticas y estrategias encaminadas a promover y apoyar la investigación en salud en México (Art. 26, fracción II, RISS, 2018).

- Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud. Somete a aprobación del titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, las políticas, lineamientos, criterios, sistemas, herramientas y procedimientos de carácter técnico en materia de funcionamiento y operación aplicables a los Institutos Nacionales de Salud (Art. 21, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia. Somete a aprobación del titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, las políticas, lineamientos, criterios, sistemas, herramientas y procedimientos de carácter técnico en

materia de funcionamiento y operación aplicables a los Hospitales Federales de Referencia. Además, conduce su instrumentación (Art. 20, fracción I, RISS, 2018).

- Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Somete a aprobación del titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, las políticas, lineamientos, criterios, sistemas, herramientas y procedimientos de carácter técnico en materia de funcionamiento y operación aplicables a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (Art. 20 Bis, fracción I, RISS, 2018).

Historia

En la primera etapa se pueden incluir los acontecimientos ocurridos desde la época de la Independencia hasta antes de la promulgación de la Constitución de 1917. En 1846 se creó el Consejo Superior de Salubridad. El primer Código Sanitario se expidió en 1894.

La segunda etapa se inició con la publicación de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, el 5 de febrero de 1917 cuyo artículo 73 previó la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo de Salubridad General, y concluyó en 1982 en donde dicho ordenamiento establece las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores. Esta segunda etapa se caracterizó por la centralización de los servicios de salud.

La tercera etapa se caracterizó por un esfuerzo de descentralizar los servicios a población abierta, así como un intento de la simplificación y racionalización de las estructuras, procedimientos y sistemas de gestión. Destacó la adición al párrafo penúltimo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983, en el que se estableció el derecho a la protección de la salud como una garantía social. El 30 de agosto de 1983 se expidió el decreto mediante el cual el Ejecutivo federal estableció las bases a las que se sujetó el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el cual se dio inicio a la descentralización. El 7 de febrero de 1984 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley General de Salud, que definió la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades y atribuciones de la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho Sistema.

La cuarta etapa inició con la publicación del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de julio de 2001.

La quinta etapa inició el 15 de mayo de 2003, con la creación de un Sistema de Protección Social en Salud que establece las bases equitativas para la aportación y concurrencia de recursos destinados a la atención a la salud.

Análisis

La complejidad y la estructura integral de la ss y sus direcciones, cada una con roles específicos, cumple con la intención de contribuir al derecho a la protección de la salud en México. Derivado de esa complejidad, es imperativa la coordinación efectiva para enfrentar los desafíos actuales y futuros en el sector salud.

Discusión

La estructura organizacional de la ss refleja un enfoque integral y coordinado para abordar los diversos aspectos de la salud pública en México. Cada dirección tiene funciones claramente definidas que permiten una administración eficiente y efectiva del SNS.

Este enfoque estructurado garantiza una respuesta coherente y eficaz a los desafíos en salud, promoviendo la equidad y la calidad en los servicios de salud, y reafirmando el compromiso del Estado mexicano con los derechos humanos y la protección de la salud.

Propuesta

Como ya se ha visto a través de la historia, es fundamental que la ss continúe adaptándose y respondiendo a las necesidades cambiantes de la población, asegurando el cumplimiento del derecho a la salud para todas las personas.

Referencias bibliográficas

- Congreso de la Unión. (1917, febrero 5). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. (Última reforma publicada DOF 24-01-2024). Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Congreso de la Unión. (1976, dic. 29). Ley Orgánica de la Administración Pública Federal [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. (Última reforma DOF 01-12-2023). Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

- Congreso de la Unión. (1984, febrero 7). Ley General de Salud [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. (Última reforma DOF 03-01-2024). Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Secretaría de Salud. (2004, enero 19). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. (Última reforma DOF 20-07-2018). Disponible en https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/reglamento_interior_ssa_2018.pdf
- Secretaría de Salud. (2018, agosto 27). Manual de organización general de la Secretaría de Salud [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>

[illegible]

Las instituciones de seguridad pública

Adrián Enrique Hernández-Muñoz

Paulina Cruz-López

Isaura Guevara-Guerrero

Lizet Olvera-Bravo

*Dondequiera que el arte de la medicina es amado,
también hay amor a la humanidad. Hipócrates*

Históricamente, la atención a la salud en México inició antes de la conquista con prácticas prehispánicas indígenas, cuyo enfoque no sólo era curativo sino también preventivo. Durante la época colonial las órdenes religiosas mandaron la construcción de hospitales, con el fin de atender enfermedades y epidemias propias de la época.

Posteriormente, en 1833 se creó el Consejo Superior de Salubridad, precursor de la Secretaría de Salud, para atender emergencias sanitarias, realizar acciones preventivas e iniciar las primeras acciones de salud pública en México. Sin embargo, no fue sino hasta 1920 cuando se fundó el *Departamento de Salubridad Pública*.

Secretaría de Salud

El objetivo de este departamento fue centralizar las acciones de salud pública, mejorando las condiciones higiénicas del país. Con esto en mente, en 1943 se crea la *Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)*, actualmente conocida como *Secretaría de Salud (SS)*, encargada de coordinar políticas nacionales de salud y campañas de prevención.[1]

Adicional a estas últimas funciones, la Secretaría de Salud busca regularizar el trinomio “médico-investigación-paciente”. Este concepto expone que el mé-

dico adquiriera nuevos conocimientos y habilidades a través de la investigación, para el beneficio de la salud de sus pacientes.[2]

Instituto Mexicano de Seguridad Social

Durante el mismo año 1943 se funda también el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). El propósito de esta institución era proveer seguridad social a los trabajadores mexicanos, servicios médicos y prestaciones económicas a los trabajadores, así como a sus familiares vinculados.[2]

El IMSS permite la atención médica de más de 70 millones de personas, subdividiéndose en más de 1,527 unidades de medicina familiar (UMF), más de 250 hospitales de segundo nivel de atención y más de 20 unidades médicas de alta especialidad.[3] Al laborar más de medio millón de personas en ellas, se cubre la atención médica de trabajadores y de sus familias afiliadas voluntariamente.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Por otro lado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es una institución pública descentralizada. Fundada en 1959, su principal fin es la administración de seguros, prestaciones y servicios médicos a los trabajadores afiliados, así como a pensionados, jubilados y a las familias de los derechohabientes.[1]

Se deriva que el ISSSTE tiene como misión el bienestar integral de su población derechohabiente, dando derecho a prestaciones, como brindar seguros para la atención médica preventiva, hasta de invalidez. Otros servicios incluyen: préstamos, servicios funerarios y servicios de atención para el desarrollo infantil.[4]

Secretaría de la Defensa Nacional

A diferencia del IMSS y del ISSSTE, la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) fue consolidada como institución en 1937. Dentro de sus objetivos primordiales destacan el llevar a cabo acciones como defender la integridad, independencia y soberanía nacional, garantizando la seguridad interior a la población civil en casos de emergencia.[5]

Dentro de la población atendida por la Sedena, se incluye a todo el personal militar activo, así como a miembros retirados. Del mismo modo, son

considerados los familiares de este personal, estimándose el otorgamiento de servicios de salud a más de un millón de pacientes.[6]

Los servicios de salud impartidos por la Sedena incluyen más de 15 hospitales militares regionales, 18 hospitales militares de zona y 10 unidades de consulta externa. A su vez, se cuenta con establecimientos de especialidades: como *el Hospital Central Militar*, *el Hospital de Especialidades de la Mujer y Dermatología*, etcétera.[5,6]

A diferencia de las otras instituciones, la Sedena corresponde a un sistema exclusivo para personal militar y sus familias. Sin embargo, en caso de desastres el personal militar tiene la misión de atender a poblaciones de zonas afectadas, ofreciendo primeros auxilios, traslado y canalización de personas heridas a hospitales de especialidad.[6]

Petróleos Mexicanos

Por otro lado, Petróleos Mexicanos (Pemex) es una de las empresas más representativas, al ser un pilar en la economía del país. Su fundación se remonta a 1938, como resultado de la expropiación petrolera. Al nacionalizarse los recursos petroleros, se marca un hito histórico, colocando a Pemex bajo el control del Estado mexicano.[7]

Esta institución atiende las necesidades energéticas del país, suministrando combustibles y productos derivados del petróleo. Beneficia a los consumidores, empresas y sectores estratégicos como el transporte, la electricidad y la petroquímica. Igualmente, brinda empleo a las comunidades donde opera, contribuyendo al desarrollo social mediante programas comunitarios.[7]

A través de los *Sistemas Médicos de Pemex*, derivados de su presupuesto operativo, se ofrece atención integral a los trabajadores de la institución, así como a jubilados y derechohabientes. Su infraestructura sanitaria incluye hospitales de alta especialidad, regionales y generales, así como unidades de primer nivel de atención.[7,8]

Instituto de Salud del Bienestar (Insabi) —desaparecido, ahora IMSS Bienestar

El 29 de mayo de 2023, el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* publicó el decreto por el cual se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud para regular el Sistema de Salud para el Bienestar, el cual entra en vigor mañana martes 30 de mayo de 2023.

El pasado 25 de abril de 2023, el pleno de la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de decreto y fue enviado al Senado de la República, para sus efectos constitucionales; desaparece el Insabi y sus funciones se integran al IMSS Bienestar.

En 1979 se crea el Programa Nacional de Solidaridad por Cooperación Comunitaria (Coplamar) para la atención de población marginada e indígena en todo el territorio nacional. En 1983 desaparece Coplamar y se formaliza la administración del programa Coplamar por el IMSS. En 1989, IMSS-Coplamar modifica su nombre a IMSS-Solidaridad. En 2002, IMSS-Solidaridad cambió su nombre a IMSS-Oportunidades. En 2014, IMSS-Oportunidades se transforma en el programa IMSS-Prospera. En 2018, IMSS-Prospera se convierte en el programa IMSS-Bienestar. El 1 de abril de 2022 inicia el proceso de transformación de los servicios de salud con la incorporación del estado de Nayarit al IMSS-Bienestar.

Bajo la *misión de brindar atención médica, medicamentos y demás insumos asociados a la población sin seguridad social de forma gratuita, oportuna, eficaz, accesible y de calidad, promoviendo la participación activa de la población* en el autocuidado de su salud. Con la *visión* de: ser la institución del Estado mexicano garante del derecho a la salud, reconocida por la calidad, oportunidad y eficacia de sus servicios de salud y por su modelo de atención, enfocado en las personas sin seguridad social con corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria.

El 31 de agosto de 2022 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto de creación de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), surgiendo como un organismo público descentralizado, denominado: Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), para ampliar las capacidades del sistema público de salud del país.

Artículo 77 bis 3. El Sistema de Salud para el Bienestar se compone de la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), así como las instituciones y organismos que participan en el mismo y, en su caso, de manera concurrente, por las entidades federativas en términos de este título.

Otras instituciones y programas de salud

Además de las instituciones ya mencionadas, en México existen otras instituciones públicas de salud, como lo son los Hospitales de Alta Especialidad, el

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los Institutos Nacionales, donde no sólo se ofrecen servicios de salud, sino también se realizan investigaciones médicas y capacitación del personal de salud.

Propuesta y conclusiones

No obstante, a pesar de todas las instituciones y los sistemas de salud previamente mencionados, México enfrenta diversos retos tanto estructurales como financieros en el acceso médico. Uno de ellos es las desigualdades en la atención médica condicionadas por las disparidades regionales, geográficas y sociales.

Otro punto de atención es atender zonas rurales con infraestructuras hospitalarias adecuadas. Superar estos retos, así como otras problemáticas tales como transiciones demográficas y epidemiológicas, requiere un enfoque integral, el cual integre actividades de prevención así como de educación en salud.[10]

La fragmentación del sistema de salud, la falta de presupuesto y la ausencia de liderazgos efectivos dentro del gremio médico, que logren congregar a todas las partes responsables para trazar convenios de acuerdo general, son problemas que será fundamental revertir para consolidar una mejor atención médica de calidad para toda la población.

Referencias bibliográficas

- Cotonieto-Martínez, Ernesto. (2020). Evolución de la seguridad social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020). *JONNPR*, 5(7), 740-762. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000700008&lng=es. Epub 05-jul-2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3511>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Contribuciones del IMSS a la medicina mundial. Pasado, presente y futuro*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social/Instituto Politécnico Nacional.
- Mercado, M., Torres, J., Guerrero-Romero, F., López-Alarcón, M., y Mayani, H. (2021). La investigación médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Siete décadas de trabajo, logros y retos. *Gac Med Mex.*, 157(4), 470-478.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (s/f). *¿Sabes cuáles son tus 21 prestaciones?* [Internet]. Gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/conoce-tus-21-prestaciones>
- Banco del Bienestar, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo. (2018, octubre 25). *Creación de la Secretaría de la Defensa Nacional*

- [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.mx/bancodelbienestar/es/articulos/creacion-de-la-secretaria-de-la-defensa-nacional?idiom=es>
- Gómez, Dantés Octavio, Sesma, Sergio, Becerril, Víctor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, y Frenk, Julio. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx.*, 53(Suppl), s220-s232, enero. [Citado 2024, dic. 29]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es
- Pemex. (s/f). *Historia. Petróleos Mexicanos* [Internet]. Disponible en: <https://www.pemex.com/80aniversario/files/historia.html>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2019). Introducción. *Cuenta Pública 2019*. Secretaría de Hacienda y Crédito Público [Internet]. Disponible en: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/cp/2019/tomo/viii/print.tty.01.intro.pdf>
- Serván-Mori, E., Gómez-Dantés, O., Contreras, D., Flamand, L., Cerecero-García, D., Arreola-Ornelas, H., y Knaul, F. M. (2023). Increase in catastrophic and impoverishing health expenditures in Mexico associated with policy changes and the Covid-19 pandemic. *J Glob Health*, 13(1).
- World Health Organization. (s/f). *Urgent health challenges for the next decade* [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/photo-story/detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>
- Diario Oficial de la Federación*, 2023, 29 de mayo, pp. 76-94.

Institutos Nacionales de Salud: conformación y atención a la población

Abraham Adolfo Montalvo Parra

En México, el sistema de salud está conformado por diversas instituciones que buscan garantizar el derecho a la salud de toda la población. Dentro de este entramado, los Institutos Nacionales de Salud (INS) desempeñan un papel clave, al actuar como centros de excelencia en la atención médica especializada, la investigación biomédica y la formación de recursos humanos altamente capacitados. Su labor no sólo se limita a atender enfermedades de alta complejidad, sino también a contribuir a políticas públicas (para que estén alineadas y fundamentadas, y se fortalezca el sistema de salud), a estrategias de prevención y al desarrollo científico nacional.

La mayoría de los INS se ubican en la Ciudad de México, lo que responde a una política de centralización en salud iniciada a mediados del siglo xx. La conformación de estos institutos se dio bajo el marco jurídico de la Ley General de Salud, que los reconoce como órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud. Esto les otorga una autonomía técnica, operativa y administrativa, lo cual es fundamental para garantizar su eficiencia y especialización.

Actualmente existen 13 Institutos Nacionales de Salud, cada uno especializado en un área médica particular. Este modelo responde a la necesidad de contar con centros altamente capacitados para enfrentar los retos sanitarios nacionales.

1. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.
2. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.
4. Instituto Nacional de Cancerología.
5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
6. Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

7. Instituto Nacional de Pediatría.
8. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.
9. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
10. Instituto Nacional de Geriatria.
11. Instituto Nacional de Medicina Genómica.
12. Instituto Nacional de Salud Pública.
13. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas.

Cada uno de estos institutos se especializa en un campo de la medicina, lo que permite un abordaje integral y de alto nivel de enfermedades específicas, desde las cardiovasculares hasta las psiquiátricas, infecciosas y genéticas.

Los INS están legalmente regidos por la *Ley de los Institutos Nacionales de Salud* (LINS), publicada en el *DOF* el 22 de junio de 2000 y en la página de la Cámara de Diputados, con la última reforma del 11 de abril de 2022. Esta ley regula los aspectos necesarios a los que deben alinearse las instituciones que ya son INS y, en su caso, las nuevas instituciones que aspiren a serlo.

Cuatro son los principales ejes reguladores que la LINS rige:

1. *Definiciones y objetivos.* La LINS establece definiciones clave, como “ciencia médica” y “enseñanza en salud”, y describe los objetivos y funciones que los INS deben cumplir, como la investigación de vanguardia, la enseñanza y la prestación de servicios médicos altamente especializados.
2. *Organización.* La ley también describe la estructura administrativa y las facultades de los INS, incluyendo la formación y actualización del personal, así como la autonomía operativa y administrativa, dentro de los marcos de coordinación sectorial en ellos establecidos.
3. *Funciones específicas.* Los INS tienen funciones como realizar investigaciones en diversas áreas médicas, publicar los resultados de dichas investigaciones, formar recursos humanos, prestar servicios de atención médica especializada a la población y asesorar en temas de salud pública y de especializaciones médicas.
4. *Financiación.* La ley también regula la financiación de los institutos, incluyendo la administración de fondos destinados a proyectos específicos de investigación y desarrollo, y establece normas para la generación y administración de recursos propios y externos.

En los INS se realizan investigaciones que pueden dar lugar a patentes. Estas transferencias tecnológicas o usos de propiedad intelectual están reguladas por leyes decretadas en el *Diario Oficial de la Federación*, por ejemplo: la Ley

de Propiedad Intelectual del Instituto Nacional de Salud Pública, del Instituto Nacional de Pediatría o del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, las cuales son publicadas en el *DOF*, así como las leyes propias de los INS, como la del Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen).

Los objetivos principales de los INS incluyen: atención médica especializada, investigación científica en salud y formación de recursos humanos. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” es líder en enfermedades metabólicas, mientras que el Instituto Nacional de Cancerología concentra sus esfuerzos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

A nivel de investigación, los INS producen conocimiento original en salud pública, epidemiología, medicina transnacional y más. Varios de sus estudios han influido en la formulación de políticas públicas, especialmente en enfermedades crónicas no transmisibles. La formación académica que brindan incluye residencias médicas, diplomados, cursos técnicos y posgrados.

Aunque los INS tienen cobertura nacional, su concentración en la Ciudad de México genera desigualdades en el acceso a la atención médica; muchos pacientes enfrentan barreras económicas y logísticas para trasladarse, lo que agrava la inequidad en salud.

Otro reto es la saturación hospitalaria, ya que las listas de espera para procedimientos complejos o cirugías pueden prolongarse durante meses. Para contrarrestar esto, los INS han implementado programas de telemedicina y de colaboración interinstitucional que buscan extender sus beneficios a las comunidades más alejadas.

Durante la pandemia por covid-19, los INS se posicionaron como actores clave en la respuesta sanitaria. El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) fue un centro estratégico en la atención de pacientes graves y en la generación de protocolos médicos. Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto de Medicina Genómica contribuyeron con investigaciones epidemiológicas y análisis genéticos del virus.

Estos esfuerzos demostraron la importancia de contar con instituciones científicas robustas capaces de responder ante emergencias sanitarias.

El fortalecimiento de los INS definitivamente debe contemplar mayores recursos financieros, una mejor infraestructura y, sobre todo, la descentralización geográfica. Una estrategia nacional de regionalización permitiría que otros estados cuenten con instituciones similares, articuladas con los INS centrales.

También se requiere avanzar en tecnologías digitales, inteligencia artificial clínica y medicina personalizada. Estas herramientas pueden optimizar el diagnóstico, reducir los tiempos de espera y mejorar la calidad de atención.

En conclusión, los Institutos Nacionales de Salud son instituciones multifacéticas y son fundamentales para el sistema de salud mexicano. Asimismo, conllevan la atención de los pacientes, la aplicación de reglas federales en el ámbito médico, la generación de recursos humanos altamente especializados y la investigación médica de vanguardia. Su especialización, capacidad científica y vocación docente los convierten en instituciones estratégicas. También representan un eje vital para el sistema de salud mexicano y sus retribuciones a la sociedad en forma de recursos humanos, artículos científicos y divulgación de la ciencia, lo que fortalece la capacitación médica, académica y científica de las instituciones de salud; sin embargo, para garantizar la equidad en la atención médica, es imprescindible avanzar hacia su descentralización, modernización y fortalecimiento estructural.

Referencias bibliográficas

- Secretaría de Salud (México). (2023). *Institutos Nacionales de Salud* [Internet]. México: Gobierno de México. [Citado 2025, mayo 9]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. México. [Actualizada 2023]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2022). *¿Qué son los Institutos Nacionales de Salud?* [Internet]. México: INSP. [Citado 2025, mayo 9]. Disponible en: <https://www.insp.mx>
- Consejo de Salubridad General. (2022). *Catálogo de instituciones de salud pública de alta especialidad*. México: CSG.
- Ruelas Barajas, E. (2018). Reforma del sistema de salud en México: Avances y desafíos. *Salud Pública Méx.*, 60(2), 203-211.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Llones, M., et al. (2012). The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 380(9849), 1259-1279.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). (2022). *Memoria institucional 2020-2021: Atención y respuesta ante covid-19*. México: INER.
- Becerril-Mintekio, V., López-Dávila, L., y Rosales-Luna, M. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx.*, 53(Supl 2), s220-s232.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., y Knaul, F. M. (2009). The democratization of health in Mexico: Financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ*, 87(7), 542-548.

Modelo de atención a la población sin seguridad social

Manuel Alberto Castro Zamora

El presente capítulo tiene el objeto de brindar un panorama general sobre el modelo de atención a población sin seguridad social, un modelo que corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva (ops, 2019); en este sentido, el 25 octubre de 2022 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* el Modelo de atención a la salud para el bienestar, en lo subsecuente Más-Bienestar, del que tratará principalmente este texto.

Se inicia definiendo el marco normativo que da sustento, donde se dará una descripción de los conceptos para comprender su objetivo, definición, sus ejes de intervención, sus componentes y sus entornos de aplicación operativa. Posteriormente se hará un breve recorrido por los antecedentes, continuando con un análisis y discusión de los hallazgos y, por último, se presentan algunas propuestas que inviten al lector a la reflexión desde una perspectiva personal.

El MÁS-Bienestar

El MÁS-Bienestar es un esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad, e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva; se basa en un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades centrado en las personas, familias y comunidades, desde una perspectiva de derechos humanos y equidad de género, respetando la cultura y la cosmovi-

sión de las diferentes comunidades y grupos poblacionales; tiene una visión holística sobre los determinantes sociales de la salud presentes a nivel local para brindar a las personas una atención integral basada en sus necesidades de salud y demandas de atención.

El marco normativo que lo sustenta se encuentra en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud; asimismo el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción I y II de la Ley General de Salud, establece que corresponde a la Secretaría de Salud formular por sí o por conducto de servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) un programa estratégico en el que se defina la progresividad y la cobertura de servicios, así como el Más-Bienestar.

El objetivo del Más-Bienestar es desarrollar e implementar un modelo de atención a la salud, se basa en la atención primaria de salud y las funciones esenciales de la salud pública, centrado en las personas, familias y comunidades, a través de la protección y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando la participación comunitaria y los determinantes sociales para proteger el bienestar de la población del país, principalmente de las personas sin seguridad social.

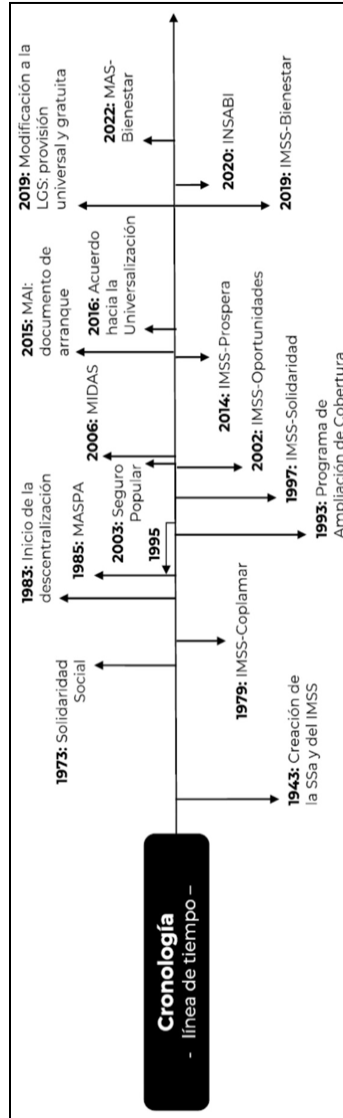
Se consideran cinco ejes principales que sustentan las intervenciones para la atención integral a lo largo de la vida, basadas en los niveles de prevención para posicionarlos en todos los rubros de intervención: 1. Promoción de la salud; 2. Prevención de enfermedades; 3. Diagnóstico y tratamiento; 3. Rehabilitación, y 4. Cuidados paliativos.

Se basa en los cinco elementos de la prestación de servicios de salud establecidos en el marco conceptual de la atención primaria de salud: 1. Gestión de la salud poblacional; 2. Organización y gestión de los servicios; 3. Acceso; 4. Servicios de atención primaria disponibles y efectivos, y 5. Atención centrada en las personas.

Una vez definido el plan de acción con base en los ejes previos, y a fin de operar el Más-Bienestar, se requiere hacer efectiva la atención sanitaria fuera de las unidades de salud, por lo que las intervenciones deberán aplicarse en los diferentes entornos que impactan en la salud de la población, los cuales son: 1. Familiar; 2. Comunitario; 3. Escolar; 4. Centros laborales, y 5. Unidades de salud. Esto a través de la constitución de equipos de salud para el bienestar (ESB), compuestos por personal de medicina (medicina general o especialista en salud familiar), personal de enfermería y un gestor comunitario de APS; a este equipo se suman voluntarios de la comunidad, quienes apoyan en las labores

de promoción de la salud y el fomento de la participación comunitaria en la gestión de la salud. Cada equipo de ESB trabaja en un consultorio individual, un centro de salud (CS) o una unidad médica rural (UMR). Cada ESB asume la responsabilidad de la mejoría en salud integral de un territorio/población definida de 3,000 a 5,000 habitantes (ss, 2020: 55).

Esquema 1. Cronología de los Modelos de Atención. A población sin seguridad social en México.



Fuente: Secretaría de Salud (2022) "ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)"¹⁷
Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre de 2022.

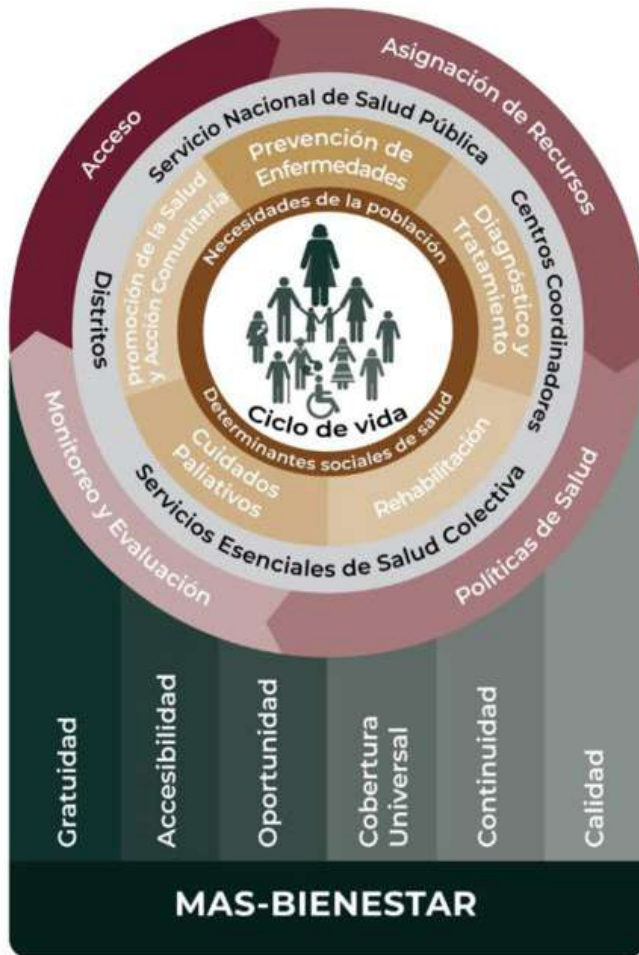
Historia

Inicia de forma limitada en 1973, cuando se integró a la Ley del Seguro Social la ampliación de servicios a dicha población a través del Programa Solidaridad Social. En 1974 se puso en operación el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, y en 1977 se constituyó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar). Para 1979, los servicios a la población sin capacidad contributiva del IMSS se integraron a la Coplamar, dando origen al Programa IMSS-Coplamar (en 1983 pasó a ser administrado por el IMSS). Con el proceso de descentralización del Sistema de Salud a la población sin seguridad social en 1984, cambió su denominación a IMSS-Solidaridad. Durante diferentes administraciones dicho programa documentó su impacto positivo en los servicios de salud estatales que operaron con el modelo de atención a la salud para la población abierta (MASPA) creado en 1985, el cual fue renovado en 1995 como un instrumento que normaba y operacionalizaba la prestación de servicios en las unidades de la Secretaría de Salud en todo el país a la población sin seguridad social. En 1997, con la participación de IMSS-Solidaridad en la operación del componente de salud del entonces Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), se contribuyó a la disminución de rezagos en salud, principalmente los asociados con la desnutrición de su población beneficiaria. En 2002 el Progresá fue renombrado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) y cambió de denominación a IMSS-Oportunidades.

Con la creación de la Comisión Nacional de Protección Social, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y del Seguro Popular como su brazo operativo, el modelo, en ese entonces vigente, fue reemplazado por el Modelo integrado de atención a la salud (MIDAS) en 2006. Para 2010 el Programa IMSS-Oportunidades inició labores en otras dos entidades federativas, Guerrero y el Estado de México, ampliándose a 19 entidades federativas. En 2014, acorde con la política social de combate a la pobreza, se modificó el nombre del Programa por IMSS-Prospera, para finalmente, en diciembre de 2018 modificarlo al nombre actual de IMSS-Bienestar, el cual desde su creación tomó como base general las directrices y principios de su Modelo de atención integral a la salud (MAIS), el cual vincula estrechamente la atención médica preventiva con la participación y acción comunitaria.

En agosto de 2015 se publicó el denominado Modelo de atención integral a la salud (MAI), haciendo explícita en su propósito la urgente necesidad de renovar la atención primaria en México.

Esquema 2. Representación gráfica del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar).



Fuente: ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). DOF: 25/10/2022.

Análisis

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otor-

gamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (Ley del Seguro Social, 2024). En México, no todas las personas tienen seguridad social. A nivel nacional, entre 2018 y 2020 se observó un aumento de la población con carencia de acceso a los servicios de salud al pasar de 16.2 a 28.2%, lo cual representó un aumento de 20.1 a 35.7 millones de personas en ese periodo. Lo anterior significa que en dos años hubo un aumento de 15.6 millones de personas que reportaron no estar afiliadas, inscritas o tener derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada (Coneval, 2021).

Llama la atención la cantidad de programas o modelos que hasta la fecha han existido en México con la finalidad de cristalizar el derecho a la protección de la salud de todas las personas que no gozan de una seguridad social, todos los modelos de atención que antecedieron al Más-Bienestar no lograron implementación territorial significativa, por lo que fallaron en su objetivo de mejorar la situación sanitaria del país, como se evidencia en los indicadores de la OCDE (2023): México gasta \$1,181 *per cápita* en salud, menos que el promedio de la OCDE de \$4,986 (USD PPA), el gasto de bolsillo es 47%, la esperanza de vida es de 75.4 años, 4.9 años por debajo del promedio de la OCDE, 36% de los adultos presenta obesidad, por encima del promedio OCDE de 26%, pero bajo consumo de tabaco (8.6 vs 16%) y alcohol (5.1 vs 8.6%), la mortalidad a 30 días después de un accidente cerebrovascular fue del 17.2% (promedio OCDE del 7.8%) y del 23.7% después de un IAM (promedio OCDE del 6.8%).

Discusión

La OCDE, ya desde 2016 enfatizaba que México necesitaba un sistema de salud que se enfocara en las necesidades de las personas, más que en los acuerdos institucionales históricos, y capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada toda vez que cuente con un costo efectivo y sostenible. Sin embargo, en muchos aspectos el Sistema de Salud en México no se está desempeñando como debería; se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

Propuesta

Considerar tres aspectos: 1. *El fin*, no perder el objetivo principal que es el garantizar el derecho al más alto nivel de salud (estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades) y bienestar que se pueda lograr; 2. *Las circunstancias*: ¿cuál es la realidad en la

que se encuentra la población de México? Deberá evaluarse a través de evidencia objetiva observable (censos, encuestas, información en salud, etc.) para poder establecer un diagnóstico situacional que sirva como base para la elaboración de planes estratégicos que tengan un impacto significativo en la salud pública y, por último, 3. Los medios, en este caso el medio es el Más-Bienestar, permanecen retos importantes para su exitosa implementación (recursos humanos, financieros, etcétera).

En este sentido, nos queda por aprender de las experiencias. Se deja a su consideración realizar un análisis de los eventos que sucedieron al eliminar el Seguro Popular para dar paso al Insabi. Ahora se les invita a mantener la atención al reciente Más-Bienestar.

Referencias bibliográficas

- Secretaría de Salud. (2022). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (Más-Bienestar). *Diario Oficial de la Federación*, 25 de octubre.
- Secretaría de Salud. (2020). *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la atención primaria de salud*. (2ª edición, diciembre 2020). Ciudad de México.
- Congreso de la Unión. (2024). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 07 de febrero de 1984. (Última reforma *DOF* 01-04-2024).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2021). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. 05 de agosto de 2021. Disponible en https://www.coneval.org.mx/medicion/mp/documents/mmp_2018_2020/notas_pobreza_2020/nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2023). *Panorama de la salud 2023. Indicadores OCDE*. Disponible en <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/Panorama-de-la-Salud-2023-lac-launch.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Modelos de atención en salud*. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/modelos-atencion-salud#:~:text=Modelo%20de%20organización%20de%20los,contribuir%20a%20su%20función%20colectiva>

La medicina privada en México: aseguradoras médicas en el contexto actual

Donají Miranda González

En México, hasta el 1 de septiembre de 2024 se registró una población de 132.3 millones de habitantes, con un crecimiento demográfico anual estimado en 1.1 millones de personas, lo que posiciona al país como la décima nación más poblada del mundo. El país se encuentra en una etapa de transición poblacional donde se ha disminuido la tasa de crecimiento al 0.85% anual. Cada año se registran aproximadamente dos millones de nacimientos y 820 mil defunciones, con esperanzas de vida de 78.9 años para las mujeres y 72.4 para los varones, evidenciando el actual envejecimiento de la población.

La dinámica demográfica ha generado una mayor variedad de esquemas de atención sanitaria. En México se cuenta en general con tres tipos de servicios de salud: seguros sociales, servicios de salud para no asegurados y el sistema de medicina privada; entre estos tres sistemas existen importantes inequidades, especialmente en los tiempos de espera para acceder a la atención médica, lo que ha impulsado a muchas personas a optar por servicios privados de salud. Este fenómeno se acentuó tras la pandemia de 2020. En 2018, el 51% de las unidades de salud correspondían al sector público y el 49% al privado. Cuatro años después, en 2022 las unidades privadas representaban el 63%, frente al 37% del sector público. Como consecuencia, seis de cada 10 personas buscaron atención en clínicas privadas, lo que incrementó significativamente el gasto de bolsillo de los hogares en atención médica, alcanzando más del 45% del gasto total en salud, según la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.[1]

Según la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros,[2] sólo el 9.9% de la población mexicana cuenta con un seguro de gastos médicos, lo que

representa cerca de 12.7 millones de personas al cierre de 2022. Lo anterior indica que una gran parte de la población recurre a servicios médicos privados y cubre los costos por su cuenta, sin la intermediación de un seguro.

En este contexto, en el presente capítulo se analiza el papel de las aseguradoras médicas en el sistema de salud mexicano, su alcance, limitaciones y posibilidades de expansión como parte del modelo de medicina privada.

Definición

Se entiende por aseguradora médica a una institución financiera encargada de cubrir total o parcialmente los costos derivados de la atención médica en unidades privadas, mediante el pago periódico de una prima.[7] La persona que contrata un seguro médico adquiere el derecho a recibir respaldo económico ante gastos médicos, incluyendo consultas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, medicamentos, estudios diagnósticos y tratamientos especializados, entre otros, según los términos establecidos en su póliza. Las aseguradoras médicas forman parte del sistema de salud privado y funcionan como opción paralela o de apoyo a la atención brindada por el sistema público, particularmente cuando los servicios de salud son limitados o insuficientes, los tiempos de espera son muy prolongados o hay desabasto de medicamentos en las instituciones públicas.

A pesar de ser una herramienta valiosa para garantizar el acceso oportuno y de calidad a la atención médica, la participación de las aseguradoras médicas en México sigue siendo baja. El bajo porcentaje de personas que cuentan con seguros de gastos médicos pone en evidencia una marcada brecha en el acceso a este tipo de servicios, ya que la contratación de seguros médicos está fuertemente ligada a la capacidad económica del individuo o al acceso a beneficios laborales formales. En este sentido, las aseguradoras médicas no sólo funcionan como proveedoras de cobertura, sino también como reflejo indirecto de la segmentación, desigualdad y creciente participación privada en el sistema de salud.

Historia

El origen de las aseguradoras médicas privadas en México está estrechamente vinculado con el contexto económico, el sistema financiero y los procesos de transformación del sistema nacional de salud.

Aunque los seguros en general existen en el país desde el siglo XIX, su participación significativa en el ámbito de la salud se consolidó hasta mediados del siglo XX. En ese momento los servicios públicos estaban dirigidos princi-

palmente a trabajadores formales afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado en 1943, y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fundado en 1959. Esta situación excluía a trabajadores independientes, personas desempleadas o quienes laboraban en la informalidad.

A partir de la década de 1960 comenzaron a surgir aseguradoras médicas privadas, inspiradas en modelos europeos y estadounidenses. No obstante, su verdadero auge ocurrió en las décadas de 1980 y 1990, en un contexto de liberalización económica, apertura del mercado financiero y reformas estructurales que favorecieron la participación del sector privado en funciones previamente reservadas al Estado. Según datos históricos recopilados por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, el desarrollo del sector ha sido gradual, pero constante, adaptándose a las reformas estructurales y a la demanda creciente de servicios médicos privados desde los años ochenta.[4]

Con el tiempo estas aseguradoras se fortalecieron y diversificaron sus productos, consolidándose como una opción atractiva principalmente para los sectores con mayor poder adquisitivo o acceso a empleos formales con prestaciones. En la actualidad, el sector asegurador de salud en México se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y supervisado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.[3,1]

La historia de las aseguradoras médicas privadas en el país refleja un proceso de adaptación a las limitaciones del sistema público, así como a las demandas sociales cambiantes, y evidencia un impacto relevante en la equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema nacional de salud.

Análisis

En México, las aseguradoras médicas privadas representan una alternativa a los servicios de salud, que han crecido progresivamente. No obstante, también constituyen una figura que plantea desafíos significativos desde la perspectiva de la salud pública. Al operar bajo un modelo de mercado basado en la capacidad de pago y la gestión individual del riesgo, se alejan de los principios de universalidad y equidad.

El acceso a estos seguros está restringido, en su mayoría, a personas con ingresos medios y altos o a quienes cuentan con un empleo formal que ofrece prestaciones superiores, dejando fuera a amplios sectores sociales en situación de vulnerabilidad. Un punto importante a considerar es el gasto de bolsillo, que sigue representando un porcentaje elevado del gasto total en salud en México (cerca del 50%),⁽⁶⁾ incluso entre personas aseguradas, debido a deducibles, copagos y exclusiones frecuentes en las pólizas privadas.[2]

Lo anterior evidencia que, si bien las aseguradoras médicas privadas aportan a la cobertura financiera de ciertos grupos, no garantizan por sí solas una protección efectiva ante gastos catastróficos ni una solución estructural al problema del acceso desigual a los servicios de salud.[5]

Es necesario fortalecer la regulación del sector asegurador para garantizar prácticas transparentes, evitar exclusiones injustificadas y promover mecanismos de protección al consumidor. Asimismo, se requiere avanzar hacia modelos de salud integradores, en los que el aseguramiento privado pueda complementar —pero no sustituir— la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud.

Propuesta

Para avanzar hacia un sistema de salud más justo, eficiente y sostenible, es necesario implementar políticas públicas que regulen y encaucen la participación de las aseguradoras médicas privadas como complemento, y no como sustituto, del sistema público. A continuación se plantean algunas propuestas específicas:

- *Fortalecimiento de la regulación y la transparencia del sector asegurador.* La implementación de auditorías externas, indicadores de calidad y esquemas de rendición de cuentas permitiría mejorar la confianza del consumidor y asegurar una competencia más justa.
- *Fomento de seguros accesibles y solidarios.* Se propone diseñar esquemas de seguros médicos de bajo costo, dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad que no acceden al sistema público ni pueden costear un seguro tradicional.
- *Integración de sistemas de información y coordinación público-privada.* Establecer mecanismos de intercambio de datos clínicos entre instituciones públicas y privadas contribuiría a mejorar la continuidad de la atención, evitar duplicidades y fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- *Educación y orientación a la ciudadanía.* Se sugiere promover campañas educativas que expliquen qué es un seguro médico, cómo funciona y qué implica en términos de protección financiera y derechos del paciente, con el fin de empoderar a la población en la toma de decisiones informadas sobre su salud.
- *Promoción de modelos de atención primaria integrados.* Se recomienda incentivar que las aseguradoras no se limiten a cubrir atención hospitalaria de alta complejidad, sino que participen en la prevención, la detección oportuna y la promoción de la salud, en coherencia con las metas nacionales de salud pública.

Discusión

Las aseguradoras médicas privadas en México cumplen un papel relevante como mecanismo de financiamiento y acceso a servicios de salud. Sin embargo, su existencia y expansión deben analizarse críticamente en función de sus efectos sobre la equidad, la eficiencia y la solidaridad del sistema de salud.

Desde una perspectiva de salud pública, resulta indispensable fortalecer la regulación del sector asegurador, fomentar esquemas solidarios y avanzar hacia un sistema más integrado y equitativo. El derecho a la salud debe prevalecer sobre la lógica del mercado, y para ello se requiere una planificación estratégica que armonice la participación del sector privado con los objetivos del sistema nacional de salud, evitando la profundización de desigualdades y garantizando un acceso universal, integral y de calidad para toda la población.

Referencias bibliográficas

- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2022). *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2022: Gasto en salud*. [Internet]. México: SHCP. [Citado 2025, abr. 10]. Disponible en: <https://www.gob.mx/shcp>
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. (2023). El seguro de gastos médicos en México. [Internet]. *AMIS Prensa*. [Citado 2025, abr. 10]. Disponible en: <https://amispressa.org/public/documentos/seguro-de-gastos-medicos-36.pdf>
- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. (2023). *Informe anual de actividades*. [Internet]. CNSF. [Citado 2025, abr. 10]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cnsf>
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. (2020). *Panorama del sector asegurador mexicano*. [Internet]. AMIS. [citado 2025, abr. 10]. Disponible en: https://www.amis.com.mx/files/2116/3173/9624/Panorama_del_Sector_Asegurador_2020.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre sistemas de salud: Financiamiento para la cobertura universal* [Internet]. OMS. [Citado 2025, abr. 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2024). *Informe de pobreza y evaluación 2024*. [Internet]. Coneval. [Citado 2025, abr. 10]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx>
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. (2022). *¿Qué es un seguro de gastos médicos mayores?* [Internet]. Condusef. [Citado 2025, abr. 10]. Disponible en: <https://www.condusef.gob.mx>

Enfermería, un inseparable aliado, siempre al cuidado de los enfermos

Enriqueta Rosas González

Judith Valeria Frías Becerril

Víctor Manuel López Morales

El desempeño de los profesionales de enfermería ha tenido un papel que se ha ido transformando junto con las necesidades de una sociedad cambiante. Si realizamos una reflexión sobre cómo ha sido la evolución de su quehacer, empezaremos por identificar que una de las principales funciones ha estado asociada al cuidado o ayuda a los demás. Esto se debe a la necesidad de que el ser humano, en algún momento de la vida, requiera de distintos planes y técnicas para abordar una enfermedad. Es necesario entonces empezar a recapitular por etapas para poder comprender cómo ha sido la evolución del cuidado en enfermería: doméstica, vocacional, técnica y profesional (véase figura 1).[1]

Etapas doméstica del cuidado

Comenzó con las primeras civilizaciones, en donde la enfermedad era percibida como un castigo derivado de la conducta que tenía una persona, o como algo sobrenatural. Quienes brindaban una atención se dedicaban a la resolución del problema bajo procedimientos que ayudaran a recuperar la salud del individuo. Muchas de estas acciones fueron encargadas a las mujeres, como el cuidado y mantenimiento de la vida y la salud de grupos de personas.[1] En esta etapa aparecía una diversidad de figuras que buscaban aliviar o curar enfermedades valiéndose de las propiedades de las plantas y elementos de la naturaleza que actuaran a favor de recuperar la salud. Por ejemplo, en Egipto la recuperación de la salud estaba a cargo de dos grupos, uno por los sacerdotes y otro

por médicos técnicos, y existían espacios para brindar los cuidados y acoger a los enfermos. En Mesopotamia sus habitantes registraban sus tratamientos a los enfermos, y al igual que la cultura egipcia, los sacerdotes y cirujanos eran los encargados de tratar las enfermedades; sin embargo, en esta cultura se cree que los sirvientes o esclavos, sin importar su sexo, eran encargados del cuidado de los enfermos.[2]

Figura 1. Etapas del cuidado en enfermería



Fuente: Alves et al. (2015).

En la India, la presencia de la religión no dejó impacto en la salud-enfermedad; a diferencia de las otras dos culturas que se han mencionado, aquí aparecen cuatro elementos que van a estar presentes en el proceso de recuperación de la

salud: el médico, el paciente, los fármacos y el ayudante. Este último, considerado como el cuidador, debía tener habilidades y conocimiento en la preparación de fármacos y administración de los mismos, dedicación al paciente y pureza en cuerpo y alma.[2] En la cultura china, la salud ejemplificaba la armonía del espíritu de la persona con el universo: Yin (oscuro, negativo y femenino) y el Yang (claro, positivo y masculino). Por lo tanto, el desequilibrio entre éstos daba origen a la enfermedad. Por último, en las culturas de Mesoamérica la salud estaba relacionada con la armonía con Dios y el hombre, mientras que la enfermedad era producto de la desobediencia.[3]

En la etapa vocacional

Estuvo principalmente influenciada por el cristianismo, por lo que el cuidado de las personas enfermas adquirió nuevos valores basados principalmente en el amor al prójimo y la espiritualidad (salvación del alma). Lo cual generó e impulsó que las personas se dedicaran con altruismo, pero ello no significaba que se tuvieran los conocimientos sobre el abordaje de los cuidados de la enfermedad, sobre todo de aquellos que tenían bajos recursos.[4]

Este periodo dejó acentuadas las bases de la enfermería, como la virtud y la dedicación al cuidado del enfermo. Por lo tanto, se asocia con buenas obras de caridad, sobre todo con la gente pobre. Para comprender lo anterior, es importante reconocer la perspectiva religiosa, ya que en una primera etapa solían ser mujeres que provenían de familias reconocidas y pertenecientes a una economía alta, proporcionando sus recursos económicos y vestimenta para el cuidado a la familia de forma integral. Posteriormente se exigió que las mujeres que se dedicaran a esta actividad se avocaran al servicio, es decir, no podían ejercer ninguna otra actividad. Las siguientes personas que practicaban estas funciones fueron las que estaban cerca de organizaciones cristianas.

Posteriormente, con la aparición de epidemias de peste en la Edad Media, la enfermedad fue consecuencia de la desobediencia, un castigo. Inicialmente, los cuidadores pertenecían a las esposas de los feudales y monjes, enfocaban sus cuidados en los primeros auxilios, tenían conocimiento en remedios caseros para el abordaje de la enfermedad de la gente que vivía en sus tierras.

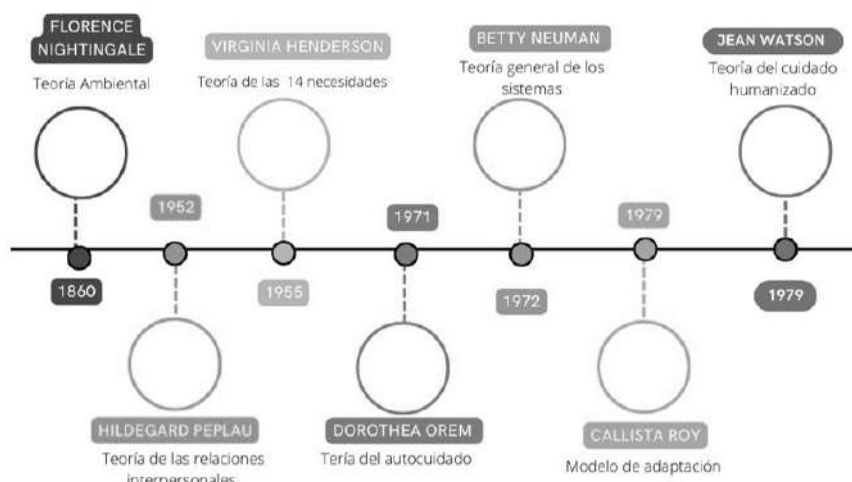
Posteriormente combinaron los cuidados médicos y de enfermería para abordar una enfermedad. Fue en este periodo cuando se construyeron los primeros hospitales con el principal objetivo de caridad y misericordia, enfocados en la atención de los más necesitados y enfermos.[4] En este periodo empezó a incluirse más a los hombres como cuidadores, el orden y la disciplina fueron parte fundamental en el cuidado de los enfermos. Esto originó que se

comenzara a estructurar e identificar la forma del cuidado. Las órdenes militares, con su disciplina y organización, fueron ejes fundamentales, por lo que los servicios de enfermería fueron jerarquizados, mientras que en las órdenes religiosas se brindó su enfoque de mendicidad, por lo que se dedicaron a vivir con estos postulados, es decir, vida pobre. Y, por último, las órdenes seculares fueron personas que vivían cerca de iglesias y hospitales, éstas cuidaban a los enfermos pobres y desvalidos. Este grupo realizó grandes contribuciones a la enfermería, debido a que ejercía en los hospitales.

Etapas técnicas

La etapa técnica del cuidado empezó con la transformación de la práctica de enfermería, teniendo mayor desarrollo en los siglos XIX y XX. Reorganizó la conceptualización de los cuidados, dando pauta a la actividad intelectual y de avances científicos, propiciando la oportunidad de nuevos enfoques del cuidado: la administración, estadísticas, salud pública y espiritualidad. Se comenzaron a adaptar a nuevos escenarios para el cuidado de los enfermos, siendo Florence Nightingale quien dejó evidencia a través de sus escritos, considerada como la primera enfermera epidemióloga por la forma de abordar el cuidado a los enfermos, en donde su contexto del paciente, las condiciones higiénicas, alimentarias, intervinieron en la salud de las personas (figura 2).[5]

Figura 2. Evolución teórica de la enfermería



Fuente: Rosado et al. [2022].

Al comienzo del siglo xx se empezó a considerar el tomar conciencia de la cultura, el respeto por el individuo para implementar el cuidado al enfermo. Fue en ese mismo siglo cuando se generó un movimiento donde el conocimiento y la práctica basada en la investigación formó parte de los roles más amplios y avanzados en los cuidados al paciente. Aquí fue donde se comenzó la especialización en las universidades, dando pauta para que se generaran y crearan los consejos de enfermería, como el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Asociación Nacional de Enfermería (ANE), quienes a través de sus objetivos han fomentado la autonomía de la profesión, que la asistencia de los cuidados de enfermería sean mejores, basados en la ética educacional y profesional han buscado mejoría en las condiciones socioeconómicas de las enfermeras, y fomentado las redes de apoyo a nivel mundial de las enfermeras.[6]

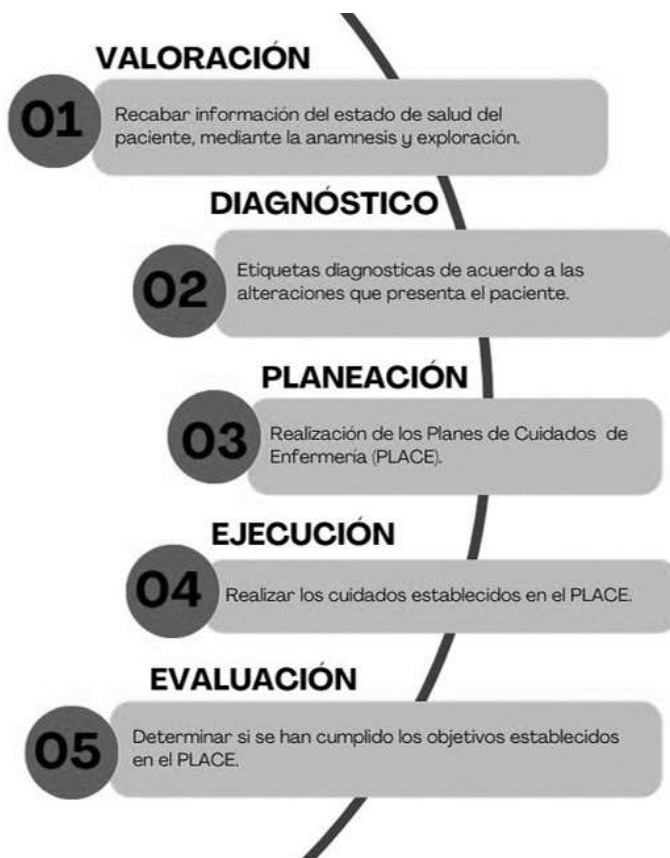
En la etapa profesional del cuidado

En este periodo la profesión se enfrentó a grandes desafíos, y al mismo tiempo logró ser consolidada como disciplina con su propio conocimiento, con la responsabilidad definida en el cuidado enfermero. Buscaba cubrir las necesidades sociales, las cuales están en constante cambio, agregando factores como cambios poblacionales, la aparición de nuevas enfermedades, los avances tecnológicos, la inteligencia artificial y el terrorismo biológico. Los cuidados deben ser más precisos en los pacientes, exigiendo que los profesionales cuenten con conocimiento y actualización constante para poder ejercer eficazmente.[7]

Esto ha generado la necesidad de reconstruir los entornos sanitarios, en donde la docencia y la investigación se vinculen con las universidades para la formación de profesionales y el desarrollo de proyectos que generen un nuevo conocimiento. Si bien, ahora se fundamentan los cuidados basados en la evidencia, los cuidados en enfermería tienen fundamentos en el humanismo, en donde la actitud y el reconocimiento de como seres humanos con necesidades individuales son la base para que los pacientes sean vistos como seres autónomos con derechos para ser tratados como individuos.[8] Por lo que el cuidar en enfermería se caracteriza por la comprensión y acción, en donde se requiere escuchar al otro y observar los sentimientos de la persona para poder reconstruir el conocimiento, desarrollar destrezas en la práctica profesional y promover el bienestar óptimo de una población. Es en este periodo cuando la enfermería rige su objeto de estudio, el cuidado y sus intervenciones en un modelo científico que origina lo que hoy conocemos como el plan de intervención o cuidados en enfermería que organiza y sistematiza los cuidados individualizados en cualquier etapa de la vida (figura 3). En el análisis de cómo fue la evolución de la profesionalización del cuidado

en enfermería, se puede destacar el fortalecimiento del proceso enfermero. Lo cual ha desarrollado el conocimiento que condujo a cinco componentes: el metaparadigma, filosofía, conceptos, modelos, teorías e indicadores empíricos; con un enfoque integral de la persona, en donde se incluyen otros aspectos, como el asistencial, investigación, docencia y administración. [8]

Figura 3. Esquema del plan de intervención del proceso enfermero



Fuente: Modelo del Cuidado de Enfermería de la Secretaría de Salud de México, diseñado por la Comisión Permanente de Enfermería (CPE).

Dentro de la parte asistencial las directrices abordan cumplir la práctica de enfermería, es decir considerar la naturaleza de la práctica, el contexto en donde se desarrolló de los cuidados; el identificar las características del pa-

ciente tomando en cuenta los procedimientos a desarrollar, la tecnología que se utilizará para el cuidado, las estrategias de planeación de los cuidados, el tipo de intervención que se realizará y cómo se evaluarán los resultados del cuidado hacia el paciente.[8]

En investigación, enfermería debe establecer los propósitos claros de la investigación, los fenómenos que serán estudiados, la naturaleza del problema que será abordado, las fuentes de donde se tomarán los datos, el entorno en donde se recopilan los datos, los instrumentos para el desarrollo de la intervención. Asimismo, deberá asegurarse de que los métodos empleados reduzcan los errores y contribuyan al análisis de datos, los cuales puedan contribuir al conocimiento y avances de los cuidados en los pacientes.[9]

En la educación de enfermería, donde es crucial guiar a los estudiantes para que el conocimiento sea acorde con las nuevas necesidades, basado en las nuevas técnicas de aprendizaje para la formación de recursos humanos, donde el enfoque sea hacia los planes de cuidado.[10] Y, por último, en cuanto a la administración, la profesión de enfermería tiene el enfoque para el desarrollo de políticas de gestión y administrativas que deben emplearse en la institución con los colegas de trabajo, así como identificar las características que tiene el personal y los servicios de cuidado a los pacientes que se necesitan para el restablecimiento de la salud.

Referencias bibliográficas

- Rosado, L. M., Gil, J. A., May, J. F., Ortiz, L. D., y Rosas, E. (2022). *Calidad y cuidados de enfermería en el paciente hospitalizado*. (1ª ed.). Querétaro: Grupo Editorial Fóllica.
- Alves, C. N., Lopes, A. C., Correa, M., y Könzgen, S. M. (2015). El cuidado de enfermería y su evolución histórica: Una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados*, 19, 83-94. Universidad de Alicante.
- Hutagaol, R., Novieastari, E., Suharmanto, y Sari, S. K. W. (2024). The Importance of Professional Values from Clinical Nurses' Perspective. *Enfermería Global*, 23(1), 256-282. [Internet]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/572681>
- Villegas, F. E., Orbea, L. F., Icaza, D. P., y Oviedo, R. (2024). Dimensiones sociales y educativas en enfermería. *Dialnet* (pp. 862-872). [Internet]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7199876>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., y Hall, A. M. (2015). *Fundamentos de enfermería*. (8ª ed.). Barcelona: Elsevier.

- Oguisso, T. (2012). La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la enfermería. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 16(32), 23-37. [Citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/22303>
- Koizer, B., Erb, G., y Oliveri, R. (1993). *Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas*. (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Fawcett, J., y Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge*. (3ª ed.). Filadelfia: F. A. Davis.
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías de enfermería*. (8ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Guerrero, M. N., Meneses, R. M. E., y De la Cruz, R. M. (2015). Vista de cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima-Callao. *Rev Enferm. Herediana*, 9(2), 133-142. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/renh/article/view/3017/2967>

Nutrición: un pilar insustituible en la salud

Fernando R. García García

Edna J. Nava-González

Concepción Arellano-Salazar

Desde tiempos antiguos se reconoce y acepta la estrecha relación entre la nutrición y la salud, tanto en la prevención de enfermedades como en la recuperación tras padecerlas. En la actualidad, los sistemas de salud en todo el mundo se han comprometido a ofrecer programas de alimentación saludable y nutritiva a sus poblaciones. En este sentido, la labor de los profesionales de la nutrición adquiere una relevancia fundamental. Son ellos quienes tienen la responsabilidad de describir y recomendar una dieta adecuada, suficiente, variada, equilibrada e inocua, adaptada al estado de salud de cada paciente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encargan de promover, generar y difundir información sobre temas de nutrición, así como intervenciones respaldadas por evidencia científica. Además, estas organizaciones supervisan las tendencias y resultados relacionados con la salud en poblaciones que enfrentan problemas específicos. La definición de salud de la OMS abarca no sólo la ausencia de enfermedades, sino también un estado completo de bienestar físico, mental y social.[1]

El nutriólogo se enfrenta hoy en día al desafío de promover la salud a lo largo de toda la vida a través de una alimentación saludable. El interés y avance significativos en los estudios sobre nutrición se remontan al siglo XVIII, con figuras destacadas como Lavoisier y Laplace, quienes aplicaron la tecnología al estudio de los procesos de obtención de energía a partir de los alimentos, con la teoría predominante del “fluido calórico”.[2]

Para asegurar el mantenimiento de las funciones orgánicas, así como el crecimiento y desarrollo apropiados, es esencial consumir alimentos en cantidades adecuadas. Cuando el organismo no recibe suficientes nutrientes y energía, pueden surgir problemas nutricionales que desencadenan enfermedades. Del mismo modo, el consumo excesivo de alimentos procesados y con alta densidad energética puede provocar trastornos como la obesidad, la cual suele estar vinculada con enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares, entre otras.

La satisfacción de las necesidades energéticas y nutritivas mediante una alimentación saludable, que sea adecuada en cantidad y calidad, asegura la utilización eficiente de los macronutrientes esenciales, como las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas o lípidos, así como de los micronutrientes clave, como las vitaminas y los minerales, entre otros. Estos nutrientes desempeñan un papel fundamental en los procesos de crecimiento y desarrollo, así como en la reparación de tejidos.[3,4]

Para asegurar que la alimentación sea saludable, es fundamental que cumpla con las características mencionadas anteriormente. El nutriólogo recomendará incluir diariamente alimentos de cada grupo en cada comida, variando los alimentos en cada tiempo de comida o ingesta. Además, se deben practicar medidas de higiene durante la preparación y el consumo de los alimentos para garantizar su seguridad.

La nutrición a lo largo del curso de vida implica aplicar un enfoque individualizado de atención nutricional tanto a individuos sanos como a grupos en riesgo o enfermos, teniendo en cuenta las particularidades biológicas y psicosociales asociadas a cada etapa del desarrollo.[5]

Historia

La relación entre la nutrición y la búsqueda de alimento por parte del ser humano es tan antigua como la propia existencia de la humanidad. Sin embargo, como disciplina científica especializada, la nutrición es relativamente reciente, ya que la nutriología comenzó a desarrollarse en el siglo xx. A lo largo del tiempo se ha buscado activamente entender cómo optimizar cada alimento para nutrir adecuadamente el organismo.[6]

México ha experimentado cambios constantes en las características étnicas de su población, así como en los alimentos consumidos y el contexto sociocultural en el que se consumen. En este sentido, Niembro y Téllez (2012) describen la cocina mexicana como un proceso en evolución constante, ya

que está sujeta a diversas influencias, mezclas e innovaciones, aunque en su esencia conserve la riqueza cultural culinaria prehispánica.

La educación para la salud cumple un papel fundamental en la revalorización de la dieta tradicional mexicana. En años recientes esta educación ha evolucionado más allá de simplemente transmitir información y tratar de modificar los estilos de vida individuales. Ahora se enfoca en realizar intervenciones que consideren los factores culturales, sociales, económicos y ambientales que promueven estilos de vida saludables tanto en entornos familiares como comunitarios.[7]

Los primeros informes sobre la situación nutricional de ciertos grupos de población en nuestro país se remontan al final del siglo XIX. En 1889, Álvaro Domínguez Peón y en 1896, Cámara Valdés publicaron informes en la Universidad de Yucatán que abordaban la presencia de pelagra, una afección causada por una deficiencia severa de una de las vitaminas del complejo B, la niacina. Además, en 1908 José Patrón Correa describió la presencia de una entidad patológica conocida popularmente en ese entonces como “culebrilla”, la cual corresponde al cuadro clínico posteriormente referido en la literatura anglosajona como *kwashiorkor*.

Entre 1943 y 1944, Anderson R. K. y colaboradores realizaron un estudio epidemiológico que recopiló información sobre las condiciones de alimentación y nutrición de la población de cuatro comunidades en el Valle del Mezquital, México. Este estudio incluyó exámenes físicos para evaluar signos y síntomas de enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales, así como encuestas dietéticas para analizar la ingesta de energía, macro y micronutrientes. Además, se tomaron muestras de sangre y se realizaron mediciones antropométricas en toda la población de las comunidades.

El término “alimentación o nutrición popular” surgió en 1935 para referirse al proyecto estatal destinado a abordar el tema de la alimentación como un problema de salud pública. Este proyecto no sólo se centraba en garantizar el suministro de alimentos, sino que también tenía como objetivo nutrir al individuo siguiendo los principios científicos. Para ello, se establecieron diversas instituciones con ese propósito.[8]

El interés gubernamental por la alimentación y nutrición de las clases populares, como parte de un programa enfocado en el control social de las mismas, tuvo sus inicios en 1935 con la creación de la Oficina de Higiene de la Alimentación, que al año siguiente se transformó en la Comisión Nacional de la Alimentación, bajo la dirección de José Quintín Olascoaga. Esta comisión fue establecida con el propósito de “estudiar la alimentación mexicana en

todos sus aspectos por primera vez”. La comisión existió hasta 1942, cuando Olascoaga, durante el gobierno del general Manuel Ávila Camacho, planificó la creación del Instituto Nacional de Nutriología (INN), que comenzó a operar de manera sistemática el 1 de enero de 1943 bajo la dirección del médico Francisco de P. Miranda.

Dado que la llamada alimentación popular consistía principalmente en maíz, frijol, chile y pulque, con una creciente inclusión de arroz, los investigadores del INN se enfocaron en estudiar las cualidades nutritivas de estos alimentos. En particular, el maíz fue objeto de análisis bromatológicos que revelaron su importancia en combinación con el frijol y el chile, formando una dieta equilibrada que proporcionaba las cantidades adecuadas de nutrientes esenciales. En 1949 se comenzaron a identificar los componentes químicos del maíz, entre los que destacan el triptófano, el ácido fólico o factor antianémico, la niacina y la riboflavina.[9]

La necesidad de modificar los patrones alimentarios de las clases populares era un problema extendido en los países latinoamericanos. Para los médicos mexicanos, los hábitos antiguos y las costumbres ancestrales perjudiciales debían corregirse a toda costa. Una de las prácticas que urgía corregir era la tendencia de los campesinos y habitantes rurales a vender productos como leche, pollo y huevo a precios muy bajos para comprar pulque, en lugar de consumir esos alimentos directamente. Para los médicos, estaba claro que sólo los alimentos de origen animal podían proporcionar la “potencia” necesaria para la salud de la población. Por lo tanto, consideraban esencial modificar profundamente la dieta de los niños, introduciendo a toda costa alimentos de origen animal como sangre de buey, pescado, leche, huevo, entre otros.

La leche fue considerada el alimento “racional y científico” que comenzó a tener una presencia más prominente en la dieta de las clases populares hacia 1950. Su aceptación fue más fácil que la de otros alimentos de origen animal, especialmente entre los niños y sus madres, quienes fueron los principales destinatarios de este cambio alimentario.[9]

El 30 de abril de 1943 marcó la inauguración del Hospital del Niño, más tarde renombrado como Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, convirtiéndose así en la primera institución de excelencia en el campo de la pediatría en México. Este hospital fue fundamental en la formación de numerosos especialistas y en el desarrollo de varios grupos destacados de investigadores. Su fundador y director, el doctor Federico Gómez Santos, brindó un apoyo especial al área de la nutrición y lideró lo que posteriormente sería conocido como el “grupo de estudio de la desnutrición infantil”.[10]

En 1946 el doctor Federico Gómez publicó un artículo en el boletín médico del Hospital Infantil de México en el que propuso el empleo del término “desnutrición”, la clasificó en primaria o secundaria, y utilizó el peso para la edad como criterio para su clasificación y pronóstico. Por otro lado, Ramos Galván se centró en el estudio del crecimiento y desarrollo infantil, organizando datos antropométricos de niños sanos que se utilizan como valores de referencia en México para evaluar el crecimiento y la nutrición infantil. Por su parte, Joaquín Cravioto inició en la década de los cincuenta uno de los estudios más extensos y prolongados en el ámbito de la nutriología a nivel mundial. Este estudio, realizado en la población de Tlaltizapán, Morelos, lo coloca entre los pioneros a nivel internacional en cuanto a los efectos de la desnutrición en el desarrollo neuropsicoemocional del niño.[10]

El 12 de octubre de 1946, el doctor Salvador Zubirán fundó el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (HEN), donde se cultivaba la nutriología con el sentido que se le daba en ese entonces en Estados Unidos y en Argentina, abarcando aspectos de la medicina interna, diversos trastornos metabólicos, la obesidad y las deficiencias de vitaminas. Una contribución significativa en esa etapa fue el estudio de los efectos de la desnutrición sobre el sistema endocrino. El trabajo de Zubirán y Gómez Mont fue publicado en el volumen XI de 1953 de *Vitamins and Hormones*. El Gobierno de la República decidió fusionar el Instituto Nacional de Nutriología con el Hospital de Enfermedades de la Nutrición para formar así el Instituto Nacional de la Nutrición, establecido definitivamente en 1961 bajo la dirección del doctor Salvador Zubirán, llevando a cabo múltiples estudios sobre nutrición.

En 1968 y 1969 se integraron a la división de nutrición el doctor Pedro Arroyo, con formación en salud pública, quien en 1974 fundó el Departamento de Salud Pública del IMSS y en 1979 el hoy Instituto Nacional de Perinatología. Además, el doctor Héctor Bourges, con formación en los aspectos bioquímicos y metabólicos de la nutrición, fundó el Departamento de Fisiología de la Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Un acontecimiento que impulsó fuertemente la nutriología mexicana fue la celebración del IX Congreso Internacional de Nutrición en 1972 en la Ciudad de México, presidido por el doctor Salvador Zubirán.[10]

En el año 1972 se constituyó el Departamento de Ciencias de la Nutrición y de los Alimentos en la Universidad Iberoamericana (ahora Campus Santa Fe), albergando la primera Licenciatura en Nutrición del país, la cual posteriormente también fue adoptada por otras universidades.

Análisis

La nutriología como disciplina científica revela su papel crucial en el bienestar humano en múltiples aspectos. En primer lugar, proporciona los fundamentos necesarios para comprender cómo los diferentes nutrientes y alimentos afectan al funcionamiento del cuerpo humano. Esto incluye no sólo el suministro de energía, sino también la regulación de procesos fisiológicos clave, el fortalecimiento del sistema inmunológico y la promoción de un crecimiento y desarrollo adecuados en todas las etapas de la vida.

Además, la nutriología desempeña un papel importante en la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas, por lo que una alimentación adecuada y equilibrada, junto con un estilo de vida saludable, puede ayudar a prevenir la aparición de estas enfermedades y a mejorar la calidad de vida de las personas que ya las padecen.

La nutriología también es fundamental en la atención médica, ya que los profesionales de la salud, como los nutriólogos, utilizan sus conocimientos para diseñar planes de alimentación personalizados que satisfagan las necesidades específicas de cada individuo. Esto es especialmente importante en el tratamiento de enfermedades crónicas, donde la dieta puede desempeñar un papel crucial en el manejo de la enfermedad y la mejora de los resultados de salud.

Como conclusión, la nutriología es un pilar insustituible en la salud debido a su papel fundamental en la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y la mejora de la calidad de vida de las personas. Su enfoque integral en la alimentación y la nutrición la convierte en una disciplina esencial para el bienestar humano en todas las etapas de la vida.

Discusión

La nutriología desempeña un papel fundamental dentro del sistema de salud, ya que se centra en la prevención, el tratamiento y la gestión de enfermedades relacionadas con la alimentación y la nutrición.

Consideraciones importantes:

- *Promoción de la salud.* La nutriología se enfoca en la promoción de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida activos. Proporciona educación y recursos para fomentar la adopción de una dieta equilibrada y la realización de actividad física regular. Esta promoción de la salud ayuda a prevenir enfermedades relacionadas con la dieta, como la obesidad, la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares.

- *Prevención y tratamiento de enfermedades.* Los profesionales de la nutriología trabajan en la prevención y el tratamiento de una amplia gama de enfermedades. Esto incluye la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la enfermedad renal, mediante la prescripción de planes de alimentación específicos y la monitorización del estado nutricional de los pacientes.

La nutriología es una parte esencial del sistema de salud que aborda las necesidades nutricionales de las personas en todas las etapas de la vida. Desde la promoción de la salud hasta la prevención y el tratamiento de enfermedades, la nutriología desempeña un papel integral en la promoción del bienestar y la calidad de vida de la población.

Propuesta

La nutriología enfrenta una serie de propuestas y retos dentro del sistema de salud que son fundamentales para mejorar el bienestar de la población.

Propuestas y retos clave:

- *Integración en la atención médica.* Es fundamental integrar la nutriología en la atención médica para garantizar un enfoque integral en el cuidado de la salud. Esto implica colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, incluyendo médicos, personal de enfermería, entre otros, para abordar las necesidades nutricionales de los pacientes de manera efectiva.
- *Acceso equitativo a servicios de nutrición.* Se debe garantizar un acceso equitativo a servicios de nutrición de calidad para todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica o ubicación geográfica. Esto puede requerir la expansión de servicios de nutrición en las diferentes comunidades, así como programas de apoyo social.
- *Investigación y desarrollo de políticas.* Se necesita una mayor investigación en nutrición para informar el desarrollo de políticas de salud pública efectivas. Esto incluye estudios sobre los efectos de la dieta en la salud, la eficacia de intervenciones nutricionales y la evaluación de políticas alimentarias y programas de nutrición.
- *Educación continua y capacitación.* Es fundamental proporcionar educación continua y capacitación a profesionales de la salud en el campo de la nutriología. Esto garantiza que estén actualizados sobre los últimos avances en nutrición y puedan proporcionar el mejor cuidado posible a sus pacientes.

Referencias bibliográficas

- OPS/OMS. (2024, 4 de febrero). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es>
- León, A. (2022). Contributions to the History and Philosophy of Science Paper 5/10: Experimental physics in the 18th century. Laplace-Lavoisier collaboration. *The General Science Journal*, 5(10).
- Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez Lizaur, A. B., & Arroyo, P. (Eds.). (2013). *Nutriología médica*. (3ª edición). Panamericana.
- Corio Andújara, R., & Arbonés Fincias, L. (2009). *Nutrición y salud*, 35(9), noviembre. Elsevier. Recuperado de [https://10.1016/S1138-3593\(09\)72843-6](https://10.1016/S1138-3593(09)72843-6)
- Asociación de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A. C. (AMMFEN). (s/f). *AMMFEN, Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A. C.* Recuperado de <https://www.ammfen.mx/campos-profesionales.aspx>
- OPS. (2016). *Nutrición*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/nutricion>
- Gómez Delgado, Y., y Velázquez Rodríguez, E. B. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria*, 20(1).
- Coneval. (2009, julio). *Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México*.
- Pío Martínez, J. (2013). *La ciencia de la nutrición y el control social en México en la primera mitad del siglo xx* (pp. 225-255).
- Bourges, R. H., y Casanueva, E. (1993). La nutriología. En: Aréchiga, H., y Somolinos, J. (Eds.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico* (pp. 421-456). México: Fondo de Cultura Económica.

Origen y estado actual de la odontología en México

Elisa Rebeca Ascencio Rentería

La odontología, como rama de la medicina, ha pasado de ser una práctica elemental para convertirse en una práctica compleja, avanzada y tecnológica. Ha experimentado grandes cambios desde sus inicios hasta cómo es concebida hoy en día. Como odontóloga mexicana, con años de experiencia dedicados a la práctica profesional y a la enseñanza, he visto de primera mano estos avances y cómo han afectado la salud bucal de la población y la forma en que la enseñanza se ha transformado dentro de los programas académicos. En este capítulo vamos a hacer un viaje por la historia de la odontología y reflexionaremos un poco sobre lo que le espera en el futuro.

Definición

La odontología es una disciplina científica dedicada al estudio, prevención y diagnóstico de enfermedades que afectan a los órganos dentales y a los tejidos circundantes, conocida técnicamente como el sistema estomatognático. Esta especialidad ofrece diversas opciones terapéuticas con el objetivo de restaurar tanto la forma como la función de dicho sistema. En constante crecimiento y evolución, la odontología ha incorporado nuevas tecnologías de la información y la comunicación, ampliando su campo de acción. Hoy en día, abarca una amplia gama de procedimientos que incluyen la detección temprana de patologías sistémicas, el tratamiento quirúrgico de anomalías congénitas, prótesis maxilofaciales, ortodoncia invisible y nuevos desarrollos en áreas ya conocidas.[1]

Odontología desde sus inicios

La odontología, igual que la medicina, tiene sus raíces en los albores de la humanidad, surgiendo de la necesidad fundamental del ser humano de comer, masticar y hablar. Se remonta a las civilizaciones más antiguas, donde los procedimientos dentales se realizaban utilizando instrumentos y técnicas bastante incipientes. La evidencia más antigua de la odontología proviene de aproximadamente 3,000 años atrás y proviene de civilizaciones antiguas como los egipcios, los griegos y los romanos. Los egipcios practicaban técnicas odontológicas básicas, como la extracción de dientes dañados por caries o fracturas, y utilizaban materiales como oro, plata y marfil para su restauración. Los griegos y los romanos también realizaban procedimientos dentales básicos y creían en la importancia de la higiene bucal. Utilizaban instrumentos rudimentarios similares a los fórceps, hechos de hierro y bronce para extraer dientes y empleaban distintas mezclas para desinfectar. La acupuntura, practicada por los chinos, era y sigue siendo utilizada para aliviar el dolor asociado a la caries dental.[2]

Existen registros arqueológicos de que en Mesoamérica, en la época precolombina los pueblos indígenas ya demostraban conocimientos en salud bucal. Los mexicas empleaban técnicas rudimentarias con materiales naturales como resinas y huesos para tratar problemas dentales, además de plantas medicinales para analgesia. Los mayas eran reconocidos por las modificaciones dentales, la colocación de incrustaciones de jade mediante perforaciones con instrumentos de obsidiana y tallados en piezas anteriores, como sinónimo de estatus en la división de clases.

Con la llegada de las flotas de Hernán Cortés al territorio del imperio mexica, en 1519, se introdujeron nuevas prácticas y conocimientos del viejo mundo en el ámbito de la salud dental que contribuyeron al reemplazo de tradiciones propias de las culturas prehispánicas. Siglos más tarde, en Europa se encontraban en una etapa de transición y desarrollo, y en el año 1723 el dentista francés Pierre Fauchard publicó un libro titulado *Le Chirurgien Dentiste*, traducido como *El dentista cirujano*, en el que se asentaron las bases de varios procedimientos dentales que fueron innovadores para su tiempo. Uno de los avances más destacados fue la descripción y la implementación de materiales de restauración dental.[2]

Antes de la publicación de aquel libro, los dentistas empleaban métodos menos efectivos para tratar las caries. El concepto de obturar un diente para reparar un daño aún no estaba bien desarrollado, y el conocimiento sobre los materiales necesarios para este proceso era rudimentario. Aunque estos avances

marcaron un cambio significativo en la práctica dental, los conocimientos y técnicas de Fauchard no llegaron a nuestro territorio sino muchos años después, cuando la odontología moderna empezaba a establecerse en América Latina.[2]

En el siglo XIX se comenzaron a establecer las primeras instituciones dedicadas a la enseñanza de las ciencias médicas en México. La creación de escuelas y cursos especializados marcó el inicio de su profesionalización en el país. Sin embargo, la formación de los dentistas aún era incipiente y estaba lejos de los estándares europeos en cuanto a rigor académico y prácticas clínicas.[3]

Los primeros libros y manuales sobre odontología publicados en español fueron adaptados a la situación geopolítica de la época y jugaron un papel decisivo en la educación de los odontólogos. Estos textos ofrecían información sobre técnicas para la realización de extracciones dentales, tratamientos de caries y restauraciones dentales básicas, adaptados a los recursos disponibles en el México de ese tiempo.

Martha Victoria Díaz de Kuri, en su obra *El nacimiento de una profesión. La odontología en el siglo XIX en México*, menciona: “los historiadores poco o nada se han dedicado al estudio de la historia de la odontología en México, ya que, hasta hoy, han ocupado su interés otros temas como los políticos, socioeconómicos [...]” En esa época, México se enfrentaba a serios problemas de analfabetismo, desnutrición e incertidumbre, derivados de conflictos políticos y militares. Por eso la población se encontraba sumida en profundas desigualdades sociales y económicas, que hacían casi imposible pensar en nociones relacionadas con la salud bucal.[3]

Odontología en el siglo XX

Hoy en día, la odontología está profundamente influenciada por la tecnología digital. Los sistemas de diseño y fabricación asistidos por computadora (CAD/CAM) son una de las principales revoluciones. Estos sistemas permiten la fabricación de prótesis dentales y otros dispositivos de restauración con una gran exactitud. Antes, el proceso de confección de una prótesis podía llevar semanas y requería múltiples pruebas en el paciente. Ahora, con CAD/CAM podemos diseñar y fabricar restauraciones en un solo día, mejorando la comodidad del paciente, la consistencia de los procesos y la eficiencia del tratamiento.

Los escáneres intraorales han sustituido las impresiones dentales, que suelen ser incómodas y a veces imprecisas. Sin embargo, los altos costos hoy en día obligan a los profesionales a seguir utilizando los métodos tradicionales. Estos escáneres permiten capturar imágenes digitales detalladas de la cavidad

oral, lo que resulta en trabajos más precisos y una experiencia más agradable para el paciente. La posibilidad de visualizar el resultado final en 3D antes de iniciar el tratamiento es una ventaja considerable para planificar y personalizar los procedimientos.

La introducción de materiales inteligentes y compatibles con tejidos biológicos también está transformando nuestra práctica. Materiales como resinas compuestas avanzadas, cerámicas de última generación y biomateriales que se adaptan al entorno oral están logrando tratamientos más consistentes y estéticamente agradables. Estos materiales no sólo mejoran los resultados funcionales y estéticos, sino que también contribuyen a la salud general del paciente al reducir significativamente las posibilidades de fracaso.

En resumen, este siglo ha traído consigo una serie de avances tecnológicos que están redefiniendo la odontología. La integración de la tecnología digital no sólo está optimizando nuestros procedimientos y resultados, sino que también está mejorando la experiencia del paciente de manera significativa. Como profesionales, es indispensable que nos mantengamos actualizados con estos desarrollos para ofrecer la mejor atención posible en esta nueva era de la odontología.

Odontología en la pandemia de covid-19

Con la imposición y el confinamiento durante la epidemia de covid-19, las escuelas de odontología tuvieron que implementar estrategias educativas emergentes, utilizando plataformas digitales y programas a distancia como recurso exclusivo para adaptar proyectos educativos que pudieran cubrir los objetivos curriculares propuestos en los programas académicos. Sin duda, la pandemia nos obligó a crear estrategias para sacar adelante la educación odontológica y la adquisición y perfeccionamiento de tecnologías digitales han permitido que los alumnos y profesionales gestionen el conocimiento de manera eficaz.

Después de todo, la evolución de la odontología ha sido impulsada por la necesidad de mejorar la salud bucal y la calidad de vida de los pacientes. Los avances tecnológicos han permitido tratamientos más efectivos, menos invasivos y con mejores resultados estéticos. La radiografía digital no solo reduce la exposición a la radiación, sino que también proporciona imágenes más claras y detalladas. Los materiales como las resinas compuestas y las cerámicas avanzadas han mejorado significativamente las restauraciones dentales, tanto en términos de durabilidad como de apariencia.

La ortodoncia, en particular, ha sufrido una transformación radical. Desde los aparatos ortopédicos tradicionales hasta los alineadores diseñados por com-

putadora, los tratamientos actuales son más cómodos y estéticamente agradables para los pacientes. Además, el uso de tecnología 3D ha permitido personalizar los tratamientos, mejorando los resultados y reduciendo el tiempo necesario para alcanzar los objetivos deseados.

En México, la odontología ha avanzado de la mano de estos desarrollos universales. La educación odontológica se ha adaptado para incluir estas nuevas tecnologías y la práctica profesional se ha beneficiado de ellas, ofreciendo a los pacientes tratamientos modernos. Sin embargo, aún existen desafíos, como la accesibilidad en la atención dental, especialmente en comunidades poco favorecidas.

Para seguir avanzando en el campo de la odontología, es esencial tomar en cuenta tanto los aspectos tecnológicos como los sociales. Esto implica que, además de promover el uso de tecnologías digitales y materiales avanzados, es imperativo asegurar que los profesionales y futuros profesionistas reciban educación continua y que los programas académicos se mantengan actualizados. Teóricamente, todos deberíamos poder beneficiarnos de estos progresos y mejorar significativamente nuestra calidad de vida y la de nuestros pacientes.

Además, el enfoque en la prevención cumple un papel fundamental. Por eso, debería ser un compromiso desarrollar y promover políticas públicas que favorezcan la creación de programas de prevención y educación en salud bucal que permeen en todos los estratos, fomentar una sociedad equitativa y empática con un énfasis particular en las poblaciones más vulnerables. La prevención siempre será pieza clave para reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades bucales y contribuirá a la salud general de la población.

La investigación y el desarrollo también son esenciales para el avance en odontología. Debemos promover la investigación en nuevos materiales y técnicas que mejoren la eficacia y seguridad de los tratamientos. Además, es importante investigar los factores sociales que influyen en la salud bucal para desarrollar estrategias de intervención más efectivas y adaptadas a las necesidades de diferentes comunidades.

Conclusión

El avance tecnológico en la odontología ha sido notable en los últimos años, especialmente con la introducción de materiales dentales de alta tecnología. Sin embargo, este progreso también ha llevado a un encarecimiento significativo de los tratamientos dentales.

La odontología ha recorrido un largo camino desde sus precarios comienzos, hasta convertirse en una disciplina avanzada y sofisticada. Los avances

tecnológicos han transformado la práctica, mejorando tanto el valor agregado de los tratamientos como la calidad de vida del paciente. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para asegurar que todos tengan acceso a estos avances.

Referencias bibliográficas

- Brandizzi, D., Chicatun, M., López Jordi, M., Rojas Alcayaga, G., López de Blanc, S., Escobar, A., *et al.* (2023). ¿Hacia dónde vamos en la educación para la salud bucal en Latinoamérica? *Rev Asoc Odontol Argent.*, abril 01. <https://doi.org/10.52979/raoa.1110401.1218>
- Leal-Fonseca, A., y Hernández-Molinar, Y. (2016, octubre 14). *Historia: Evolución de la Odontología*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Díaz de Kuri. (1994). *El nacimiento de una profesión: La odontología en el siglo XIX en México*. México: FCE.

Odontología integral y perspectivas de atención

Ma. de Lourdes Arvizu Valencia

La salud bucal es un componente esencial de la salud general y del bienestar humano. Históricamente ha sido subestimada en los sistemas de salud pública, en especial en países con grandes desigualdades socioeconómicas como México. Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal, las alteraciones esqueléticas maxilofaciales y los traumatismos orales, representan una carga importante de enfermedad, no sólo a nivel individual, sino también social y económico.

La odontología integral en México enfrenta una paradoja: mientras los avances tecnológicos y científicos han transformado la práctica dental, el acceso a servicios de calidad sigue siendo desigual para la población. En este capítulo se analizan los modelos de atención bucodental, en el contexto del sistema de salud mexicano, explorando brechas, innovaciones y propuestas para una atención verdaderamente integral. La odontología ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, pasando de un enfoque meramente curativo y centrado en procedimientos aislados, a una visión integral que considera al paciente como un ser biopsicosocial, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

Marco conceptual

¿Qué es la odontología integral?

La odontología integral (OI) es un enfoque holístico de la salud bucodental que busca diagnosticar, tratar y prevenir problemas dentales de manera completa y personalizada, considerando al paciente como un todo (salud general, hábitos y necesidades individuales).

La odontología integral se basa en los siguientes principios:

1. *Enfoque holístico.* Considera que la salud bucal está interconectada con la salud general del individuo. Problemas como enfermedades periodontales pueden estar relacionados con diabetes, enfermedades cardiovasculares o trastornos sistémicos.
2. *Prevención primaria.* Promueve hábitos saludables, educación en higiene bucal y controles periódicos para evitar la aparición de enfermedades.
3. *Interdisciplina.* Trabaja en conjunto con otras especialidades médicas (nutrición, endocrinología, psicología) para un abordaje completo.
4. *Personalización del tratamiento.* Cada paciente tiene necesidades únicas, por lo que los planes de tratamiento deben adaptarse a su condición clínica, estilo de vida y expectativas.
5. *Uso de tecnología avanzada.* Incorpora herramientas como radiografías digitales, impresión 3D, láser dental e inteligencia artificial para diagnósticos más precisos y tratamientos menos invasivos.

Áreas de la odontología integral

1. Odontología preventiva.
 - Educación en higiene bucal.
 - Aplicación de selladores y fisuras y aplicación de fluoruros.
 - Control de placa dentobacteriana y asesoría nutricional.
2. Odontología restauradora.
 - Tratamiento de caries con técnicas mínimamente invasivas.
 - Uso de materiales biocompatibles (resinas, cerámicas).
 - Rehabilitación de piezas dentales perdidas mediante implantes o prótesis dentales.
3. Periodoncia integral.
 - Diagnóstico y tratamiento de gingivitis y periodontitis.
 - Relación entre enfermedad periodontal y condiciones sistémicas.
 - Terapias regenerativas para recuperación de tejidos.
4. Odontología estética y funcional.
 - Diseño de sonrisas con armonía facial.
 - Ortodoncia interceptiva y correctiva (brackets, alineadores invisibles).
 - Rehabilitación oclusal para mejorar la masticación y evitar desgastes dentales.
5. Odontología y salud sistémica.
 - Relación entre infecciones bucales y enfermedades cardiovasculares, diabetes o partos prematuros.

- Manejo odontológico en pacientes con condiciones crónicas.
6. Odontología neurofocal.
- Analiza cómo las interferencias dentales (como focos infecciosos o materiales tóxicos) pueden afectar el sistema nervioso y otros órganos.

La odontología integral también desempeña un papel fundamental en el manejo de pacientes con tratamientos oncológicos, ya que éstos suelen presentar complicaciones orales derivadas de la quimioterapia, radioterapia y terapias dirigidas, como mucositis, xerostomía, infecciones oportunistas y osteonecrosis. Una atención odontológica integral permite no sólo la prevención y control de estas manifestaciones, sino también la mejora en la calidad de vida de los pacientes, al reducir el dolor, facilitar la alimentación y prevenir interrupciones en el tratamiento oncológico. La coordinación interdisciplinaria entre oncólogos y odontólogos es esencial para planificar procedimientos dentales seguros, disminuir el riesgo de complicaciones sistémicas y garantizar el enfoque centrado en la salud global del paciente.

El sistema de salud mexicano y la atención odontológica

A pesar del desarrollo académico y clínico, el sistema de salud en México enfrenta grandes limitaciones para incorporar plenamente el modelo de atención integral en odontología. Las dificultades van desde problemas estructurales hasta barreras sociales y culturales.

Cobertura y servicios en el sector público

Los servicios odontológicos en instituciones como el IMSS, el ISSSTE y los Servicios Estatales de Salud se concentran en el primer nivel de atención, donde los procedimientos ofrecidos son en su mayoría básicos: limpieza, extracciones, resinas y orientación preventiva. Procedimientos especializados como ortodoncia, endodoncia o rehabilitación compleja son escasamente ofrecidos, dejando a las familias sin alternativas accesibles.

Desigualdad en el acceso

Existe una notoria desigualdad geográfica y socioeconómica. En zonas rurales e indígenas la atención bucal es escasa o nula. Los datos del INEGI y de la Secretaría de Salud revelan que en muchas comunidades rurales no hay presencia de odontólogos permanentes y los consultorios carecen de equipamiento mínimo.

Financiamiento insuficiente

La inversión pública en salud bucal es baja. En 2022, sólo el 2.1% del presupuesto federal en salud se destinó a servicios odontológicos. Esto impacta directamente en la calidad y sostenibilidad de los programas de prevención, formación continua y adquisición de tecnologías modernas.

Falta de integración con la atención médica general

Existe aún una fractura entre la medicina y la odontología. Muchos médicos generales no abordan la salud bucal como parte de la evaluación integral del paciente. A su vez, algunos odontólogos trabajan de forma aislada sin considerar patologías sistémicas que afectan la salud oral (como diabetes, VIH o trastornos inmunológicos). Esta desconexión impide un abordaje completo del paciente.

Perspectivas futuras en la atención odontológica integral

1. Tecnología y digitalización.
 - *Inteligencia artificial (IA)*. Ayuda en el diagnóstico por imágenes, predicción de caries y planificación de tratamientos.
 - *Impresión 3D y CAD/CAM*. Permite crear prótesis, coronas y alineadores de forma rápida y personalizada.
 - *Teleodontología*. Consultas remotas para seguimiento y prevención.
2. Medicina personalizada y genética.
 - Estudio de predisposiciones genéticas a enfermedades bucales.
 - Terapias biológicas para regeneración de tejidos (uso de células madre).
3. Enfoque en el paciente geriátrico.
 - El crecimiento de la población adulta mayor requiere estrategias para mantener la salud bucal y mejorar su calidad de vida.
 - Manejo de xerostomía (boca seca), desgaste dental y prótesis adaptadas.
4. Sustentabilidad en odontología.
 - Uso de materiales ecológicos y reducción de residuos clínicos.
 - Prácticas ecoamigables en consultorios.
5. Integración con salud pública.
 - Programas comunitarios de prevención y acceso a tratamientos en poblaciones vulnerables.
 - Mayor conciencia sobre la importancia de la salud bucal en políticas públicas.
 - *Unidades móviles*. Estrategia utilizada en Sonora para llegar a poblaciones dispersas.

6. Políticas públicas.

- Incluir la OI en el Paquete Universal de Salud (artículo 4º constitucional).
- Fortalecer la formación de odontólogos en salud pública (ejemplo: UNAM y su programa de pasantías comunitarias).

Conclusión

La odontología integral representa el futuro de la profesión, donde el dentista no sólo es un técnico reparador, sino un agente de salud global. La combinación de avances tecnológicos, enfoques preventivos y trabajo interdisciplinario permitirá ofrecer una atención más humana, eficiente y sostenible.

Las perspectivas a futuro apuntan hacia una odontología más accesible, personalizada y vinculada al bienestar general, demostrando que una boca sana es fundamental para una vida saludable.

La odontología integral en México requiere un enfoque sistémico que vincule la tecnología, la equidad y la educación. Sin un cambio estructural en el sistema de salud, la prevención y atención oportunas seguirán siendo privilegios de pocos.

Referencias bibliográficas

- Frenk, J. (2017). *La salud en México: Un desafío para todos*. FCE.
- INEGI. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*.
- OMS. (2021). *Directrices sobre recursos humanos en odontología*.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., y Rivera-Dommarco, J. A. (2020). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2018: Análisis de encuestas nacionales. *Salud Pública Méx.*, 62(4), 341-351. doi: 10.21149/11408.
- López-Arellano, O., y Jarillo-Soto, E. C. (2017). La salud en México: Entre la fragmentación y la mercantilización. *Los determinantes sociales de la salud en México: Reflexiones teóricas y análisis empíricos* (pp. 45-68). Ciudad de México: UNAM.
- Castellanos, J. L., y Díaz-Guzmán, L. (2018). *Odontología integral: Diagnóstico y tratamiento*. (2ª edición). México: Manual Moderno.
- Newman, M. G., Takei, H. H., Klokkevold, P. R., y Carranza, F. A. (2019). *Carranza's Clinical Periodontology*. (13ª edición). St. Louis: Elsevier.
- Rosenstiel, S. F., Land, M. F., y Fujimoto, J. (2016). *Contemporary Fixed Prosthodontics*. (5ª edición). St. Louis: Mosby.

- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., y Weyant, R. J. (2016). A New definition for oral health, developed by the FDI, World Dental Federation, opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc.*, 147(12), 915-917. doi: 10.1016/j.adaj.2016.10.001.
- Sheiham, A., y Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 28(6), 399-406. doi: 10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x.

Optometría, situación actual en México y perspectivas

Santa María del Consuelo Álvarez Molina

Luis Rivas Iniesta

La optometría, etimológicamente, proviene del griego *optos* “visible” y *metría* “medición”; el Consejo Mundial de Optometría (wco) la define como una profesión del cuidado de la salud autónoma, educada y regulada (con título y cédula profesional); como profesión, es una ciencia aplicada fundamentada en ciencias básicas como matemáticas, biología, física, química, entre otras; el optometrista diagnostica, corrige y trata problemas visuales. La optometría es una profesión tan antigua como el uso de anteojos en la población, tanto que se tiene registro desde el siglo xvii, cuando ya laboraban los “maestros de anteojos”. El desarrollo de materiales ópticos, la implementación de nano y biotecnología, así como la inteligencia artificial han permitido el avance de la disciplina. El optometrista se encarga del cuidado de la salud visual, bajo el Marco de Competencia del Cuidado Visual emitido por la oms (figura 1).

Situación actual

La importancia de conocer la situación actual de la optometría en México debe ser considerada de interés público, tomando en cuenta que los optometristas somos partícipes del cuidado integral de la salud en todos los niveles de atención, desarrollándonos en un equipo multidisciplinario de atención y que, por falta de conocimiento, se delega en un simple oficio de venta de lentes. El compromiso del optometrista, dentro y una vez concluida su formación universitaria, es promover activamente el cuidado de la salud visual; su labor busca reducir la incidencia de enfermedades oculares mediante la detección

oportuna, contribuyendo así a prevenir casos de ceguera que podrían evitarse con un diagnóstico temprano.

Figura 1. Marco de competencias para la atención visual



Fuente: Consejo de Optometría México.

Los problemas visuales han estado presentes en todo momento en la historia de la humanidad; se tiene registrado el uso de espejos y piedras talladas como herramientas ópticas en culturas antiguas e incluso en la cultura azteca; la evolución de la optometría, palabra que comenzó a usarse en los inicios del siglo xx, ha sido lenta comparada con otras ciencias de la salud, al grado de que se considera relativamente nueva. La formación universitaria en optometría en México comenzó en la década de 1950 en la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional (IPN), siendo la primera institución en el país en tener un plan de estudios en optometría; a través de los años ha tenido un crecimiento constante en México, con una mayor oferta educativa en instituciones públicas y privadas. Algunos programas consolidados en universidades públicas (figura 2) como la UNAM, la UAA, la UAQ y el IPN han incorporado contenidos clínicos, comunitarios y de investigación en sus planes

de estudio; a pesar de esto, el número de optometristas con cédula profesional todavía es insuficiente si se compara con las recomendaciones internacionales. Datos de la Secretaría de Economía arrojan que en México existen cerca de 15,000 optometristas, de quienes aproximadamente 4,500 son licenciados en optometría, según datos recabados por el Consejo de Optometría de México, y se necesitan al menos 50,000 profesionales más para cubrir adecuadamente a la población actual, dada la alta prevalencia de errores refractivos en la población (alrededor del 50%) según datos de la Sociedad Iberoamericana de Optometría (Sibopto). Sólo 15 millones de personas usan lentes de los 50 millones que los requieren, lo que revela una brecha en el acceso a los servicios de salud visual. El rezago en el diagnóstico y la corrección genera consecuencias en el rendimiento escolar y laboral y en la calidad de vida, así como un aumento tácito de discapacidad visual prevenible.

Figura 2. ¿Dónde estudiar optometría?

¿Dónde estudiar?



Fuente: Recopilación de logotipos de las principales instituciones públicas en las que se puede cursar la Licenciatura en Optometría en México.

El número reducido de posgrados y programas de especialización impide el desarrollo de conocimiento clave especializado en campos como baja visión, terapia visual, contactología, ojo seco. La práctica no regulada en la prestación de servicios optométricos realizada por personas que no cuentan con formación universitaria, es otra problemática que enfrentan los optometristas egresados; las instituciones educativas y los colegios de profesionistas deben regular el alcance de la atención visual primaria, favoreciendo la atención con base en el artículo 79 de la Ley General de Salud, que menciona que sólo los profesionistas titulados pueden ejercer en el ámbito de la salud visual.

Diversos actores han manifestado la necesidad de reforzar la supervisión y el cumplimiento normativo, ya que el ejercicio informal no sólo afecta la salud visual de los usuarios, sino que también contribuye a la desvalorización del trabajo profesional. Se ha identificado en muchos puntos de venta de lentes que se realizan exámenes visuales sin que el personal cuente con la preparación necesaria, lo cual representa un riesgo para la salud pública. No sólo es poner lentes; es dar un tratamiento visual adecuado a la necesidad de cada paciente.

En términos de salud pública, la atención no profesional puede llevar a diagnósticos imprecisos, adaptación incorrecta de lentes o ausencia de detección de patologías oculares relevantes. Esto, a su vez, puede derivar en una pérdida visual prevenible o en un tratamiento tardío de enfermedades.

En la percepción general de la población, la coexistencia de profesionales titulados y de personas sin acreditación puede generar confusión, así como la competencia desigual en términos de tarifas y servicios; así como una percepción ambigua sobre el rol del optometrista en el mismo sistema de salud, siendo catalogados en muchas ocasiones como sólo técnicos en óptica o vendedores de lentes, a pesar de su formación académica especializada, lo cual afecta la imagen pública de la profesión y desincentiva la formación profesional en optometría.

En zonas rurales o de difícil acceso, donde la presencia de profesionales es más limitada, la población puede recurrir a servicios informales sin conocer otras opciones. Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de ampliar la cobertura de atención visual profesional y reforzar la regulación en todos los niveles.

Análisis

Dentro de los avances que ha tenido la optometría, sobre todo en el aspecto tecnológico, se han generado oportunidades para mejorar el acceso y la calidad del servicio que se presta, en el contexto de la optometría comunitaria, como las innovaciones en los dispositivos portátiles para realizar topografía corneal, retinografía con cámara de fondo, o la toma de presión intraocular con el tonómetro portátil, logrando llegar a comunidades alejadas que no cuentan con un equipo de diagnóstico clínico especializado.

En lo que se refiere a la población infantil, el abordaje de la miopía en etapas tempranas ha cobrado relevancia en los últimos años, debido al aumento en su prevalencia, asociado al uso excesivo de pantallas y la falta de exposición a la luz natural. En respuesta, han surgido nuevas alternativas ópticas y farmacológicas que permiten ralentizar su progresión, como los lentes de desenfoque periférico o el uso de atropina en bajas concentraciones.

En geriatría, el envejecimiento poblacional en México representa un reto creciente para los servicios de salud visual. Se estima que la prevalencia de enfermedades como la presbicia, las cataratas y el glaucoma aumentará significativamente en las próximas décadas. En este contexto, el optometrista puede desempeñar un papel crucial en la detección oportuna y la referencia adecuada a servicios especializados.

Discusión

La educación de la población sobre la importancia del cuidado visual es aún limitada. Muchas personas no reconocen la necesidad de revisiones periódicas ni distinguen entre un examen realizado por un optometrista y uno hecho sin respaldo académico. En este sentido, las campañas de comunicación pueden ejercer un papel relevante para fortalecer la cultura del autocuidado visual.

La colaboración entre optometristas y otros profesionales de la salud también es fundamental para integrar mensajes preventivos en espacios como escuelas, centros de trabajo y comunidades rurales.

Aunque la investigación en optometría en México aún se encuentra en etapa de consolidación, existen iniciativas destacadas en el desarrollo de tecnologías, estudios de atención comunitaria y análisis epidemiológicos. Fortalecer las capacidades de investigación en las universidades permitiría generar evidencia contextualizada y orientar la toma de decisiones en políticas públicas.

Además, el fomento de publicaciones científicas y redes de colaboración internacional puede posicionar a la optometría mexicana como un actor relevante en el ámbito regional y global.

Conclusiones

La optometría en México enfrenta diversos desafíos que deben atenderse de manera integral para lograr su consolidación plena dentro del sistema de salud, tema abordado por el doctor Bromberg en su libro *Memorias de un optometrista*. Uno de los principales retos es la persistencia del ejercicio profesional irregular, ya que aún es común encontrar personas que ofrecen servicios visuales sin contar con la formación universitaria ni la acreditación oficial requerida, sumado a una mala percepción social respecto al rol del optometrista.

Otra de las perspectivas en torno a la optometría como profesión de salud es la incorporación de especialidades y maestrías en las universidades, donde

los optometristas puedan desarrollar y mejorar sus habilidades y conocimientos para la inmersión en la investigación, y así elevar sus competencias en especialidades como optometría geriátrica, pediátrica, salud pública, neuroptometría o entrenamiento visual deportivo.

La regulación de la profesión se vislumbra lejana aún; sin embargo, el trabajo de cada uno de los actores en el rubro de la optometría desde la parte académica, profesional o en la investigación hace cada día más visible la optometría y el cuidado de la salud visual por licenciados en optometría.

Referencias bibliográficas

- World Council of Optometry. (2024). *Wco Annual Report 2024* [Internet]. *World Council of Optometry*. [Consultado 20 jul. 2025]. Disponible en: <https://worldcouncilofoptometry.info/wco-annual-report-2024/>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Marco de competencias para la atención ocular*. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado 20 jul. 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240048416>
- Consejo de Optometría México. (s/f). *Consejo Optometría México*. [Internet]. [Consultado 21 jul. 2025]. Disponible en: <https://consejodeoptometriamexico.org/>
- Sibopto. (2024). Faltan 50 mil optometristas en México ante la alta demanda. [Internet]. *Sibopto*, agosto 7. [Consultado 20 jul. 2025]. Disponible en: <https://sibopto.com/faltan-50-mil-optometristas-en-mexico-ante-la-alta-demanda/>
- Bromberg, A. (2024). *Historia de la optometría en México*. (2ª edición). Consejo de Optometría México.
- Bromberg, A. (2020). *Memorias de un optometrista*. México: Consejo de Optometría México.
- Data México. (s/f). *Optometristas: Salarios, diversidad, industrias e informalidad laboral*. [Internet]. México: Secretaría de Economía. [Consultado 25 jul. 2025]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/optometristas>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (s/f). *La discapacidad en México*. [Internet]. México: INEGI. [Consultado 25 jul. 2025]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/explora/poblacion/discapacidad/>

Rehabilitación y el sistema público de salud

Lucía M. Allen Hermosillo

Una sociedad que es buena para las personas con discapacidad es una sociedad mejor para todas las personas. Lisa Kauppinen

La rehabilitación como especialidad médica es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar la función y reducir la discapacidad de un individuo con condiciones de salud en interacción con su entorno”.[1] Dirige su actividad asistencial en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad, facilitando obtener el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible.[2] No obstante, la discapacidad en la actualidad se encuentra dentro de un contexto físico, social y político entre el estado de salud y la deficiencia de una persona en un entorno multifactorial.

De acuerdo con la OMS y la OPS, mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad (15% de la población mundial), de quienes 200 millones de personas experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En lo referente a Latinoamérica, el 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas. Una de cada seis personas en el mundo ha sufrido algún tipo de discriminación, siendo la población con discapacidad la de mayor riesgo.[3]

El riesgo de discapacidad es superior entre las personas adultas mayores, pues está en relación con el aumento mundial de enfermedades crónicas tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y, en un contexto cada vez mayor, los trastornos de la salud mental. En México, el 6.6% de la pobla-

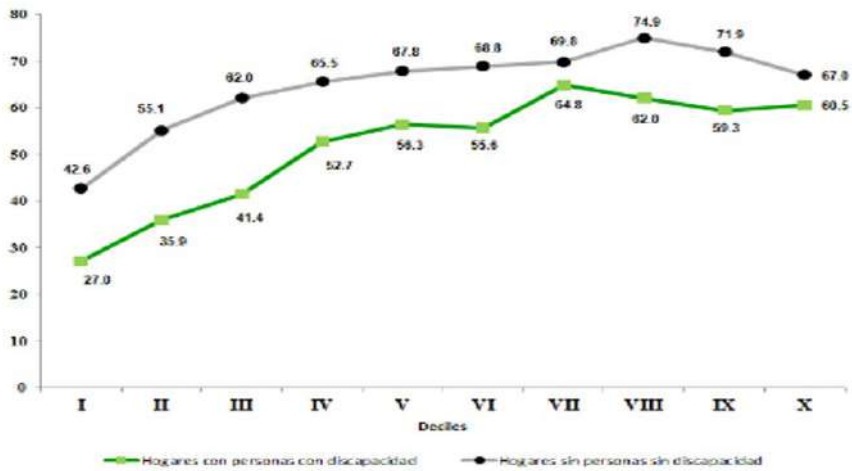
ción total presenta una dificultad (discapacidad) para realizar al menos una de las actividades como caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, aprender, atender el cuidado personal y mental.

Dentro de la Agenda para el Desarrollo Sostenible realizada en 2015 por las Naciones Unidas, todos los Estados miembros aprobaron 17 objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se establece un plan para alcanzar los Objetivos en 15 años. El cambio demográfico y epidemiológico en México ha cambiado en los últimos 50 años. La demanda en los servicios de rehabilitación en México ha aumentado en gran parte por el cambio epidemiológico que lleva a la mayor frecuencia de enfermedades no transmisibles, así como la demanda selectiva en rehabilitación pulmonar que surgió por la pandemia del coronavirus a partir del año 2020 (covid-19). Los riesgos para la salud se han modificado y, por ende, las necesidades en los servicios de salud.[4]

En México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, hay 6'179,890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa 4.9% de la población total del país. Sin embargo, si se suman los seis millones 179 mil 890 (4.9%) que fueron identificados como personas con discapacidad, más los 13 millones 934 mil 448 (11.1%) que dijeron tener alguna limitación para realizar actividades de la vida diaria (caminar, ver, oír, autocuidado, hablar o comunicarse, recordar o concentrarse) y a los 723,770 (0.6%) con algún "problema o condición mental", el rubro de discapacidad llega a más de 20 millones de personas, que representa el 16.5% de la población de México. La población con discapacidad de 60 años y más representa el 40.9% y requiere de un mayor gasto económico tanto personal como asistencial para su bienestar y salud.[4,5,6] (gráfica 1).

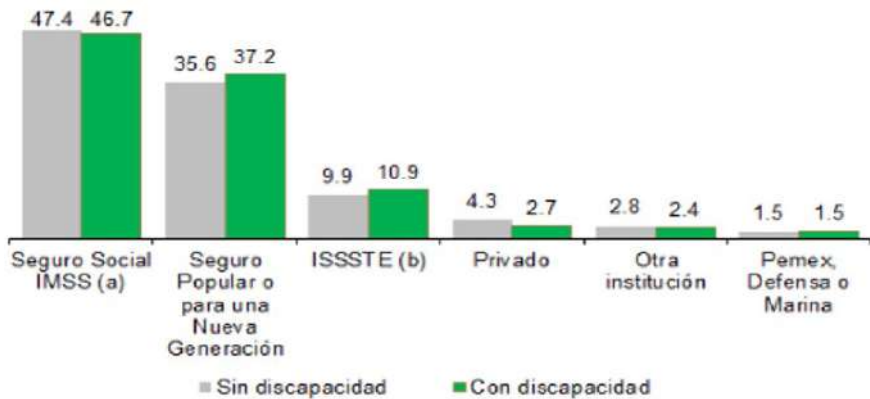
Durante el Plan Nacional de Desarrollo 2013-18 se llevó a cabo el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, fundamentándose en las metas de México Incluyente y con responsabilidad global y en la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en 2014, que marca como asunto de derecho la atención de las personas con discapacidad.[7] En ella se realizó un análisis exhaustivo sobre las condiciones actuales de las personas con discapacidad, así como las necesidades de asistencia médica y social (gráfica 2). Se desglosó con claridad la necesidad de que las instituciones del Estado implementen programas destinados a la población con discapacidad para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y evaluar los programas para la atención de personas con discapacidad en el territorio nacional.[7]

Gráfica 1. Porcentaje de los ingresos (trimestrales) por trabajo en los hogares según perfil de ingresos y condición de presencia de personas con discapacidad



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012), Base de datos.

Gráfica 2. Porcentaje de población derechohabiente, según institución de salud para cada condición de discapacidad



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2012. Base de datos de la muestra.

Nota: La suma de los porcentajes es superior a 100, debido a la población que tiene más de una derechohabencia.^a Incluye a los usuarios del programa IMSS Oportunidades.^b Incluye a la población derechohabiente del ISSSTE estatal.

Objetivos, estrategias y líneas de acción para la población con discapacidad

La implementación de objetivos dentro de las políticas públicas sectoriales y programas sociales dirigidos a las personas con discapacidad deberá incluir las intervenciones en diferentes aspectos para atender las necesidades particulares, las desventajas y los obstáculos que conlleven su implementación.

Se debe transitar hacia un modelo de atención primaria, en donde se consolide una red de atención pública de servicios de rehabilitación articulada por niveles de atención basados en la complejidad. Dicha categorización debe mejorar la organización de los servicios de salud al trabajar de manera ordenada en la demanda de la atención. Todo ello permitirá definir las características estructurales y de procesos de los servicios con oportunidad en la atención.

Ordenar administrativamente los servicios y orientar racionalmente las políticas de atención en razón de las necesidades del área adscrita de manera real conforme a un diagnóstico de salud de rehabilitación, hará que la oportunidad de atención sea implementada de manera equitativa y con menor detrimento de gasto, pues los servicios primarios podrán afianzar sus programas conforme a los diagnósticos más frecuentes de atención.

Los modelos basados en la atención primaria incrementan la respuesta a las necesidades de atención de discapacidad ante la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, dando acceso inmediato y universal a la información y al conocimiento de su problema y generando un usuario informado que corrija los hábitos que perjudican su salud.

El organizar el sistema de referencia y contrarreferencia con criterios bien definidos permite también la optimización de los recursos, dando al final una mayor oportunidad para la atención en todos los niveles (figura 1).

En cuanto a la participación de la rehabilitación en zonas rurales, los servicios de rehabilitación comunitaria dan respuesta a la responsabilidad social que nuestro Gobierno implementa como una prioridad en la atención de áreas marginadas.

Se basan en las normas internacionales proporcionadas en 2004 por la OMS como un documento que establece las estrategias para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.[8]

El uso de las tecnologías implementadas en la comunicación (TIC) da marco a la utilización de la telemedicina como un instrumento de apoyo asistencial a distancia, permitiendo que los programas de rehabilitación y terapias puedan

ser proporcionados sin detrimento de los pacientes y familiares y/o cuidadores, estableciendo una respuesta inmediata para su atención y orientación. Ya se tienen servicios en prácticamente todas las instituciones de salud en México, lo que permite apoyo inmediato a través de la línea telefónica a demandas de diversas órdenes: angustia, soledad, accidentes domésticos, caídas, etc., y el seguimiento de terapias desde el Centro de Atención de manera periódica. Se puede lograr agendar citas en caso de requerir atención en físico y recordar al usuario datos importantes sobre toma de medicación, realización de gestiones. Hay que incluir dentro de las estrategias de atención el identificar los problemas más frecuentes, que incluyan valores y actitudes respecto a las personas con discapacidad en el área donde viven y el analizar periódicamente los indicadores de los procesos para su ajuste técnico-político-financiero. Se debe buscar la transición del paciente informado, que permita su total participación en la toma de decisiones para su mejor atención y que, a su vez, se responsabilice de su salud. El trabajo apenas inicia, pero la responsabilidad compartida personal asistencial-paciente será la piedra angular para la trayectoria.

Figura 1. Red pública de servicios de rehabilitación.

Consolidación de una red Pública de servicios de rehabilitación articulada por niveles de complejidad



Fuente: Who, oit, y rbc. [2004]. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization (WHO). (2019). *Rehabilitation in health systems: Guide for action*. Ginebra.
- Sainz de Murieta E., y Cisneros, M. T. (2022). Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar*.
- OPS-OMS. (2024). *Discapacidad*.
- Conapo. (2024).
- INEGI. (2020). (2021). *Personas con discapacidad*.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con discapacidad 2014-2018. *Diario Oficial de la Federación*.
- WHO, OIT, y RBC. (2004). *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Documento de posición conjunta.

Sección IV:

**Financiamiento del
sistema de salud**

Producto interno bruto destinado a la salud

Rubén Antonio Gómez Mendoza

José Manuel Hernández Barrera

Filiberto Isaac Gómez Mendoza

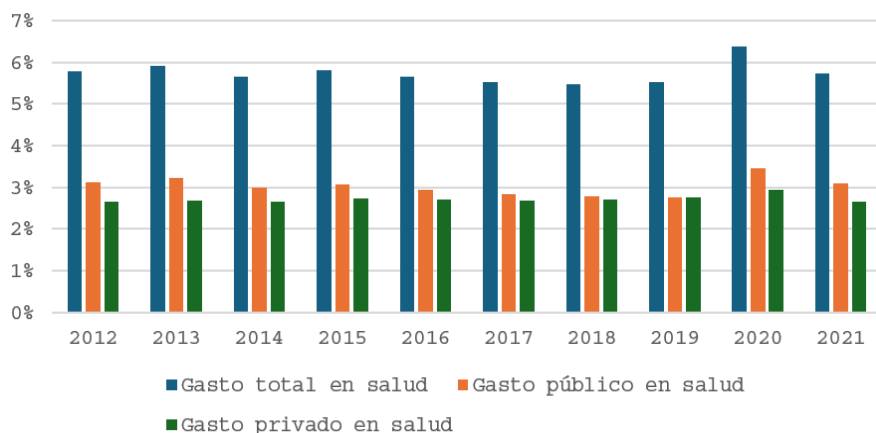
De forma general, la relación más perceptible entre la macroeconomía y la salud es el nivel del gasto en atención médica.[1] Además de contribuir a mejorar la calidad del capital humano en salud, la cobertura en atención médica es una política de bienestar social implementada por los gobiernos, que ayuda a mejorar el crecimiento económico de un país.[2] La implementación de un sistema de seguridad social bien desarrollado, además de mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos, promueve la participación en el mercado de una fuerza laboral eficaz y promueve un rápido desarrollo económico y social. Es decir, el sistema de salud de un país está íntimamente relacionado con el nivel de salud general de su población, pero también con su desarrollo económico, y esto puede ser medido a través de su macroeconomía y del gasto público en salud; es una de las principales formas de hacerlo.

El gasto público en salud, como porcentaje del producto interno bruto (PIB), es uno de los principales indicadores que reflejan la acción que el Gobierno tiene sobre la redistribución de los recursos públicos hacia el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, la priorización de los objetivos para la provisión de la atención médica y la corresponsabilidad para el financiamiento de la salud entre sus diferentes niveles.[3]

En México este porcentaje se ha mantenido entre el 2.5 y el 3.4% desde el año 2000. Por otro lado, el gasto privado en salud, que incluye, entre otros, el gasto de bolsillo que desembolsan las familias para procurarse atención médica, cuando no la obtienen de las instituciones públicas, llegó a 3.0% en 2019. La suma de estos dos conceptos (el gasto público y el gasto privado) constituye el

gasto total en salud, el cual de 2012 a 2021 se ha mantenido entre 5.5 y 5.9% del PIB (excepto en 2020, que llegó a 6.4% como consecuencia de la epidemia de covid-19) (figura 1). Dentro del contexto internacional, en 2022 México destinó 5.5% del PIB al gasto total en salud y en ese mismo año el promedio de gasto de los países de la Organización para el Crecimiento y Desarrollo Económico (OCDE) fue de 9.2%.[4]

Figura 1. Gasto en salud en México de 2012 a 2021 como porcentaje del PIB



Fuente: CONEVAL (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: Un análisis cualitativo.*

Definición

El PIB es la medida del valor de mercado de todos los bienes y servicios finales producidos en un país durante un año; es el principal indicador que se utiliza para medir el tamaño o el rendimiento de una economía.[1] El PIB nominal se mide a precios de mercado y el PIB real se calcula a precios constantes o invariables; es una medida ajustada a la inflación (se expresa en precios del año base). Es el indicador económico más utilizado al comparar ingresos entre países. La proporción del PIB para gasto en salud representa la cantidad de recursos asignados a los servicios de salud y está comprendida por la suma del gasto público y el gasto privado. Al observar el nivel del gasto en salud de un país, se puede conocer su prioridad en la economía y el nivel de importancia que se le da a la salud en ese país.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), el gasto en salud (total, público o privado) como porcentaje

del PIB, es un indicador del derecho a la salud, ya que mide la accesibilidad económica a los servicios de salud, es decir, la ausencia de barreras u obstáculos económicos para el acceso a los servicios de salud. Éste y otros indicadores (p. ej. gasto público en salud en la población sin seguridad social como porcentaje del gasto total en salud) informan de la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos (públicos o privados), de manera que los distintos costos no sean prohibitivos; para gozar de los beneficios provistos por el sistema de salud, con la misma oportunidad, suficiencia y calidad, entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral, es decir, con igualdad para todos.[3]

Análisis

La importancia de analizar el origen del financiamiento que se tiene para acceder a los servicios de salud es que permite detectar áreas de oportunidad para la implementación o el reforzamiento de programas, destinando mayores recursos presupuestales dentro de un país específico. También puede señalar ajustes en el gasto privado; por ejemplo, si el gasto privado aumenta, puede ser un reflejo de una falta de recursos públicos para que las familias se provean de servicios médicos y, por lo tanto, tengan que desembolsar un gasto propio adicional para buscar atención médica fuera de las instituciones públicas. También permite llevar a cabo comparaciones en el tiempo o con otros países, respecto a la distribución de los recursos económicos destinados a la salud.

Los principales gastos en salud son el capital humano, el equipamiento médico, la infraestructura (edificios) y los fármacos o materiales de consumo necesarios en las instalaciones médicas. De éstos, el personal médico es el factor más importante, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, para influir en el estado de salud percibido de forma positiva por la población. [5] En general, la asignación adecuada y justa de los recursos tiene el potencial de hacer que la salud de la población sea más equitativa y productiva. Un país con más recursos para la salud y acceso más fácil a estos recursos tendrá una influencia favorable para que sus residentes tengan una mayor esperanza de vida y un mejor estado de salud, además de una mejor percepción de su propia salud. A medida que aumenta el promedio de los recursos médicos humanos y de equipamiento médico, el porcentaje de personas con buena salud aumenta y el porcentaje de personas con un estado de salud justo y deficiente disminuye.

Además de permitir que las personas accedan a la atención cuando sea necesario, los sistemas nacionales de financiamiento de la salud deben proteger

a los hogares de desastres financieros (como el gasto catastrófico en salud o incluso la pobreza), reduciendo los gastos de bolsillo por medio de mecanismos financieros que les permitan adquirir cuidados preventivos y curativos. Por lo anterior, el sistema de financiamiento, es decir el origen del presupuesto, es una parte primordial de un sistema de salud, que debe permitir una adecuada distribución de los recursos para garantizar también una atención médica equitativa a todos los niveles del sistema.

En este sentido, un estudio que utilizó información de 2003 a 2019 de 35 países de la OCDE demostró que un incremento de una unidad en el gasto en salud pública reducirá el riesgo de gasto catastrófico en salud para servicios quirúrgicos en 0.36 unidades. Además, un incremento de una unidad en el nivel de ingresos del país se asocia con una disminución de 0.009 en el riesgo de gastos catastróficos en salud (para servicios quirúrgicos).[6]

De manera simplificada, con lo comentado en los párrafos previos podríamos decir que siempre debería existir un mayor gasto en salud para lograr una mayor accesibilidad a los sistemas de salud, con lo que mejorará la salud general de la población; aún más considerando la creciente demanda de salud a nivel global por el aumento de la esperanza de vida y la mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas.

Ahora bien, *invertir en salud mejora la economía de un país*. En un estudio reciente, con información de 1990 a 2019 proveniente de 21 países de la OCDE, los investigadores intentaron determinar los efectos de los gastos en salud sobre el crecimiento económico, tanto a nivel nacional como a nivel individual. En teoría, una buena salud puede incrementar la expectativa de vida y fomentar la motivación de los individuos para ahorrar e invertir en empresas, lo que afecta de manera positiva el crecimiento económico. Según los autores, esto puede explicarse porque conforme se incrementa la cantidad de gasto de una sociedad en servicios de salud, disminuye la mortalidad infantil, aumenta la esperanza de vida y la sociedad puede ser más saludable y productiva. Y aunque el incremento en los gastos en salud no siempre significa mejor salud, se puede esperar que el aumento en los gastos en salud, en especial el gasto público, pueda contribuir a mejorar la salud de las personas vulnerables. Los autores de este estudio reciente utilizaron dos modelos estadísticos para corroborar su hipótesis y observaron que habrá un aumento del 0.09% en el PIB real, en caso de un aumento del 1% en la partida asignada a los servicios de salud, y que con un incremento del 1% en la cantidad de gasto de bolsillo que una familia realiza en atención médica, se prevé que podría haber un aumento de 0.04% en el PIB real; es decir, la inversión en salud aumenta el PIB real. La conclusión

fue que los recursos públicos asignados a los servicios de salud desempeñan un papel importante en el crecimiento económico, es decir, el gasto en salud pública fomenta el crecimiento económico.[7]

En otro estudio, con información del uso del gasto en salud pública *per cápita* en 33 países de la OCDE de 2001 a 2017, los autores concluyen que el impacto positivo del gasto en salud pública en el crecimiento económico se fortalece gradualmente, a medida que el consumo de los hogares, los salarios de los empleados y la inversión del capital físico (inversión en activos fijos) *per cápita* siguen aumentando.[2] Teniendo en cuenta las variaciones en el alcance de la cobertura de los sistemas de salud pública en los países de la OCDE, los efectos del crecimiento económico del gasto en salud pública exhiben heterogeneidad, y el impacto del gasto en salud pública en el crecimiento económico puede diferir entre los países con cobertura completa de los sistemas de salud pública, y aquellos que no tienen cobertura completa o dependen principalmente de los sistemas de seguro de salud privada, como el caso de México, por lo que una mayor tasa de cobertura del sistema de salud médica social tiene efectos más fuertes en el crecimiento económico.

¿Pero de dónde obtener los recursos públicos para gastar más en salud? En un estudio en la India, los investigadores concluyeron que la mejora en la recaudación de ingresos, el aumento de la base impositiva y la utilización eficiente de las subvenciones centrales generarían espacio fiscal en la economía y, por lo tanto, el gobierno podría asignar más fondos a la atención de la salud pública.[8]

Propuesta

México debe incrementar su gasto en salud, como proporción del PIB, al menos al nivel promedio del resto de los países de la OCDE. Con un mayor gasto en salud se espera mejorar la esperanza de vida y disminuir la mortalidad y la morbilidad de la población, además de mejorar la autopercepción de la salud de cada uno de sus ciudadanos. Se debe priorizar la inversión en capital humano e infraestructura (instalaciones y equipo médico) sobre otro tipo de gastos.

Un mayor gasto en salud puede incrementar el desarrollo económico de México. En países en desarrollo como el nuestro, en los que no se cuenta aún con una cobertura universal de los servicios de salud, es necesario incrementar el gasto en salud a fin de que, si se tienen altos niveles de consumo y mejores salarios en el resto de la economía, se logre un mayor crecimiento económico.

Referencias bibliográficas

- Guinness, L. W. V. (2011). *Introduction to Health Economics* (pp. 50-76). Open University Press-Understanding Public Health Series. Reino Unido: McGraw-Hill Education.
- Hu, Q., y Wang, L. (2024). Economic growth effects of public health expenditure in OECD countries: An empirical study using the dynamic panel threshold model. *Heliyon*, 29;10(4), febrero.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: Un análisis cualitativo*. Ciudad de México.
- OECD Publishing. (2024). *OECD Economic Surveys Mexico*. [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/b8d974db-en>
- Raghupathi, V., y Raghupathi, W. (2023). The association between healthcare resource allocation and health status: An empirical insight with visual analytics. *Journal of Public Health*, 1;31(7), 1035-1057. Alemania.
- Söyük, S. (2023). *The impact of public health expenditure and gross domestic product per capita on the risk of catastrophic health expenditures for OECD countries*.
- Tengilimo, D., Fahad, S., Ul, W., Shah, H., y Cirakli, U. (s/f). *The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach*.
- Behera, D. K., y Dash, U. (2018). The impact of macroeconomic policies on the growth of public health expenditure: An empirical assessment from the Indian states. *Cogent Economics and Finance*, 1;6(1).

Línea del tiempo del gasto *per cápita* en salud

Didier Gómez Trujillo

El gasto público en salud es un indicador crucial que refleja las prioridades de un país en el ámbito de la salud y el bienestar de su población. A lo largo de las décadas, este gasto ha evolucionado significativamente, influenciado por factores económicos, sociales y políticos.

Década de 1940: los inicios de la salud pública moderna

En muchos países, sobre todo en Europa y América del Norte, el gasto en salud comenzó a aumentar después de la Segunda Guerra Mundial. La creación de sistemas de salud pública se convirtió en una prioridad para garantizar el acceso a servicios básicos de salud. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue fundada, estableciendo estándares internacionales que impulsaron a los países a invertir más en salud.

Década de 1960: la expansión de la cobertura sanitaria

Durante esta década muchos países implementaron reformas significativas en sus sistemas de salud. En Estados Unidos, la introducción de Medicare y Medicaid en 1965 marcó un aumento notable en el gasto público en salud, proporcionando cobertura a personas mayores y a aquéllos con bajos ingresos. En Europa, muchos países comenzaron a adoptar modelos de atención universal, aumentando así el gasto en salud.

Década de 1980: desafíos económicos y ajustes estructurales

La crisis económica global de los años ochenta llevó a muchos países a reconsiderar sus políticas de gasto en salud. En América Latina se implementaron políticas de ajuste estructural que resultaron en recortes de presupuesto en salud. Esto generó un aumento en la desigualdad en el acceso a servicios de salud, lo que provocó un debate sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud públicos.

Década de 1990: la globalización y nuevas prioridades

La década de 1990 estuvo marcada por la globalización y la creciente influencia de organizaciones internacionales en la formulación de políticas de salud. La OMS y el Banco Mundial promovieron la idea de la salud como un derecho humano, lo que llevó a algunos países a aumentar su gasto en salud. Sin embargo, también surgieron desafíos como la epidemia del VIH/sida, que exigió una respuesta significativa en términos de recursos financieros.

Década de 2000: inversiones en salud y desarrollo sostenible

Con el inicio del nuevo milenio el gasto público en salud comenzó a recibir mayor atención en la agenda global. La Declaración del Milenio de 2000 puso de relieve la importancia de la salud en el desarrollo sostenible, lo que llevó a un aumento en la inversión en salud en países en desarrollo. Iniciativas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) impulsaron a muchos gobiernos a asignar más recursos a la salud.

En las últimas dos décadas México ha atravesado tres grandes modificaciones bajo el objetivo de universalizar la salud: la primera en 2005 con la creación del Seguro Popular (DOF, 2003), la segunda en 2019 con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi) (DOF, 2019) y la más reciente en 2023 con la creación del OPD IMSS-Bienestar (DOF, 2023).

Década de 2010: avances

El gasto en salud continuó aumentando en muchos países, pero la desigualdad en el acceso a los servicios de salud seguía siendo un problema persistente. La crisis de los refugiados y el aumento de enfermedades no transmisibles plantearon nuevos desafíos para los sistemas de salud. Además, la discusión sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud se intensificó, impulsando a muchos países a buscar modelos innovadores de financiamiento.

Década de 2020: desafíos en la salud global

El gasto en salud continuó aumentando en muchos países, pero la desigualdad en el acceso a los servicios de salud seguía siendo un problema persistente. La crisis de los refugiados y el aumento de enfermedades no transmisibles plantearon nuevos desafíos para los sistemas de salud. Además, la discusión sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud se intensificó, impulsando a muchos países a buscar modelos innovadores de financiamiento.

Gasto *per cápita* en salud en México

Según datos del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, el gasto *per cápita* en salud en México ha estado entre \$1,050 y \$1,200 USD en los últimos años. En pesos mexicanos, esto equivaldría aproximadamente a \$21,000-\$24,000 MXN, considerando un tipo de cambio aproximado de 20 pesos por dólar. Esto era mayor o menor de acuerdo con el Estado que lo ejerciera; la Ciudad de México, de 2010 a 2020 ha tenido el más alto.

Gasto *per cápita* en salud en Estados Unidos

Para comparación, en Estados Unidos el gasto *per cápita* en salud es de aproximadamente \$11,000 a \$12,000 USD por año, lo que equivale a cerca de \$220,000 a \$240,000 MXN.

Conclusión

La línea del tiempo del gasto público en salud revela un camino complejo y multifacético. Desde sus humildes comienzos después de la Segunda Guerra Mundial hasta los desafíos contemporáneos, el gasto en salud ha sido un reflejo de las prioridades políticas y económicas de cada época. A medida que el mundo enfrenta nuevas crisis de salud, como la pandemia de covid-19, es imperativo que los gobiernos sigan comprometidos con la inversión en salud, garantizando el acceso equitativo y la calidad de los servicios para todas las poblaciones. La historia del gasto en salud no sólo es una crónica de cifras, sino también un testimonio del compromiso de las sociedades con el bienestar de sus ciudadanos.

Referencias bibliográficas

Banco Mundial. (2021). *World Development Indicators*. Recuperado de <https://data.worldbank.org/indicator/sh.xpd.pcap>

- Frenk, J., & González-Block, M. A. (2014). The health system in Mexico: A new model for health policy. *Health Policy*, 116(1), 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.008>
- Ghosh, S. (2018). Health financing in the context of the Sustainable Development Goals. *Health Policy and Planning*, 33(5), 740-747. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy045>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Sistema de Cuentas Nacionales de México*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/sistema/cuentas/>
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Harvard University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Declaración del Milenio*. Recuperado de <https://www.un.org/spanish/millennium/declaration.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Global Health Expenditure Database*. Recuperado de <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/gho/health-expenditure>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Financing for universal health coverage*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/financing-for-universal-health-coverage>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>
- U. S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2015). *History of Medicare and Medicaid*. Recuperado de <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/medicare-history>
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- WHO. (2016). *Global Health Estimates: Leading Causes of Death*. World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Gasto de bolsillo en salud

Rubén Antonio Gómez Mendoza

Filiberto Isaac Gómez Mendoza

José Manuel Hernández Barrera

En México, durante décadas el gasto de bolsillo en salud (OOP: *out-of-pocket expenses*) ha representado una proporción significativa del financiamiento del sistema de salud, afectando la economía de los hogares y el acceso a los servicios médicos; a lo largo de este capítulo analizaremos la evolución histórica y situación actual del OOP en México, así como las propuestas para disminuir su impacto.

Definición

El OOP se define como los pagos que los individuos y las familias realizan directamente de su bolsillo por servicios de salud; esto incluye: gastos en medicamentos, consultas médicas, hospitalización y otros servicios relacionados, que no son cubiertos por los seguros o bien por el Estado; se trata de un indicador importante de acceso a la salud y equidad, que conlleva un impacto financiero relevante para las familias.

Desde el punto de vista macroeconómico, el OOP conforma una rama del gasto privado en salud y, junto con el gasto público, integra el gasto total en salud de una nación. Este componente puede influir en la distribución del ingreso y la equidad económica, ya que la carga financiera del OOP suele ser desproporcionadamente mayor para las familias con menores ingresos. De acuerdo con Sesma y cols.[1] el OOP tiene la peculiaridad de ser la forma más ineficiente e inequitativa de financiar la atención a la salud, pues desaprovecha la agregación de riesgos y rompe con un principio básico de justicia financiera, que indica que los individuos deben aportar al financiamiento de

su salud, de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El mismo OOP invierte esta regla, ya que los que más pagan son los más enfermos, quienes con frecuencia son también los más pobres; además, expone a las familias a gastos excesivos que pueden llegar a ser catastróficos y empobrecedores, generando externalidades negativas que a largo plazo afectan la productividad y el crecimiento económico.

En el contexto microeconómico, el OOP es una decisión de consumo que refleja las preferencias y prioridades de los hogares, así como su capacidad de pago. En el OOP puede influir en el comportamiento del consumidor y sus decisiones de compra, bajo diversos factores como son las características de la atención médica (costo y/o calidad), la disponibilidad de servicios, la adherencia terapéutica, la cultura de automedicación y el nivel educativo.

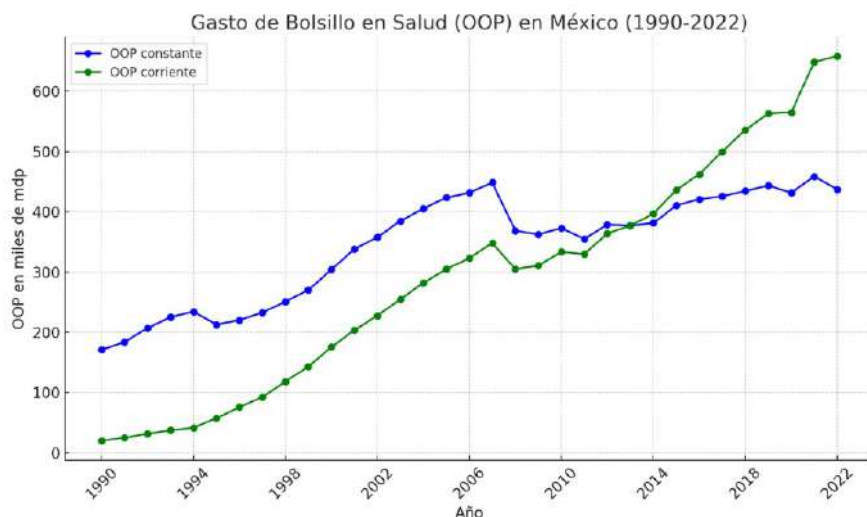
Historia y evolución del OOP en México

Históricamente, el sistema de salud en México ha estado marcado por la coexistencia de instituciones públicas y privadas. A pesar de los esfuerzos por ampliar la cobertura de salud, una gran parte de la población sigue dependiendo del OOP para acceder a servicios médicos; incluso las familias que cuentan con derechohabencia o cobertura de seguros médicos incurren en estos gastos, ya sea por desabasto de medicamentos, por la inoportunidad de la atención pública o porque son considerados gastos menores por las aseguradoras. Según el informe del Subsistema de Cuentas en Salud (Sicuentas) 1990-2022,[2] el OOP ha aumentado linealmente pasando de 19,691 a 658,712 millones de pesos (mdp) (gráfica 1). El Seguro Popular, introducido en 2004, buscó reducir el OOP y ampliar la cobertura de salud, logrando proteger aproximadamente al 85% de la población contra gastos catastróficos. En términos reales, no fue hasta 2008 cuando se observó un cambio en la tendencia. Sin embargo, la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) en 2020, justo a inicios de la pandemia, coincidió con un aumento notable en la proporción de hogares sin seguro de salud, pasando de 8.8% en 2018 a 16.5% en 2020, lo que se tradujo en alrededor de 5.8 millones de hogares sin cobertura de salud, incrementando así el OOP y los gastos catastróficos en salud en 18.4%. En 2020, el 67.7% de los hogares mexicanos reportaron algún OOP, siendo el 6% de éstos considerados gastos catastróficos.[3,5]

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH),[6] el OOP por hogar ha aumentado desde 2018, pasando de 1,028 a 1,443 pesos en 2020 y a 1,345 pesos en 2022; a pesar de esta ligera disminución (6.8%), el

incremento neto fue de 30.9%. Los comportamientos del oop y de los gastos catastróficos son el efecto de las políticas de salud y otros factores contribuyentes como la inflación, los altos costos de medicamentos, consultas y hospitalización, además de la falta de regulación de precios en el sector privado.

Gráfica 1. Evolución del OOP en México (1990-2022) en moneda corriente y constante.



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. SICUENTAS Datos abiertos. Gasto en salud por fuente de financiamiento 1990-2022 (corrientes y constantes).

Nota: Los precios constantes fueron determinados con año base 2013, de acuerdo al archivo Fuentes y Notas del descargable.

Análisis del OOP

El oop en México representa aproximadamente el 41% del gasto total en salud; de acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en 2022 [7] alcanzó un total de 671 mil millones de pesos o 5,263 pesos *per cápita* (~253 USD). Esta cifra es significativamente mayor en comparación con la de otros países de América Latina y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde el promedio es del 21%. En nuestro sistema de salud el 58% del financiamiento total en salud proviene del gasto público; el gasto privado en salud incluye tanto el oop como el gasto realizado a través de seguros privados y otros medios. Se estima que el 90% del gasto privado

es OOP, lo que refleja una alta dependencia de los pagos directos de servicios médicos por parte de los hogares. Los componentes principales del OOP en México incluyeron medicamentos (50.7%), consultas médicas (14.8%), bienes y servicios de apoyo (14.8%), costos hospitalarios (14.0%) y otros —estudios de laboratorio y gabinete, ambulancias, etcétera (5.7%).

En la región de América Latina el OOP suele ser alto; el promedio regional es de alrededor del 30 al 35% del gasto total en salud, aunque esto varía considerablemente entre países (Colombia 13.7%, México 41.4%). Ahora bien, para el bloque de América del Norte, en Estados Unidos el OOP es considerablemente elevado (1,285 USD *per cápita*) debido a los altos costos y a la estructura de su sistema de seguros, aunque en términos porcentuales representa sólo el 10.7% del gasto total en salud. Para Canadá, con un sistema de salud predominantemente público, el OOP es menor que el de Estados Unidos (907 USD *per cápita*) y representa aproximadamente el 14% del gasto total en salud (véase tabla 1).[8]

Los países de la OCDE en general tienen sistemas de salud con una mayor cobertura pública o de seguros privados, por lo que el OOP promedio del grupo es del 18.4% del gasto total en salud; en este listado México se sitúa en el primer lugar (con mayor OOP que los demás países de la OCDE) y muy alejado de los países con menor OOP (Luxemburgo y Francia 8.9%) (véase tabla 1).[9]

Ahora bien, aunque otros países reporten OOP considerablemente más altos ya sea en términos absolutos o en proporción del gasto total, en México el impacto es aún mayor debido a la grave desigualdad económica de la población. Los deciles de ingreso más bajos, particularmente el primer y segundo decil, destinan cifras absolutas menores en comparación con los deciles más altos; sin embargo, en proporción con sus ingresos, representan una carga financiera mucho mayor para estos hogares. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) en 2022 [6] los hogares en el primer decil gastaron alrededor de 2,106 mdp trimestrales en salud, es decir un 7.3% del ingreso corriente promedio trimestral de estos hogares, mientras que los del decil más alto gastaron 16,421 mdp, sólo el 2.7% de su ingreso.

Esta encuesta también muestra disparidades significativas en el gasto en salud por hogar según la entidad federativa. Por ejemplo, en la Ciudad de México el gasto promedio trimestral en salud fue de 2,035 pesos, equivalente al 3.5% del gasto corriente de los hogares. En contraste, en Chiapas, uno de los estados más pobres del país, el gasto promedio en salud por hogar fue de 989 pesos, representando el 3.8% del gasto corriente; por otra parte, el estado con mayor gasto promedio en salud por hogar fue Michoacán (2,196 pesos), correspondiendo a un 5.5% del gasto corriente de sus hogares.

Tabla 1: Datos fuente [solo como referencia].

<i>Año</i>	<i>OOP constante* (mdp)</i>	<i>OOP corriente (mdp)</i>	<i>OOP % del Gasto Total</i>	<i>OOP % del Gasto Privado</i>
1990	171,134	19,691	56.132	97.829
1991	183,639	25,101	52.020	96.841
1992	206,917	31,658	52.220	96.699
1993	225,121	37,204	53.204	96.641
1994	234,309	41,456	51.819	96.552
1995	212,946	57,259	55.737	96.994
1996	220,269	75,616	57.370	96.731
1997	232,747	92,470	54.100	96.140
1998	251,005	118,287	54.331	96.323
1999	270,150	143,012	52.687	96.259
2000	304,114	175,383	53.938	95.836
2001	338,278	203,659	55.276	95.503
2002	357,738	227,713	55.809	95.329
2003	384,844	254,695	54.956	95.166
2004	405,559	282,226	53.149	94.961
2005	423,474	304,658	53.481	94.505
2006	431,839	323,232	52.679	94.037
2007	448,551	348,254	51.643	93.442
2008	368,580	304,864	44.593	88.462
2009	362,610	310,720	42.603	87.648
2010	373,000	333,631	42.077	87.746
2011	355,076	329,690	39.9	86.6
2012	378,760	364,192	39.9	86.9
2013	377,089	377,089	39.3	86.6
2014	381,380	396,857	40.2	85.6
2015	410,492	436,230	40.5	86.2
2016	420,860	462,483	40.8	85.2
2017	426,204	500,239	41.3	84.9
2018	434,548	535,817	41.7	84.4
2019	443,732	563,111	41.8	83.6
2020	431,722	565,081	37.9	82.7
2021	458,776	648,906	40.7	82.9
2022	437,384	658,712	38.3	81.5

*Año base 2013

Fuente: Datos abiertos. Gasto en salud por fuente de financiamiento 1990-2022 [corrientes y constantes].

Tabla 2: Gasto de bolsillo en salud (OOP) en porcentaje del gasto total en salud y per cápita (USD) de los países de América y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el año 2021, incluye su clasificación por ingresos.

<i>País</i>	<i>Clasificación de Ingreso</i>	<i>OOP (%) del Gasto Total en Salud</i>	<i>OOP per cápita (USD)</i>
Guatemala	Ingreso medio alto	61.0	207.92
Granada	Ingreso medio alto	53.7	271.28
Honduras	Ingreso medio bajo	51.7	131.29
Trinidad y Tobago	Ingreso alto	46.0	517.32
Haití	Ingreso medio bajo	43.5	25.20
México	Ingreso medio alto	41.4	252.63
Barbados	Ingreso alto	38.9	545.02
San Cristóbal y Nieves	Ingreso alto	38.8	432.91
Panamá	Ingreso alto	37.3	528.33
Santa Lucía	Ingreso medio alto	37.2	217.62
Paraguay	Ingreso medio alto	35.9	172.04
Grecia	Ingreso alto	33.3	615.19
Nicaragua	Ingreso medio bajo	30.8	61.04
Ecuador	Ingreso medio alto	30.6	151.34
Chile	Ingreso alto	30.3	459.45
Chile	Ingreso alto	30.3	459.45
Lituania	Ingreso alto	30.2	560.51
Promedio América Latina	-	30.2	239.31
Portugal	Ingreso alto	29.0	796.22
Guyana	Ingreso alto	28.7	135.17
Perú	Ingreso medio alto	27.2	112.18
Letonia	Ingreso alto	27.0	512.31
El Salvador	Ingreso medio alto	26.7	118.24
San Vicente y las Granadinas	Ingreso medio alto	26.2	117.43
Surinam	Ingreso medio alto	24.8	74.23
Hungría	Ingreso alto	24.6	340.44
Bahamas	Ingreso alto	24.5	479.8
Dominica	Ingreso medio alto	23.8	114.66
República Dominicana	Ingreso medio alto	23.6	98.36
Belize	Ingreso medio alto	22.8	70.59

Suiza	Ingreso alto	22.7	2474.43
Brasil	Ingreso medio alto	22.6	172.44
Argentina	Ingreso medio alto	22.4	233.68
Estonia	Ingreso alto	22.2	466.09
Italia	Ingreso alto	21.9	733.37
España	Ingreso alto	21.0	679.1
Costa Rica	Ingreso medio alto	20.7	196.83
Polonia	Ingreso alto	20.3	235.41
Israel	Ingreso alto	19.8	859.06
Promedio OCDE (G38)	-	18.9	736.55
Bélgica	Ingreso alto	17.9	1014.51
Finlandia	Ingreso alto	16.1	883.62
Austria	Ingreso alto	15.8	1026.41
Uruguay	Ingreso alto	15.4	250.14
Islandia	Ingreso alto	14.6	983.75
Canadá	Ingreso alto	14.0	907.33
Noruega	Ingreso alto	14.0	1267.82
Canadá	Ingreso alto	14.0	907.33
Australia	Ingreso alto	13.8	975.4
Colombia	Ingreso medio alto	13.7	76.21
Colombia	Ingreso medio alto	13.7	76.21
Jamaica	Ingreso medio alto	13.1	48.72
Suecia	Ingreso alto	13.1	902.94
Eslovenia	Ingreso alto	12.9	357.9
Dinamarca	Ingreso alto	12.6	929.99
Alemania	Ingreso alto	12.2	805.81
Japón	Ingreso alto	12.0	522.9
Nueva Zelanda	Ingreso alto	11.7	572.37
Irlanda	Ingreso alto	10.7	722.98
Luxemburgo	Ingreso alto	8.9	682.1
Francia	Ingreso alto	8.9	480.23
Cuba	Ingreso medio alto	8.4	-

Fuente: World Health Organization. The Global Health Observatory [Internet]. 2024 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/info/about-the-observatory>

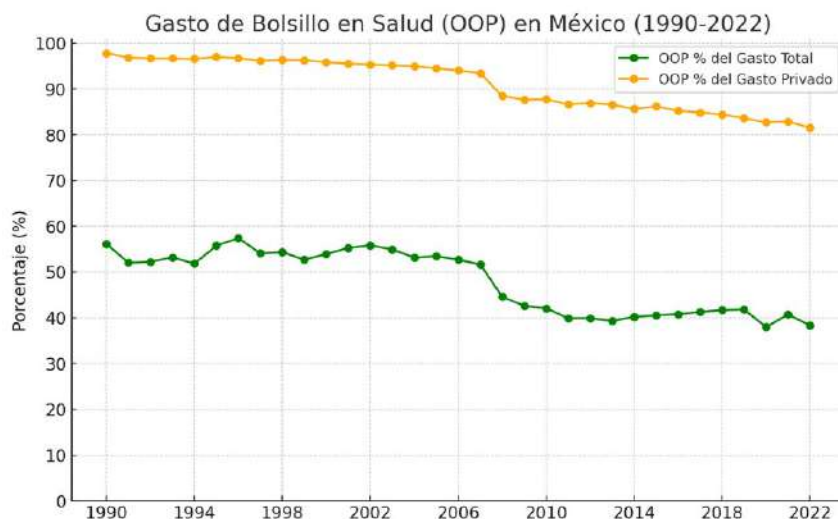
Discusión

Los datos revelan una necesidad urgente de implementar políticas efectivas para reducir el OOP y las barreras económicas que impiden un acceso equitativo a la salud. El OOP plantea serios desafíos éticos y legales en cuanto a la justicia distributiva, un principio central que se preocupa por la distribución justa y equitativa de los recursos; la alta carga financiera que recae sobre ciertos individuos o grupos afecta especialmente a los más pobres. En un sistema de salud ideal se debería garantizar que todos los individuos tuvieran acceso a los servicios de salud necesarios, sin incurrir en gastos que puedan comprometer su bienestar económico. La equidad en salud implica no sólo el acceso igualitario, sino también el acceso justo, lo que significa que aquéllos con mayores necesidades de salud deben recibir más apoyo. Otros principios también se ven afectados, como la autonomía, ya que los costos de los servicios médicos son prohibitivos y obligan a los individuos a tomar decisiones basadas en limitaciones económicas, en lugar de sus necesidades de salud.

Debemos destacar que en un periodo de más de tres décadas (1990-2022) el gasto de bolsillo (OOP) en México experimentó un incremento de más de 33 veces en moneda corriente. Incluso ajustando esta comparación a moneda constante, para eliminar los efectos inflacionarios, el incremento sigue siendo notable, para alcanzar un 256% (gráfica 1).[2]

Paralelamente, los datos muestran una reducción del OOP como porcentaje del gasto total en salud, pasando del 56.1 al 38.3% en el mismo periodo, así como porcentaje del gasto privado, que se redujo del 97.8 al 81.5% (gráfica 2). A primera vista, estos datos podrían interpretarse como señales positivas, indicando una mayor participación del gasto público en salud; sin embargo, esta reducción porcentual enmascara el hecho de que el OOP creció en términos absolutos, es decir, el gasto total en salud aumentó significativamente, pero de manera tal que no ha sido suficiente para aliviar la carga financiera directa sobre las familias.

Lo anterior resalta una realidad preocupante: ninguna de las reformas o políticas públicas en salud implementadas durante estos 30 años ha sido lo suficientemente efectiva como para verdaderamente mitigar el OOP. El trasfondo del problema es mucho mayor y más complejo, pues involucra fallas estructurales profundas en el sistema de salud y la persistente dependencia del OOP para financiar servicios de salud, lo que indica que aún no se ha logrado garantizar una cobertura de salud universal, persistiendo las ineficiencias y desigualdades en la distribución y el acceso a los servicios de salud.

Gráfica 2. Evolución del OOP en México (1990-2022) en moneda corriente y constante.

Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. SICUENTAS Datos abiertos. Gasto en salud por fuente de financiamiento 1990-2022 (corrientes y constantes).

Propuestas

Si se entiende que el OOP es un síntoma de problemas sistémicos, incluyendo la fragmentación del sistema de salud, las deficiencias en calidad y oportunidad en los tres niveles de atención, la insuficiencia de recursos destinados a la salud pública y las barreras financieras persistentes que enfrentan las familias mexicanas, la transformación efectiva del sistema de salud de nuestro país requiere políticas coherentes que aborden estas fallas estructurales y que garanticen un acceso más equitativo a los servicios de salud, no sólo con base en un discurso de cobertura universal, sino en una verdadera reforma, profunda e integral que permita el reordenamiento del sistema. El punto central es redistribuir el riesgo financiero de los pacientes que suelen ser aversos al riesgo y con limitaciones de liquidez, hacia entidades neutrales al riesgo, como las compañías de seguros, gobiernos o proveedores de servicios de salud, para así mejorar la eficiencia del sistema. Esto puede lograrse mediante seguros de salud, financiamiento público a través de impuestos o provisión directa de servicios, asegurando que los costos no recaigan directamente en los individuos, sino que se distribuyan de manera más manejable y equitativa.

En nuestro país, considerando que el mayor rubro del OOP lo representa el gasto en medicamentos, las acciones iniciales requerirían reconstruir el mercado nacional y reconciliar la relación industria farmacéutica-gobierno, plantear la reducción de precios de los medicamentos (tanto los adquiridos por el gobierno como los suministrados en el mercado), optimizar el consumo de medicamentos, la sustitución por genéricos, implementar los reembolsos y expandir la cobertura del cuadro básico; con ello se podría abordar al menos parcialmente el 50% del OOP. Ahora bien, existen diversos reportes en la literatura sobre las experiencias a nivel mundial en la mitigación del OOP, por ejemplo, en una revisión sistemática exploratoria [10] las siguientes medidas mostraron efectos relevantes:

1. *Ampliación de la cobertura de seguros de salud.* Mejorar la cobertura y los beneficios de los seguros de salud públicos y privados (incluyendo coberturas de gastos médicos menores), enfocándose especialmente en los grupos de ingresos más bajos. En muchos casos los sistemas han recurrido con éxito a las transferencias directas para el reembolso del OOP.
2. *Regulación y control de precios.* Implementar políticas de regulación de precios para medicamentos y servicios médicos, garantizando precios justos y accesibles, así como el control de los medicamentos de libre venta para mitigar la automedicación.
3. *Fortalecimiento del sistema de salud público.* Aumentar la inversión en infraestructura y recursos humanos para mejorar la eficiencia, calidad, seguridad y oportunidad de los servicios de salud públicos.
4. *Educación y prevención.* Fomentar programas de educación en salud y prevención de enfermedades, para reducir el costo derivado de padecimientos crónico-degenerativos.
5. *Monitoreo y evaluación continua.* Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para garantizar la implementación efectiva de políticas y ajustar las estrategias según sea necesario.

La implementación de las recomendaciones propuestas podría contribuir significativamente a reducir el OOP y mejorar el bienestar general de la población, con un enfoque particular en la protección de la población de los deciles de ingresos más bajos.

Referencias bibliográficas

- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Martínez-Monroy, T., y Lemus-Carmona, E. A. (2005). Gasto privado en salud por entidad federativa en México. *Salud Pública Méx.*, 47(S1), S27-S36.

- Secretaría de Salud. (2024, 26 de junio). *Siguientes datos abiertos. Gasto en salud por fuente de financiamiento 1990-2022 (corrientes y constantes)*. [Internet]. [Citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html
- González Block, M., Reyes, H., Cahuana Hurtado, L., Balandrán, A., y Méndez, E. (2020). Mexico's health system: In longstanding pursuit of universal coverage and integration. *Eur J Public Health*, 30(S5).
- Rodríguez Aguilar, R., Marmolejo-Saucedo, J. A., Zavala Landin, A., Rodríguez Aguilar, M., y Marmolejo Saucedo, L. (2023, sept. 5). Out of pocket and catastrophic health spending in Mexico in the face of the Covid-19 pandemic. *EAI Endorsed Trans Pervasive Heal Technol.*, 9. (SE-Research article).
- Gallardo, I., y Bernal, L. I. (2022). Health and out-of-pocket spending in Mexico 2017-2020. *Int J Curr Adv Res.*, 11(07(A)), 1181-1185.
- INEGI. (2023). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022 (ENIGH). Nota técnica*. México.
- INEGI. (2023, dic. 7). *Cuenta satélite del sector salud de México (CSSSM) 2022* (p. 6). [Internet]. [Citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/csssm/csssm2022.pdf>
- World Health Organization. (2024). *The Global Health Observatory*. [Internet]. [Citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/info/about-the-observatory>
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. París.
- Jalali, F. S., Bikineh, P., y Delavari, S. (2021). Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: A scoping review. *Cost Eff Resour Alloc.*, 19(1), 47, agosto.

Distribución del presupuesto federal en programas de salud en México

Martha Catalina Zalapa Covarrubias

El financiamiento en salud es un componente determinante para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y para promover un sistema de salud eficiente, sostenible, de calidad y centrados en las necesidades de la población.

El impacto de la pandemia por COVID 19 ha obligado a todos los actores a redefinir sus planes y reencausar los recursos disponibles para ponderar la salud y “dar respuestas a la crisis sanitaria, económica y social” que fue evidenciada.[1]

Este artículo tiene como propósito contribuir al análisis del gasto en salud, principalmente en el personal sanitario, dada la complejidad legal, programática, financiera y organizativa del sector, buscando promover la participación en las decisiones para la mejora de los servicios de salud pública.

La integración del gasto en salud se realiza desde los tres niveles de gobierno, siendo el ámbito federal el que representa la mayor aportación a la salud[2]; una contribución diversa por las entidades federativas, así como en los municipios (que no tienen la función de atención a la salud definida en el artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM).

El análisis se centra principalmente en la información emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) publicada en el Portal de Transparencia que cuenta con datos disponibles de 2008 a la fecha[3], de los cuáles, para este análisis, se seleccionaron en los Datos Abiertos los archivos del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF Anual de los años disponibles y al Cuarto trimestre de 2023.

Marco Jurídico

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) define la obligación del Estado mexicano para atender la salud de la población.

Artículo 4º Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. *Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020.*[4]

En la fracción XVI del mencionado artículo 73 se establecen las facultades del Congreso de la Unión para dictar leyes en materia de salubridad, las atribuciones del Consejo de Salubridad General y su dependencia del Presidente de la República, la obligación para dictar: medidas en caso de epidemias; campañas contra el alcoholismo y venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana; y para la prevención y combate de la contaminación.

Para materializar las acciones de distribución de recursos en donde tiene injerencia el Estado, el Ejecutivo Federal dispone de un conjunto de organizaciones que conforman la Administración Pública Federal (APF) regulada por la Ley Orgánica de la APF desde 1976 coordinada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público quien formula el Presupuesto de Egresos (PEF) y lleva el control y la evaluación del ejercicio del gasto público federal y de los programas y presupuestos para cada ejercicio fiscal.

Entre 2006 y 2008, se implementó en la Administración Pública el modelo de Gestión para Resultados (GPR), con fundamento en el marco Constitucional y legal, mediante la armonización de leyes y reglamentos “procurando la alineación entre la planeación, la programación, el presupuesto, el control, el ejercicio, el seguimiento y la evaluación del gasto público”[5]. La asignación de recursos públicos, en el artículo 134 de la CPEUM establece que “se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados. fomentando la eficacia, eficiencia y transparencia”[4].

Financiamiento en salud en México

Es importante señalar que la atención a la salud se caracteriza por ser un mercado “perfectamente imperfecto” por las asimetrías entre productores y

consumidores. Las modalidades de organización de los sistemas de salud basan su análisis en cuatro “tipos ideales”: plural, seguro de salud, servicio de salud y socializado. (Frenk, J. 1993)[6].

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) señala que “el financiamiento se debe proporcionar en cantidad suficiente para asegurar el acceso a servicios de salud de alta calidad y brindar protección contra los riesgos financieros”, sin embargo, los desafíos son múltiples relacionados con la recolección, asignación y ejecución de los recursos[7].

Los siguientes indicadores de gasto en salud señalan el bajo porcentaje del PIB destinado a salud en México, en comparación con otros países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la insuficiencia del Gasto per cápita, un alto porcentaje de Gasto de bolsillo. En materia de distribución el recurso destinado a la atención primaria es superior a la media observada[8]:

Cuadro 1. Indicadores de gasto en salud en México

<i>Indicador</i>	<i>Resultado en México</i>	<i>Promedio OCDE</i>
Gasto en salud como porcentaje del PIB 2022	5.5%	9.2%
Gasto en salud <i>per cápita</i> 2022	1,181	4,986
Gasto de bolsillo 2021	41%	18%
Gasto en servicios de atención primaria de salud como porcentaje del gasto sanitario 2021	16%	13%

Fuente: elaboración propia con datos disponibles en: *oecd Indicators*, oecd Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Distribución de Presupuesto Federal en Salud.

El Estado mexicano distribuye los recursos tributarios y no tributarios de tal forma que se optimice el bienestar de la población y el crecimiento del país por medio de la generación de valor público.

El monto total del presupuesto con el que la Federación comprende el Gasto Neto Total y se establece en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) en el que se encuentran las erogaciones que realizará el Gobierno Federal entre el 1° de enero y el 31° de diciembre de cada año[8]. Le corresponde al Poder Ejecutivo su elaboración y al Poder Legislativo por medio de la Cámara de Diputados su revisión y aprobación, conforme a los artículos del 2o. 73 al 75, 79 y 126 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la

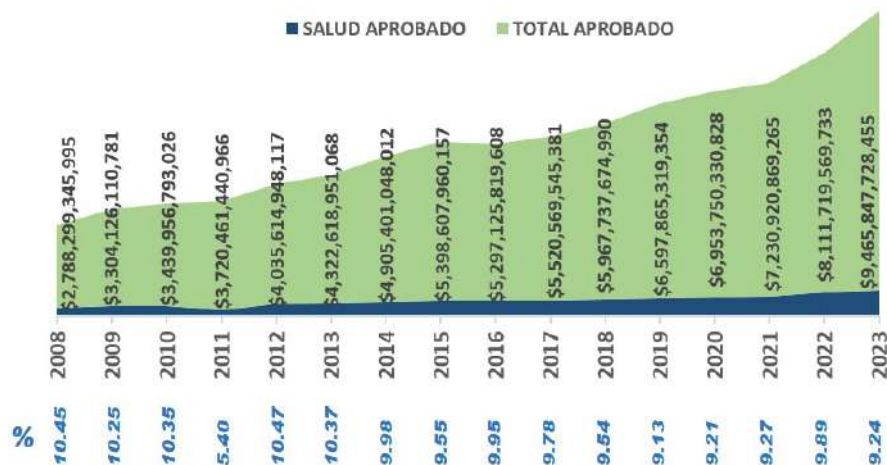
Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria[9] y la Ley General de Contabilidad Gubernamental[10].

Una vez identificadas las prioridades nacionales, se conforma y organiza el gasto público en las clasificaciones: funcional-programática, administrativa, económica y geográfica, normado en el artículo 28 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria[9].

La Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria define que la clasificación administrativa organiza a las dependencias y entidades públicas en ramos presupuestales (que es la previsión de gasto con el mayor nivel de agregación en el Presupuesto de Egresos), y se desagrega por Unidades Responsables (UR) asignadas por la SHCP. Los Programas presupuestarios (Pp) son las categorías que permiten organizar, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos de los programas federales y del gasto federalizado a cargo de los ejecutores del mismo, para el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Con los datos publicados por la SHCP, es posible observar la tendencia ascendente del presupuesto aprobado en el PEF de cada ejercicio fiscal, y con mayor incremento en los últimos años. El porcentaje de presupuesto destinado a Salud de 2008 a 2023, ha oscilado entre 9 y 10% del total aprobado, siendo menor en los últimos años, pero mayor en cuanto al monto en números absolutos.

Gráfica 1. Monto aprobado del presupuesto federal total y destinado a salud en el PEF 2008-2023

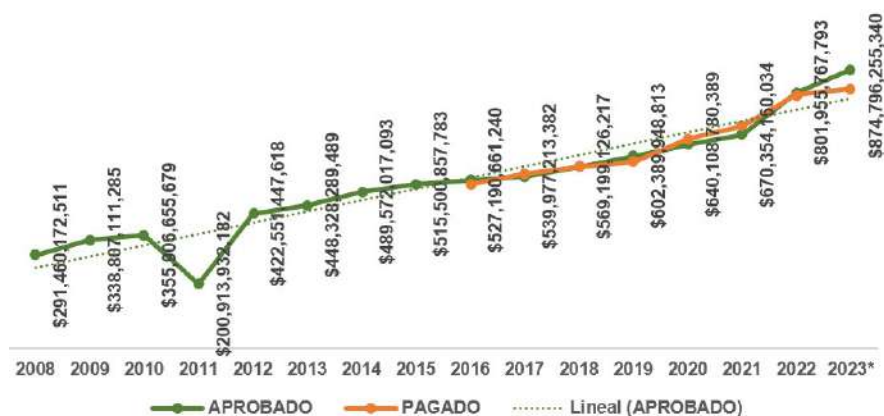


Fuente: elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) Anual de 2008 a 2023. Disponible en <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/Datos-Abiertos>

La Salud corresponde en su clasificación funcional del gasto público al Desarrollo social, que incluye actividades relacionadas con la prestación de servicios sociales en beneficio de la población. La Función corresponde a Salud y cuenta con 5 Subfunciones y está conformada por 8 Ramos para el ejercicio 2023: 7, 12, 13, 19, 33, 47, 50 y 51.

En la siguiente gráfica se observan los montos en miles de pesos aprobados y pagados en salud en el período de 2008 al 2023:

Gráfica 2. Monto aprobado y pagado] del PEF 2008 -2023 (miles de pesos)



Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF Anual de 2008 a 2022. *2023 al Cuarto trimestre. Disponible en <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/Datos-Abiertos>

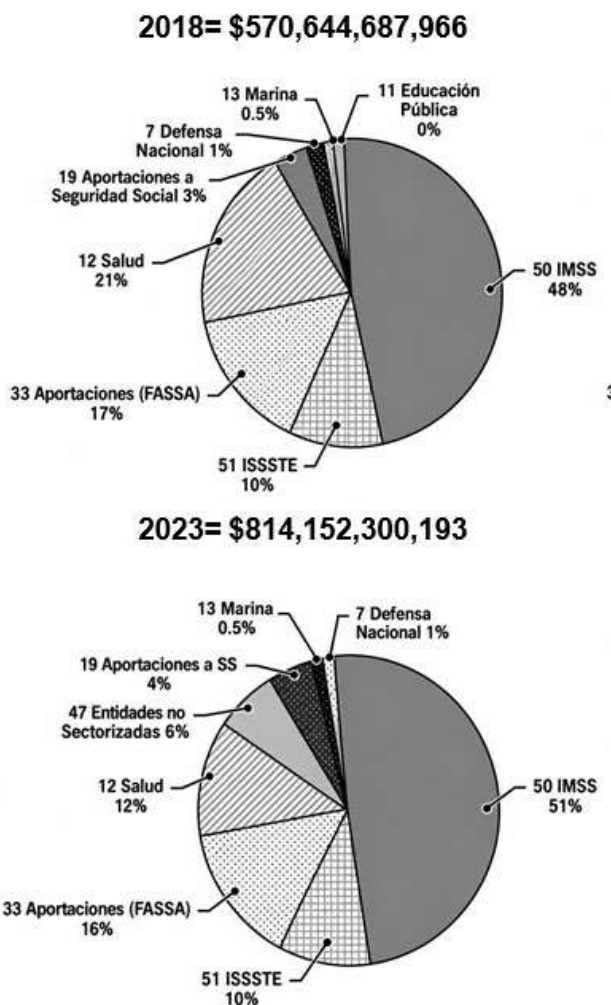
El presupuesto aprobado para salud ha tenido una tendencia histórica ascendente de 2008 a 2023. En 2023, los datos corresponden al cuarto trimestre, por tanto, al cierre anual es posible se tenga un comportamiento similar al de años previos.

Distribución del presupuesto federal en salud por Ramo

En las siguientes gráficas se observa la comparación de distribución de monto pagado en 2018 anual (\$570,644,687,966) y 2023 al cuarto trimestre (\$814,152,300,193), resaltando la disminución del Ramo 12; la inclusión del Ramo 47 para atender el Programa presupuestario de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral y el incremento del Ramo 19 para el Programa de IMSS Bienestar.

El Fondo de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios (FASSA) del Ramo 33 disminuyó un 1%, el IMSS incrementa 3% el ISSSTE, Marina y Defensa Nacional mantienen el mismo porcentaje del recurso federal.

Gráfico 3. Porcentaje de distribución por Ramo del presupuesto federal en Salud 2018-2023. Monto pagado (miles de pesos)

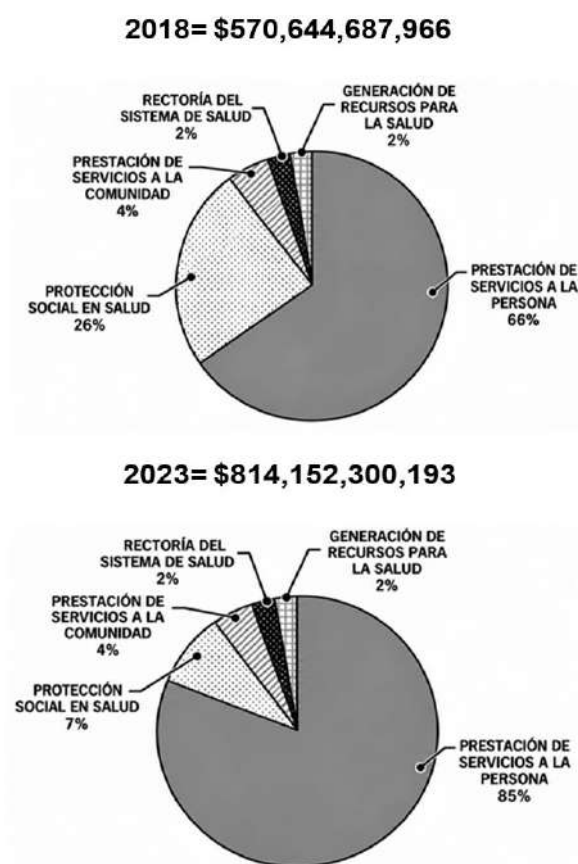


Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF 2008 Anual y Cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia SHCP

Distribución de Presupuesto en Salud por Subfunción

Del Monto pagado comparado entre 2018 y 2023 por subfunción (que son las actividades contenidas en una función), la Prestación de Servicios de Salud a la Persona tiene el mayor porcentaje del recurso destinado a salud y se incrementó en 2023 con un decremento en la Protección Social en Salud, la Generación de Recursos para la Salud, la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad y la Rectoría del Sistema de Salud mantienen la misma proporción.

Gráfico 4. Distribución por subfunción del presupuesto en salud, 2018-2023. Monto pagado (miles de pesos)



Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF Anual 2008 y al Cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia SHCP

Distribución por ramo del presupuesto federal en salud en programas presupuestarios y unidades responsable

La dispersión de recursos por programas presupuestarios y unidades responsables es mayor en el Ramo 12 que atiende a población sin seguridad social.

Cuadro 2. Número de programas presupuestarios y unidades responsables en años seleccionados

Ramo/año	Programa presupuestario				Unidad responsable			
	2008	2012	2018	2023	2008	2012	2018	2023
7 Defensa Nacional	1	1	1	2	1	1	1	1
11 Educación Pública	0	0	1	0	0	0	1	0
12 Salud	49	28	23	21	60	63	61	62
13 Marina	1	1	1	1	1	1	1	1
19 Aportaciones a Seguridad Social	3	3	4	5	2	2	3	3
33 Aportaciones (FASSA)	32	1	1	1	1	1	2	2
47 Entidades no sectorizadas	0	0	0	5	0	0	0	1
50 IMSS	8	10	11	11	1	1	1	1
51 ISSSTE	21	19	6	9	1	1	1	1
Total	115	63	58	55	67	70	71	72

Fuente: elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) anual 2008, 2012 y 2018 y al cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia de la SHCP.

Los programas presupuestarios con mayor número de Unidades Responsables corresponden al Ramo 12, el programa denominado “Actividades de Apoyo Administrativo” tiene 62 Unidades Responsables destinado a una diversidad de direcciones y estructura administrativa de la Secretaría de Salud, y suma recursos al programa “Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno” que tiene 25 unidades responsables, destinados a múltiples hospitales ubicados en la Ciudad de México e institutos de salud pública, rehabilitación, genómica, cancerología, neurología, pediatría, etc. El Programa Formación y

capacitación de recursos humanos para la salud destina presupuesto para la generación de recursos humanos a través de 34 unidades responsables.

No obstante, la dispersión de programas presupuestarios y unidades responsables, cinco de los programas presupuestarios del recurso federal en el ejercicio 2023 representan el 86.4% del monto pagado, siendo un poco más de la mitad del recurso aplicado a la “Atención Médica” para el ramo 12 de Salud, 50 del IMSS y 51 del ISSSTE, seguido de FASSA del Ramo 33 con un 15.6% y la Atención a la Salud y Medicamentos gratuitos con un 8.5%. El IMSS Bienestar ejecutó el 2.5% del recurso total para el año fiscal. Al resto de programas corresponden el 13.6%.

Cuadro 3. Monto pagado y porcentaje de programas presupuestarios seleccionados, 2023

Núm.	Programas presupuestarios	Ramo	Monto pagado	%
1	Atención a la Salud	12,50 y 51	\$419,112'389,599.20	51.5
2	FASSA	33	\$127,205'739,745.08	15.6
3	Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral	12,47	\$69,570'611,014.25	8.5
4	Actividades de apoyo administrativo	12,47,50	\$66,719'704,463.36	8.2
5	Programa IMSS-Bienestar	19	\$20,628'230,578.00	2.5
	Subtotal		\$703,236'675,399.89	86.4
	Los demás programas presupuestarios		\$110,915'624,793.18	13.6
	Total		\$814,152'300,193.07	100

Fuente: elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) al cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia de SHCP.

Distribución financiera del presupuesto federal

En 2008, en México se publicó la Ley General de Contabilidad Gubernamental, para establecer los criterios y armonización de la contabilidad gubernamental y la emisión de información financiera de los entes públicos, mediante el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC) y su instrumentación a través del Clasificador por Objeto del Gasto (10).

La clasificación económica se presenta por Tipo en: Gasto Corriente; de Capital; Amortización de la deuda y disminución de pasivos; Pensiones y Jubilaciones; y Participaciones.

La clave para el mayor nivel de agregación del Clasificador por Objeto del Gasto es por “Capítulo”, que sirve para identificar conjuntos homogéneos y ordenados de bienes y servicios requeridos por las Entidades y Dependencias de todos los niveles de gobierno. Los Momentos contables son: Aprobado, Modificado, Devengado, Ejercicio, Ejecutado y Pagado.

El Monto Aprobado son las asignaciones presupuestarias anuales comprendidas en el Presupuesto de Egresos a nivel de clave presupuestaria en el caso de los ramos autónomos, administrativos y generales, y a nivel de los rubros de gasto que aparecen en las carátulas de flujo de efectivo para las entidades.

El Monto Pagado es el momento contable del gasto que refleja la cancelación total o parcial de las obligaciones de pago, que se concreta mediante el desembolso de efectivo o cualquier otro medio de pago.

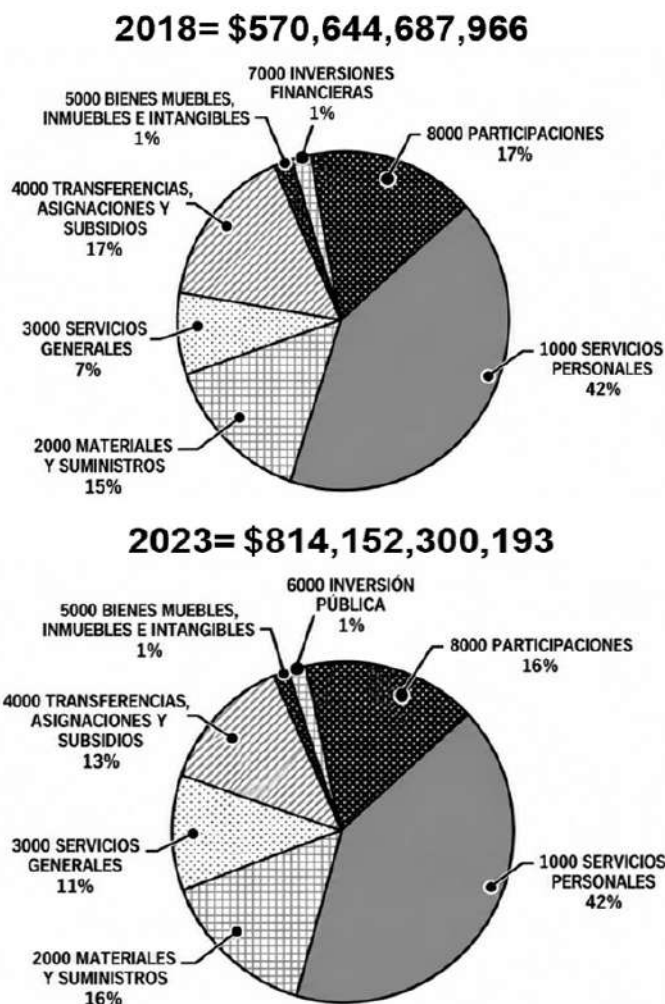
Cuadro 4. Porcentaje de distribución por tipo de gasto en los años 2008, 2012, 2018 y 2023

	2008	2012	2018	2023
<i>Importe PEF/ Monto pagado</i>	\$291,460,172,511	\$422,551,447,618	\$570,644,687,966	\$814,152,300,193
	2008	2012	2018	2023
Gasto corriente	96.9	97.6	96.1	96.1
Gasto Capital/ Inversión	3.1	2.4	3.9	3.9
Pensiones	ND	ND	1.0	1.0

Fuente: elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) anual 2008, 2012 y 2018 y al cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia de SHCP.

En los años señalados, el gasto corriente representa un porcentaje similar, siendo moderadamente mayor en los últimos años el gasto de capital o inversión.

Gráfico 5. Porcentaje de presupuesto federal por Capítulo.



Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF Anual 2018 y al Cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia SHCP

Comparando 2018 y 2023 por Capítulo, los Servicios personales generan el mayor gasto en ambos años, las transferencias observaron una disminución de 4% y servicios generales un incremento del 4%, los otros capítulos mantienen su porcentaje.

Distribución del presupuesto federal en salud por fuente de financiamiento

La fuente de financiamiento es utilizada para identificar las asignaciones conforme al origen de su financiamiento se clasifica en recursos fiscales, propios, o provenientes de crédito externo o donativo del exterior.

Cuadro 5. Porcentaje de distribución por fuente de financiamiento en los años 2008, 2012, 2018 y 2023

<i>Importe PEF/ Monto pagado</i>	2008	2012	2018	2023
	\$291,460,172,511	\$422,551,447,618	\$570,644,687,966	\$814,152,300,193
	2008	2012	2018	2023
Contraparte nacional	0.19	-	-	-
Gasto financiado con recursos del BID-BIRF y otros	0.01	-	-	-
Ingresos Propios	42.88	36.3	37.9	41.7
Recursos fiscales	56.93	63.7	62.1	58.3

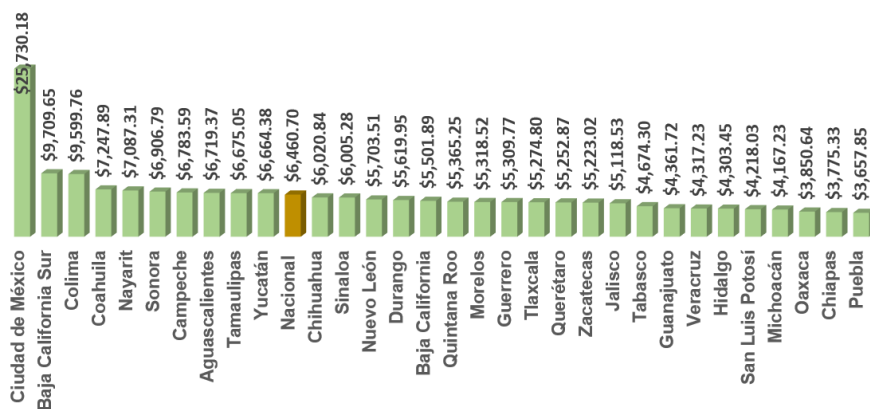
Fuente: elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) anual 2008, 2012 y 2018 y al cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia de SHCP.

En 2008 se observó financiamiento proveniente de crédito externo, en 2012 y 2018 un porcentaje similar entre ingresos propios y recursos fiscales. En 2023 aumentan moderadamente los recursos propios y disminuyen los recursos fiscales.

Distribución de presupuesto federal en salud por entidad federativa

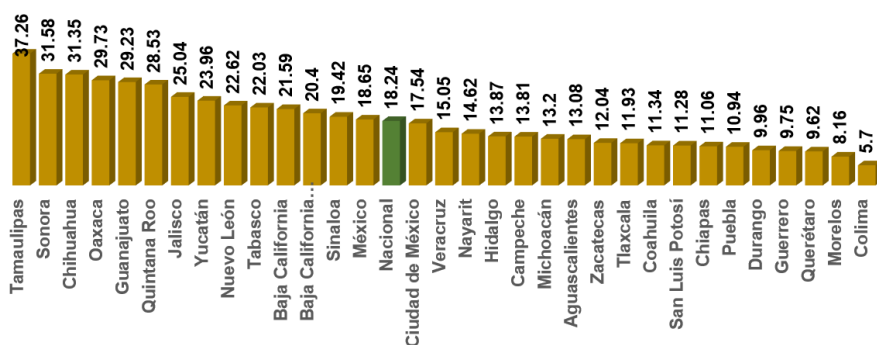
La distribución de los Ramos 12, 33, 47, 50 y 51 se observa a las 32 entidades federativas. El 7 y 13 a entidades en específico. El 19 solo a la ciudad de México.

En el siguiente gráfico del Monto pagado del Presupuesto federal Per Cápita, la Ciudad de México es más de cuatro veces superior a la media nacional. Algunas Entidades federativas del norte observan mayor gasto per cápita en relación a los estados del centro y sur de México.

Gráfico 6. Monto pagado del Presupuesto Federal Per Cápita por Entidad Federativa, 2023.

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF al Cuarto trimestre 2023. Datos abiertos del Portal de Transparencia SHCP. Estimación Per cápita con datos de Población del Censo 2020 con datos disponibles en: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos>.

Con los datos del último año disponible de los Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud emitidos por la Secretaría de Salud para el año 2022, se observa la diferencia de la aportación de las entidades federativas al gasto en salud, con un rango de variabilidad de 10 veces entre Tamaulipas y Campeche y un promedio de 18.2% a nivel nacional.

Gráfico 7. Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población sin seguridad social, 2022.

Fuente: Elaboración propia con datos del Indicador 54 de Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud. Disponible en www.gob.mx/Salud. 2022

Conclusiones

En México, el mayor porcentaje del presupuesto en salud es financiado por el ámbito federal, regidos por un marco legal y un modelo de gestión para resultados implementado desde 2008, que armoniza la planeación, programación, presupuestación, ejercicio, control, evaluación y rendición de cuentas de todos los programas de la administración pública.

El presupuesto total del PEF de 2008 al 2023 observó una tendencia ascendente, con mayor incremento en los últimos años y un porcentaje entre 9 y 10% del total aprobado, destinado a salud.

El presupuesto federal por ramo ejecutado en salud observa pocos cambios en su distribución en el período estudiado. Las instituciones de seguridad social tienen poco más del 60% del recurso. El Ramo 33 FASSA consideraba un programa para cada entidad federativa y actualmente es solo un programa que transfiere recursos a las entidades federativas, pero sigue siendo el mismo propósito de fortalecimiento de aportaciones a la salud de las entidades federativas y municipios.

Las instituciones de seguridad social, IMSS e ISSSTE, Defensa Nacional y Marina son consistentes en su programación y presupuestación en los años observados.

El presupuesto de los programas del ramo 12 que atienden a población sin seguridad social son los que cuentan históricamente con mayor dispersión en su programación y asignación de unidades responsables, que incluyen áreas de estructura normativa de la Secretaría de Salud, los Institutos Nacionales de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y se diluye la responsabilidad de los ejecutores del gasto.

No obstante, la reiterada bibliografía que señala la importancia de inversión en actividades institucionales de protección, promoción y prevención en salud, éstas tienen un bajo porcentaje de recursos en relación a los servicios de atención curativa o de rehabilitación, lo cual genera mayores costos en la atención y limitaciones para fortalecer la atención primaria en salud para ser congruentes con las necesidades de salud y perfil epidemiológico de la población mexicana: estilos de vida, envejecimiento, altas prevalencias de enfermedades crónico degenerativas, embarazo en adolescentes, salud mental y discapacidad. Con la generación de recursos formadas para su atención (7).

En la misma situación está la función de rectoría mediante la cual la Secretaría de Salud fortalecería la conducción, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, funciones de la salud pública y

armonización de la provisión de servicios, en el sector público y privado y el ámbito federal y estatal (11).

Los resultados observados en este trabajo reiteran los múltiples desafíos sobre el financiamiento identificados por el INSP “relacionados con la recolección, asignación y ejecución de los recursos”. La asignación a un sector salud segmentado, los fondos presupuestales que provienen de distintas fuentes y están regulados por distintas leyes y tienen mecanismos de ejecución y rendición de cuentas diferentes; dirigidos a distintos grupos de población con asignaciones desiguales per cápita, lo que obstaculiza la rectoría, perpetúa las brechas de desigualdad y acceso, principalmente para la atención de padecimientos crónicos y genera ineficiencias importantes (7).

“El problema fundamental actual es el desorden de la estructura presupuestal y la forma de gestionar los recursos para los servicios de salud para la población en general, para convertirlos en infraestructura, en programas y en servicios de calidad” (12).

El presente análisis muestra evidencias objetivas sobre la complejidad de la distribución presupuestal para la atención de las necesidades de salud de la población mexicana y el entramado histórico, legal, organizativo, financiero y político del sistema nacional de salud y pretende provocar el diálogo y exhortar al acceso y uso de los datos estadísticos sobre el presupuesto en salud, que está al alcance de las personas que quieran conocerlo, lo cual sería deseable y motivaría el involucramiento de los profesionales de la salud para contribuir con una participación social, colegiada e informada al rediseño del sistema de salud que necesita México.

La inclusión del análisis financiero para definir las estrategias y acciones en los planes de desarrollo principalmente nacional, pero también estatal y municipal es fundamental para superar las inercias históricas del Sistema de Salud en México y transitar gradualmente al que demanda de manera urgente la sociedad para la atención de las necesidades de salud.

Referencias bibliográficas

1. Matus-López, M. (2023). La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina.
2. Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud>
3. SHCP (2024) Disponible en: <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/Datos-Abiertos>.

4. CPEUM (2024) Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos. Cámara De Diputados. Del H. Congreso De La Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 24-01-2024
5. SHCP (2011) Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados. Disponible en: <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-dise-no-de-la-matriz-de-indicadores-para-resultados>.
6. Frenk J. (1993). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. Hacia una nueva salud pública. FCE.SEP. México.
7. (INSP 2018). Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/4807-salud-publica-atencion-primaria.html>
- 8 OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
9. Ley Federal De Presupuesto Y Responsabilidad Hacendaria. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 2006. Última reforma publicada DOF 13-11-2023
10. Ley General de Contabilidad Gubernamental. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre 2008. Última reforma publicada DOF 30-01-2018
11. Organización Panamericana de la Salud. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas. Washington, D.C.: OPS, © 2007.
12. Espinosa Hernández Jorge. Salud a la Deriva. Sobre la necesidad de un nuevo diálogo acerca del sistema de salud en México. Septiembre 2021. México.

Sección V:

**La actualidad en políticas
públicas en salud**

El modelo de atención a la salud vigente en México

Igor Martín Ramos Herrera

María Guadalupe Galván Salcedo

María Elena Guadalupe Casillas García

María Micaela García Zárate

El presente capítulo tiene como objetivo describir el modelo de atención a la salud que prevalece actualmente en México. Para ello se recomienda conocer previamente cuáles son los modelos de atención existentes y cuál es el sistema de salud mediante el cual se organiza y administra la salud en el país. La obra completa en la que se inscribe este capítulo describe de forma detallada el sistema de salud mexicano, por lo que mencionaremos brevemente el tipo y las características generales de nuestro sistema de salud y recomendamos que se lean los capítulos correspondientes en esta misma obra. Por tanto, enfocaremos nuestra explicación en definir qué es un modelo de salud y cuál es el modelo de atención vigente en nuestro país.

Modelos de salud y modelos de atención a la salud

El término *modelo de salud* puede tener dos interpretaciones: la primera hace referencia a aquellas representaciones que explican el proceso salud-enfermedad y permiten comprenderlo y abordarlo, mientras que la segunda se refiere a aquellas representaciones que definen cómo se organizan los servicios de salud, es decir, los llamados sistemas de salud de los países.

Respecto a la primera interpretación, es decir, los modelos del proceso salud-enfermedad, Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón[1] describen un modelo

de salud como una representación simplificada del proceso salud-enfermedad, pero desde una postura ontológica, como una forma de entender a la sociedad y al Estado, para organizar y ofrecer los servicios de salud. Ellos identifican tres modelos del proceso salud-enfermedad: 1) el modelo canadiense que establece cuatro determinantes: estilo de vida, ambiente, factores biológicos y los servicios de salud; 2) el modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con tres determinantes: el estructural, el intermedio y el proximal; basados en un enfoque de riesgo, y 3) el modelo histórico-social o de determinación social, que busca las raíces de las desigualdades sociales que inciden en la salud. El modelo de determinantes sociales de la salud, definido por la Organización Mundial de la Salud[2] con base en la propuesta de Mark Lalonde en 1974, genera una explicación más profunda e integral del proceso salud-enfermedad, establece que un modelo de organización de los servicios de salud se refiere a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva. Este modelo es el que se ha utilizado como base para la definición de varios sistemas de atención a la salud en Latinoamérica.

El sistema de salud en México

La segunda interpretación de un modelo de salud, como representación de la organización de los servicios de atención a la salud, es la que permite describir cómo se encuentra organizado el sistema de salud de nuestro país. En México, el sistema de salud ha sido tradicionalmente mixto, es decir, que coexisten tanto instituciones públicas como privadas para prestar los servicios de salud a la población. Los componentes clave del sistema de salud mexicano son los siguientes [3]:

Instituciones públicas:

- Instituto de Salud para el Bienestar o Insabi (desaparecido), ahora Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar: IMSS Bienestar. En el año 2018 el Insabi sustituyó al Seguro Popular; el 31 de agosto de 2022 se creó el IMSS Bienestar; en mayo de 2023 desaparece el Insabi y sus funciones se integran al IMSS Bienestar. Esta nueva institución fue establecida por el gobierno previo para proporcionar servicios de salud a la población abierta, buscando garantizar el acceso a los servicios médicos básicos y medicamentos gratuitos para quienes no cuentan con ningún tipo de seguridad social. El IMSS Bienestar es un

organismo público descentralizado de la administración pública federal, sectorizado en la Secretaría de Salud. Provee y garantiza la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos, asociados a las personas sin seguridad social, y en coordinación con la Secretaría de Salud, regula las acciones para una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es una de las principales instituciones de seguridad social en México y cubre a trabajadores asalariados. Proporciona servicios médicos desde el primero hasta el tercer nivel de atención, tanto quirúrgicos como hospitalarios; asimismo, ofrece prestaciones económicas en caso de enfermedad, maternidad, invalidez y otros casos.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ofrece servicios de salud y seguridad social a los empleados del gobierno. Al igual que el IMSS, proporciona servicios médicos en los tres niveles, tanto quirúrgicos como hospitalarios, así como prestaciones económicas similares.
- Secretaría de Salud. Ésta es una dependencia directa del Gobierno federal, que es encargada de coordinar las políticas de salud pública en el país y supervisa los servicios de salud y programas preventivos. También ofrece servicios de salud en sus tres niveles, a través de instalaciones propias. No ofrece prestaciones económicas ni de tipo de seguridad laboral.

Sector privado:

- Servicios médicos. Existe una gran oferta de servicios médicos por parte de los profesionales de la salud, con cobro directo a los usuarios. Se ofrecen estos servicios desde medicina general, especialidad y alta especialidad; a través de consulta directa en el domicilio de los pacientes o en el lugar en que sean requeridos, con lo que alcanzan a un mayor número de pacientes que puedan pagar por este servicio particular.
- Servicios de imagenología y laboratorios. Por su parte, existe también una cantidad importante de empresas que ofrecen estos servicios con costo directo para el usuario.
- Existen hospitales y clínicas privadas en todo México que ofrecen servicios de atención a la salud a aquellas personas que tienen recursos suficientes para pagar, por ellos o a quienes cuentan con seguros de gastos médicos privados.

- Seguros privados de salud. Son empresas que se contratan por parte del paciente o empresas para cubrir gastos de atención en los distintos niveles y servicios. El costo de estos seguros lo paga el usuario directamente a las empresas aseguradoras, quienes, a su vez, cubren los gastos a los médicos tratantes, los hospitales o los servicios de imagen o gabinete.

Farmacias y consultorios privados:

- En México también hay una amplia red de farmacias y consultorios privados que brindan servicios médicos básicos y venden medicamentos a quienes solicitan los servicios. Estos consultorios pueden ser: adyacentes a farmacias (CAF) o consultorios médicos independientes (CMI).

Por su parte, algunos de los principios fundamentales de nuestro sistema de salud incluyen:

- a. Atención primaria: el sistema de salud promueve la atención primaria como piedra angular. Se busca ofrecer servicios de atención médica preventiva, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades comunes en las primeras etapas.
- b. Acceso universal: el objetivo es garantizar el acceso universal a los servicios de salud, especialmente para aquellos que no cuentan con seguridad social o recursos para acceder a la atención médica privada.
- c. Enfoque preventivo: se pone énfasis en la prevención de enfermedades a través de programas de vacunación, promoción de la salud, campañas de educación y detección temprana de enfermedades.
- d. Red de instituciones públicas: las instituciones públicas como el IMSS Bienestar, IMSS e ISSSTE desempeñan un papel importante en la prestación de servicios médicos a diferentes segmentos de la población. Cada institución tiene su propia cobertura y se encarga de proporcionar atención médica a sus beneficiarios.
- e. Participación del sector privado: el sector privado también contribuye al sistema de salud, ofreciendo servicios médicos para aquellos que pueden pagar por ellos y aliviando la carga del sistema público.
- f. Coordinación entre niveles de atención: se busca una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención, desde los centros de salud hasta la atención especializada en hospitales.

Es importante tener en cuenta que el sistema de salud en México ha experimentado cambios y reformas a lo largo de los años y el surgimiento del IMSS

Bienestar en 2022 ha sido una de las últimas iniciativas para ampliar la cobertura y mejorar el acceso a servicios de salud. A continuación, se revisa el modelo de salud adoptado actualmente por nuestro país.

El modelo de atención a la salud en México

En el año 2023 se llevaron a cabo cambios significativos en la forma de organizar los servicios de salud, que hasta la fecha han sido mixtos, como vimos anteriormente, pero que a partir de este año se ofrecerán con base en la organización de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar). Este modelo de atención se basa en la atención primaria en salud integrada, con una visión de ser un sistema de salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con enfoque en los grupos poblacionales en condición de vulnerabilidad.

La misma Secretaría de Salud explica que el modelo IMSS Bienestar fundamenta su organización en el ciclo de vida de las personas y en los determinantes sociales de la salud, así como en las necesidades de la población. Con base en la atención primaria, está orientado a prestar servicios de promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación y los cuidados paliativos.[5] Su organización se hará desde la creación de distritos, con centros coordinadores que ofrecerán los servicios de salud pública y los servicios esenciales de salud colectiva. Finalmente, todo esto se mantendrá con la generación y revisión de las políticas públicas de salud, acciones de monitoreo y evaluación, asignación de recursos e incremento del acceso de la población a los establecimientos distritales donde se ofrezcan los servicios de salud.

No obstante, antes de estos institutos los servicios de salud eran regulados por los *Sistemas Estatales de Salud*: cada estado administraba sus propios recursos y servicios. Posteriormente, a finales del año 2003 inició el *Seguro Popular*, el cual buscaba dar apoyo médico para las personas sin seguridad social.[1,9]

Como tal, el Seguro Popular buscaba estandarizar y ampliar la cobertura de salud por medio de esfuerzos estatales y federales, así como de iniciativas privadas y comunitarias. Posteriormente, en el año 2018 este programa se convirtió en el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), cuyo fin era ampliar esta misma atención y garantizar el acceso universal a los servicios de salud.[9]

El IMSS Bienestar responde al reto que significa transformar el sistema de salud de nuestro país, tomando como base la experiencia del Programa IMSS

Coplamar que nació en 1979 para brindar atención médica a la población de zonas con muy alta marginación en todo el país.

Con la creación de los Servicios de Salud IMSS Bienestar, el programa IMSS Bienestar se expande a todos los estados que han firmado el convenio con esta nueva institución, para garantizar servicios públicos de salud gratuitos y de calidad para las personas sin seguridad social.

Ya suman 23 estados en donde el IMSS Bienestar tiene a su cargo el mantenimiento y rehabilitación de la infraestructura, el abasto de medicamentos, el equipamiento, la basificación del personal de salud y la contratación de los médicos especialistas, para que los establecimientos de salud del IMSS Bienestar cuenten con todo lo necesario para brindar servicios de salud públicos, gratuitos y de calidad a quienes más lo necesitan.

Referencias bibliográficas

- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., y Calderón, C. (2017). El modelo de la oms como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev. Salud Pública*, 19(3), 393-395.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Modelos de atención en salud*. en: <https://www.paho.org/en/topics/health-care-models>
- Gómez, D. O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública México*, 53(supl. 2), S220-S232.
- Gobierno de México. (2024). *Instituto de Salud para el Bienestar*. <https://www.gob.mx/insabi>
- Gobierno de México. (2024). *Secretaría de Salud*. <https://www.gob.mx/salud/>

Cumplimiento de México con políticas sanitarias internacionales (OMS, OPS, OCDE)

Víctor Manuel Gutiérrez Gómez

Rodrigo Miguel González Sánchez

México es miembro de diversas organizaciones internacionales relacionadas con la salud; de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como miembro fundador desde 1948; de Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud Región de las Américas, desde 1929 cuando se denominaba Oficina Sanitaria Internacional (fundada el 2 de diciembre de 1902), que cambió de nombre a Oficina Sanitaria Panamericana en 1947 y a Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1958, y que desde 1949 funciona como Oficina Regional de la OMS para las Américas. De la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como miembro fundador desde 1945, y algunos de sus otros organismos, además de la OPS/OMS, como UNICEF, FAO, UNFPA y UNESCO. De la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) desde 1994.[1,4]

Sistema de salud mexicano

Durante el siglo pasado el sistema de salud mexicano se fue integrando gradualmente de manera fragmentada en tres grandes sectores: seguridad social, atención a población abierta y atención privada. El sector de seguridad social lo han integrado los Servicios Médicos de Ferrocarriles Nacionales (1926) que desapareció en 2001, los Servicios de Salud de Sedena (1937), los Servicios Médicos de Pemex (1938), los Servicios de Medicina y Salubridad Naval

(1940), el IMSS (1943), el ISSSTE (1959), entre otros más, que funcionan como prestadores de servicios de salud independientes, que cubren a los trabajadores asalariados del sector formal (aproximadamente la mitad de la población). El sector de atención a población abierta ha estado a cargo del Departamento de Sanidad (1917) y de la Secretaría de Asistencia Social (1937) que se fusionaron en 1943 para dar origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se convirtió en Secretaría de Salud en 1984, cuando se adicionó el artículo cuarto de la Constitución, estableciendo el derecho a la protección de la salud, se aprobó la Ley General de Salud y los servicios de salud se descentralizaron, pasando a los gobiernos de los estados, operados por los Servicios Estatales de Salud (SESA). En 2004 se estableció el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) brindando atención a la población no derechohabiente a través de un catálogo de servicios, que incluía un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que cubría enfermedades graves y de alto costo, con financiamiento federal, estatal y de cuotas de los afiliados, siendo operado como proveedores de servicios los SESA y prestadores privados acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. En 2020 el Seguro Popular fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) y posteriormente por el IMSS-Bienestar, como un sistema centralizado operado por la Federación, como proveedor de atención médica que al momento ha absorbido a los SESA de 23 estados, dejando de financiar a los SESA y proveedores privados.[5,6]

OPS/OMS

México ha trabajado en colaboración continua con la OPS y la OMS. Con la ratificación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) desde su primera versión publicada en 1951, y en sus actualizaciones en 1969 y 2005, la implementación de planes, programas y estrategias globales, la ratificación de acuerdos y la participación en iniciativas de la OMS y OPS, además de las iniciativas propias, México ha logrado grandes avances en salud desde la década de 1950. México ha implementado la normatividad requerida en materia de salud, incluyendo leyes, reglamentos, normas oficiales, guías de práctica clínica, lineamientos y programas. Ha construido una amplia infraestructura en salud que ha pasado por periodos de auge y periodos de poco o nulo crecimiento que en gran parte ha dependido de las instituciones públicas proveedoras de salud. También, ha fortalecido la vigilancia epidemiológica a través de la creación de redes de monitoreo, respuesta a emergencias, prevención y control de enfermedades y promoción de la salud que han llevado al control de enfermedades transmisibles

con disminución de sus tasas de morbilidad y mortalidad, la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la disminución de las tasas de mortalidad general e infantil, gran cobertura en vacunación e instauración de la Cartilla de Vacunación en 1978 que se convirtió en un Sistema de Cartillas Nacionales de Salud en 2003, incremento en la esperanza de vida, promoción de la lactancia materna, el establecimiento de laboratorios estatales, acciones para el control del tabaco, acciones en pro de la seguridad del paciente, certificación y acreditación de establecimientos de salud, entre muchos más.[1,7]

La ONU

México ha adoptado diversas políticas de salud generadas por la ONU y sus organismos, como la Convención de los Derechos del Niño y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el año 2000 México adoptó los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio, para ser alcanzados en 2015, de los cuales tres corresponden al área de la salud: reducir la mortalidad en los niños, mejorar la salud materna y combatir el VIH/sida y otras enfermedades.[4]

Al respecto encontramos que en México la mortalidad infantil se redujo 43.9% entre los años 2000 y 2021, de 22.55 a 12.65 por 1,000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad neonatal disminuyó 59%, del 2000 al 2022, de 13.2 a 7.8 por 1,000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna incrementó en 4.6% del 2000 al 2020, de 56.53 a 59.13 por cada 100,000 nacidos vivos. La fecundidad adolescente disminuyó 17.9% del 2000 al 2024, de 72.3 a 59.3 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, aunque en 2012 alcanzó un pico máximo de 78.3. Del 2000 al 2018 la tasa de mortalidad ajustada por edad por causa del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) disminuyó 34%, de 4.8 a 3.2 por cada 1,000 habitantes (h) y la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles (ajustada por edad por 1,000 h) disminuyó de 87.9 a 61.2, con incrementos a 319.6 en 2020 y 330.0 en 2021 debido a la covid-19.[4,7]

Es importante mencionar que México presenta deficiencias importantes de cobertura, periodicidad y calidad de los datos reportados a la OPS/OMS y a la OCDE. Con base en los estándares establecidos por la OCDE (tabla1), incluso reportándose retroceso en la disponibilidad de indicadores y calidad de la información en los últimos 11 años.[8]

La OCDE

México ingresó a la OCDE en mayo de 1994, año en el cual también firmó el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Las políticas en

salud de la OCDE para México están orientadas al acceso universal, equidad entre los diferentes grupos de población, eficiencia del sistema de salud y en la asignación de recursos, gestión de los hospitales, calidad de atención, seguridad del paciente, prevención y promoción de la salud, fortalecimiento del financiamiento público, uso de datos y su análisis para la toma de decisiones, la salud digital incluyendo la interoperabilidad de los sistemas, la seguridad de los datos y el uso de tecnologías.[2,3,9]

México ha sido líder en la región de las Américas en muchos indicadores y programas de salud; sin embargo, en la OCDE ha ocupado y se ha mantenido en los últimos lugares en los indicadores, comparándolo con otros países miembros. Con base en los indicadores más recientes, entre los países miembros de la OCDE México se sitúa en los siguientes lugares:

Como peor país rankeado en 2021, por: cobertura en salud del 72.4% de la población general. Los trabajadores del sector sanitario y de las obras sociales constituyen el 3.2% de todos los empleados. El prepago obligatorio cubre el 50.1% del gasto total en salud. El gasto en salud *per cápita* es de 1,181 dólares (en 2022). Por cada 1,000 h se cuenta con tres médicos, 2.5 enfermeras, 7.2 trabajadores en hospitales y una cama hospitalaria. Cada persona recibe 1.5 consultas médicas anualmente. La esperanza de vida al nacimiento es de 75.4 años en la población general (promedio en la OCDE de 80.3 años). Las mujeres de 65 años tienen 15.8 años de esperanza de vida. Por cada 100,000 h se presentan tres egresos hospitalarios, 195 ingresos hospitalarios evitables, 1,534 defunciones, 665 muertes evitables prevenibles y tratables (435 muertes evitables prevenibles y 230 muertes evitables tratables) y 276 muertes por infarto agudo al miocardio y otras afecciones isquémicas del corazón. A los 30 días de la admisión hospitalaria por infarto agudo al miocardio la mortalidad es de 23.7 y de la admisión hospitalaria por enfermedad vascular cerebral en personas de 45 o más años la mortalidad es de 17.2%. Por cada 100,000 mujeres se realizan 1,603 cesáreas (2023). Por cada 1,000 nacidos vivos mueren 59.1 madres y 12 niños. En la población mayor de 15 años el 74% tiene sobrepeso y obesidad (36% de obesidad) y diabetes en 16.9% de los adultos.[9,10]

En el grupo de los países peor rankeados en 2021: los hombres de 65 años con 12.7 años de esperanza de vida. Estancia hospitalaria de cinco días en promedio. Por cada 1,000 h, 30 egresos hospitalarios. Por cada 100,000 h hay 8.7 graduados de enfermería y 14.9 de graduados de medicina. De los trabajadores de la salud, 36% de los administradores, 37% de los médicos y 38% de las enfermeras tienen la percepción de que cuentan con niveles de personal y lugar de trabajo adecuados. Por cada 100,000 h existen 7.6 camas

de cuidados intensivos en adultos. Por cada millón de h se cuenta con 11 equipos de tomografía, resonancia magnética y escáner PET. El 20.2% de las mujeres de 50 a 59 años se realizaron mamografía en los años previos y el 35% de las mujeres entre 20 y 69 años se realizaron prueba de tamizaje para cáncer cervicouterino en los últimos tres años. Anualmente se estiman 606 consultas presenciales por médico. Los registros médicos electrónicos se realizan en 30% de consultorios de atención primaria. En niños menores de un año, 86% fueron contra sarampión y 83% contra difteria, tosferina y tétanos DPT. El 62.8% de las cirugías de catarata se realizan ambulatoriamente. Gasto en salud correspondió al 5.7% del producto interno bruto (PIB) (2023), el gasto en salud *per cápita* fue de 1,181 dólares), y el 11% de la población contaba con seguros privados voluntarios.[9,10]

En el grupo de países rankeados dentro del rango promedio de los países de la OCDE en 2021, por: mortalidad de 60% en enfermedad vascular cerebral. Ocupación del 61% de camas hospitalarias. Muertes debidas a la polución del aire, 28.7 por cada 100,000 h. El 47.6% de las amigdalectomías se realizaron ambulatoriamente. Consumo diario de vegetales en 51% de la población. El 57% de la población está satisfecha con la disponibilidad de atención de calidad en salud. Gasto de bolsillo en salud del 3.9% del consumo final de los hogares (gasto en productos médicos 61%, atención ambulatoria 14%, atención dental 6%, manejo hospitalario 16% y otros 3%). El 54% de personas de 16 a 74 años buscaron información de salud en línea en los últimos tres meses.[9,10]

México se ubicó rankeado en mejor lugar que el promedio de los países de la OCDE en los siguientes indicadores: el 6.8% de la población mayor de 15 años es fumadora. Consumo *per cápita* anual de 5.1 litros de alcohol en población mayor de 15 años. El 91.8% de la población mayor de 65 años vacunado contra influenza. Tasa de 42% de las defunciones ocurridas en hospitales.^{9, 10}

En la tabla 2 se muestra la evolución de algunos indicadores de acuerdo con lo reportado por la OCDE. Los últimos indicadores publicados por la OCDE muestran un gasto en salud del 5.7% del producto interno bruto (PIB), en contraste con el 16.5% del PIB en Estados Unidos.

Conclusiones

En general México se apega a las políticas sanitarias internacionales recomendadas por la OPS/OMS, ONU, OCDE, y en la región de las Américas se encuentra dentro de los primeros lugares; sin embargo, al compararse con los países de la OCDE se encuentra en los últimos lugares en los indicadores para la salud.

Probablemente esto se deba a que México tiene un sistema de salud fragmentado, con diversos proveedores que trabajan verticalmente como conexión interinstitucional, además de la falta de continuidad en el modelo de atención a la población abierta, que ha sido muy cambiante de acuerdo con el partido político gobernante. Por otra parte, México trabaja mucho y hace un excelente trabajo en el aspecto normativo; sin embargo, es deficiente en la operación. Finalmente, la inversión en salud es baja y está orientada en gran proporción a los aspectos administrativos. México tiene grandes oportunidades para fortalecer su sistema de salud, iniciando por el fortalecimiento del registro de datos y generación de información confiable que sirva de base para una adecuada toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

- OPS/OMS. (2024). *Perfil de país: México*, 24 de septiembre. [Consultado el 24 de julio de 2024]. Disponible en <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/mexico#:~:text=La%20situaci%C3%B3n%20de%20salud&text=Entre%20el%202000%20y%20el%202021%2C%20la%20mortalidad%20infantil%20en,a%20la%20cobertura%20del%202000>
- OCDE. (s/f). *Publicaciones*. [Consultado el 24 de julio de 2024]. Disponible en <https://www.oecd.org/en/publications.html>
- OECD. (2016). *Reviews of Health Care Systems: Mexico*. París.
- ONU. (s/f). *Documentación de la ONU: Desarrollo*. [Consultado el 22 de julio de 2024]. Disponible en: <https://research.un.org/es/docs/dev/2000-2015>
- Gómez, D. O., Sesma, L., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex*, 53(supl. 2), S220-S232.
- Robledo, Z. (2024). La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública Méx.*, 66, 767-773.
- OPS. (s/f). *Portal de indicadores básicos. Región de las Américas*. [Consultado el 24 de julio de 2025]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>
- Saturno-Hernández, P. J., Acosta-Ruiz, O. A., Bautista-Morales, A. C., Poblano-Verástegui, O., y Vértiz-Ramírez, J. J. (2024). Calidad de la información en salud de México en el contexto de la OCDE 2017-2021. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102372 doi: 10.1016/j.gaceta.2024.102372
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. París: OECD Publishing. doi: 10.1787/7a7afb35.en
- OCDE. (s/f). *Datos. Estadísticas confiables que respaldan políticas basadas en evidencia*. [Consultado el 25 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/data/indicators.html?orderBy=mostRelevant&page=0>

Tabla 1

<i>Indicadores de la OCDE</i>		<i>Indicadores reportados por México</i>		
<i>Grupo de indicadores de la OCDE</i>	<i>Número de indicadores</i>	<i>Reportados al menos en un año</i> <i>n</i>	<i>Categoría de calidad de la información</i>	
			<i>Óptima</i> <i>n (%)</i>	<i>Óptima discontinua</i> <i>n (%)</i>
Estadísticas vitales y sociodemográficas				
Indicadores de salud de covid-19	2	2 (100)	2 (100)	0 (0.0)
Estado de salud	83	59 (71.1)	0 (0.0)	48 (81.4)
Determinantes no médicos de la salud	18	13 (72.2)	0 (0.0)	10 (76.9)
Referencias demográficas	8	8 (100)	5 (62.5)	3 (37.5)
Recursos y uso del sistema de salud				
Recursos para la atención	72	47 (65.3)	4 (8.5)	11 (23.4)
Utilización de los servicios en salud	88	70 (79.5)	1 (1.4)	1 (1.4)
Recursos y utilización de cuidados prolongados	5	0 (0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Calidad de la atención				
Indicadores de calidad de la atención	53	8 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Otros				
Migración de trabajadores/as en salud	4	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Protección social	3	3 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mercado farmacéutico	42	8 (19.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	378	218 (57.7)	12 (5.5)	74 (33.9)

Nota: En la primera columna vemos el grupo de indicadores sobre salud de la OCDE, en la columna dos vemos el número de indicadores que incluye cada grupo [que corresponde a cada fila]. En la columna tres se presenta la frecuencia de los datos reportados por México, 2017-2021 en cada indicador. En las columnas cuatro y cinco se presenta el grado de calidad de la información enviada por México.

Tabla 2

<i>Indicador</i>	<i>Inicial¹</i>		<i>Cifras reportadas por México por año</i>				
	<i>Año</i>	<i>Valor</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
Graduados de enfermería X 100,000 h	2000	1.6	10.4	10.6	10.5	11.9	15.5
Médicos graduados X 100,000 h	2000	9.3	11.8	10.1	10.6	10.9	12.4
Enfermeras X 1,000 h	1994	2.7	2.5	2.6	2.6	2.7	2.8
Médicos X 1.000 h	1994	1.5	2.1	2.1	2.2	2.3	2.3
Gasto en Salud % PIB	1999	4.1	5.4	5.5	5.3	5.5	5.3
Camas hospitalarias X 1,000 h	1994	1.2	1	1	1	0.9	0.9
Expectativa de vida al nacimiento Años	1994	72.3	74.9	75.2	75.1	75.1	74.8
Esperanza de vida a los 65 años. Años Mujeres Años Hombres	1994	17.8	18.8	18.9	18.8	18.7	18.7
		16.2	17.5	17.5	17.5	17.4	17.5
Consultas médicas anuales por persona	1994	2	3	2.8	2.6	2.7	2.6
Tasa de egreso hospitalario X 100,000 h	1996	3.9	4.6	4.6	4.5	4.4	4.3
Porcentaje de personas obesas en población de 15 o más años	2000	62.3	71.3	-			72.5
Porcentaje de vacunación contra influenza en mayores de 65 años	2006	51.1	68-7	79.0	82.6	-	94.4
Cesáreas X 100,000 mujeres	1994	1261	1667	1660	-	1730	1770
Tasa de mortalidad infantil. Muertes X 1,000 nacidos vivos.	1994	27.6	14.4	14.1	13.5	13.7	13.4
Muertes por cáncer X 100,000 h	1994	174	134	130	133	134	136

Nota: Se presentan los reportes de México a la OCDE en varios indicadores (filas). En la segunda columna encontramos el primer año en que México reportó por primera vez el indicador correspondiente, a partir de 1994, año de ingreso de México a la OCDE. En las columnas subsecuentes se encuentran los valores de los indicadores reportados por año, desde 2012 hasta 2023 (cuando el indicador no fue reportado se encuentra un guión). En las últimas dos columnas encontramos los países que reportaron el indicador más alto y el más bajo en el último año en que México lo reportó.

Tabla 2

<i>Cifras reportadas por México por año</i>							<i>Comparativo</i>	
<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>Máxim</i> ^{o2}	<i>Mínimo</i> ³
14.3	15.7	17.3	15.4	17.0	18.5	-	Australia 120.4	Colombia 8.7
13.3	12.2	13.7	11.5	14.9	14.9	-	Latvia 27.5	Israel 7.2
2.8	2.8	2.8	2.9	2.9	3	-	Suiza 18.4	México 3
2.3	2.4	2.4	2.4	2.5	2.5	-	Austria 5.45	México 2.56
5.3	5.2	5.3	6.0	5.8	5.7	5.7	E. U. A 16.6	Turquía 4.2
0.9	0.9	0.9	0.9	1	-	-	Corea 12.77	México 1.0
74.8	74.9	74.8	68.9	68.8	75.2	-	Japón 84.1	Latvia 74.5
18.9	19.0	19.1	16.0	15.8	-	-	Japón 24.7	México 15.8
18.3	18.1	18.1	13.7	13.9	-	-	29.5	Latvia 12.7
2.5	2.4	2.2	1.4	1.5	-	-	Corea 15.7	México 1.5
3.9	3.8	3.9	2.7	3.0	-	-	Alemania 21.7	México 3.0
-	75.2	-	-	75.2	-	-	México 75.2	Japón 26.7
88.4	78.7	77.1	71.5	80.1	91.8	-	México 91.8	Polonia 8.6
1811	1849	1887	1310	1488	1549	1603	México 1603	Noruega 303
13.7	13.3	13.9	10.5	10.2	-	-	Colombia 16.5	Japón 1.7
133	131	131	132	-	-	-	Hungría 280	México 132

1. Inicial. Año en que México reportó por primera vez el indicador, a partir de su ingreso a la OCDE.

2. Máximo. Corresponde al país que tuvo el valor máximo en el indicador correspondiente a la fila, en el último año reportado por México.

3. Mínimo. Corresponde al país que tuvo el valor mínimo en el indicador correspondiente a la fila, en el último año reportado por México.

Atención primaria en salud

Ismael Francisco Herrera Benavente

Aldanely Padrón Salas

La salud, tanto propia como la de nuestros seres queridos, es una de las principales preocupaciones en la vida cotidiana. Su deterioro o pérdida no sólo genera angustia y sufrimiento, sino también consecuencias económicas y disminución en la productividad. Actualmente se reconoce el derecho humano inherente a toda persona a disfrutar del nivel más alto de salud que se pueda lograr, sin distinción alguna. Para garantizarlo es indispensable asegurar un nivel de vida que incluya el derecho a un sistema de protección de la salud, y el acceso universal y oportuno a los servicios de salud; ambos determinantes de los sistemas de salud (ss).

La atención primaria a la salud (APS) es uno de los ejes fundamentales de los ss y se centra en las necesidades de las personas. Este enfoque contribuye a mejorar los resultados en salud, además de promover la equidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la APS es la forma más inclusiva, con un gran compromiso con la justicia social, equidad, solidaridad, participación y rentabilidad, para lograr la cobertura universal de salud (CUS).

Historia y definición

En el año de 1978, el Instituto de Medicina de Estados Unidos definió a la APS como: “la provisión de servicios integrados y accesibles, por clínicos quienes son responsables de dar respuesta a la gran mayoría de necesidades de salud personales, desarrollando una colaboración sostenida con pacientes, durante su práctica en el contexto de la familia y la comunidad”.³ En ese mismo año, en la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata*, se

identificó a la APS como la clave para alcanzar el objetivo de salud para todos, y se determinó que este modelo de referencia debía ser parte de los ss. Además, se estableció el concepto de la APS como la

[...] atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su completa participación, y a un costo que la comunidad y el país lo pueden soportar; a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.

Posteriormente, en el año 2003 la OMS estableció un enfoque a nivel de los servicios de salud, con cuatro elementos principales de la APS: 1) primer contacto de acceso para cada nueva necesidad en salud; 2) atención de largo plazo enfocada en la persona; 3) atención integrada para la mayoría de las necesidades de salud, y 4) coordinación de la atención, para acceso a otros profesionales cuando se requiere. Consecutivamente, en el año 2008 reconoció la necesidad de ampliar la visión desde la perspectiva de desempeño de la APS en los ss, con el propósito de que: “reflejara una convergencia entre los valores de la APS, las expectativas de los ciudadanos y los retos comunes del desempeño en salud, que son transversales en todos los contextos”. Para ello, los ss deberían incluir cuatro tipos de reformas que comprendieran avances en: 1) cobertura universal, para asegurar la contribución a la equidad en salud; 2) provisión de servicios, reorganizándolos con base en las necesidades y expectativas de la población, y centrando el sistema de salud en la persona; 3) políticas públicas, para integrar acciones de salud pública con la APS mediante intervenciones intersectoriales para protección de las comunidades, y 4) liderazgo inclusivo y participativo para dar respuesta a la complejidad actual de los ss. En este modelo se ubica a la APS como el componente del ss que coordina la respuesta integradora de todos los niveles de atención.

En octubre de 2018, en la *Conferencia de Astaná*, se aprobó el nuevo compromiso mundial con la APS para todos, una nueva declaración que enfatiza el papel fundamental de la APS en todo el mundo. La declaración tuvo como objetivo reorientar los esfuerzos en la APS por parte de la sociedad en general, en dar prioridad a la salud de las personas. Lo anterior, a través de ss sólidos, con servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles; para todas las personas en todas partes, prestados con

compasión, respeto y dignidad, por personal de salud profesional, competente, motivado y comprometido.

Por último, en el documento de la OMS y la UNICEF, *Una visión de la atención primaria de salud en el siglo XXI. Hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (de la traducción del inglés, *A Vision For Primary Health Care in the 21st Century. Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*) define: que la

[...] APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, y su distribución equitativa; mediante la atención centrada en las necesidades de la gente, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

La APS en el contexto de los sistemas de salud

Actualmente, la mitad de la población mundial sigue sin una CUS. Por lo que, ampliar las intervenciones en APS en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida de 3.7 años para 2030.

Los tres grandes soportes de la APS, que se complementan y refuerzan mutuamente a los SS son:

1. *Servicios de salud integrales*. Incluyen atención primaria, junto con funciones esenciales de salud pública.
2. *Acciones multisectoriales*. Políticas dirigidas a abordar los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud.
3. *Participación comunitaria*. Empoderamiento de las personas y comunidades para fomentar su autonomía y promover su involucramiento en el cuidado de la salud.

La APS adopta un enfoque integral que considera los determinantes sociales de la salud, abordando de manera interrelacionada los aspectos físicos, mentales, sociales y de bienestar general que definen a la salud. Este modelo asegura una respuesta sanitaria completa por parte de los SS, centrada en las necesidades individuales y poblacionales, con base en principios de equidad y atención oportuna. Sus características fundamentales incluyen:

1. *Atención continua.* Proporciona seguimiento a lo largo de todo el ciclo vital, superando el enfoque en enfermedades específicas.
2. *Cobertura integral.* Abarca desde la promoción de la salud y prevención, hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
3. *Accesibilidad.* Garantiza servicios de calidad en proximidad a las comunidades.

La APS es clave para una mayor resiliencia operativa de los ss ante situaciones de crisis sanitarias y emergentes, capacidad de vigilancia epidemiológica mejorada. Así como para la detección temprana de brotes y mecanismos de respuesta optimizados, que permiten una gestión eficiente de fluctuaciones en la demanda de servicios.

En América Latina, la implementación de un modelo de APS fortalecido resulta particularmente estratégico ante las barreras persistentes de acceso, la fragmentación de los servicios y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. En este contexto se han promovido el uso de intervenciones costo-efectivas desde la APS, integrando acciones intersectoriales y centradas en los determinantes sociales de la salud.

Discusión y propuestas

La APS requiere un enfoque intersectorial por parte de los diferentes sectores de la sociedad en todos los niveles, que integre la salud en el diseño e implementación de políticas públicas, mediante una estrategia gubernamental concordante. Esta integración debe tener como pilar la equidad e incorporar intervenciones que acompañen todo el curso de vida de la población, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad o situaciones de crisis.

El fortalecimiento de la APS se asocia con mejoras sustanciales en la equidad y el acceso a servicios de salud, así como con una mayor eficiencia y efectividad operativa de los ss. Además, se fortalecen los mecanismos institucionales de rendición de cuentas y un impacto positivo en los resultados de salud poblacional.

Es fundamental integrar los determinantes básicos de la salud, como lo son los prerequisites que incluyen: educación, vivienda, economía, equidad, alimentación, justicia social, y condiciones ambientales. Así como los determinantes de los ss, que incluyen a la protección social de la salud y servicios de salud, éstos influyen de manera directa sobre los perfiles epidemiológicos y las desigualdades e inequidades en salud. Este enfoque integral, centrado en la APS, resulta indispensable para tener individuos y sociedades más sanas, con mayor productividad y mejor calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- Doubova, S. V., Borja-Aburto, V. H., Guerra-y Guerra, G., Salgado-de Snyder, V. N., y González-Block, M. A. (2018). Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico. *Int J Qual Health C.*, 30(4), 83-290. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy012>
- World Health Organization, y United Nations Children's Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Ginebra: WHO/UNICEF. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/who-his-sdS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Scheffler, R. M., Weisfeld, N., Ruby, G., y Estes, E. H. (1978). A manpower policy for primary health care. *New Engl J Med.*, 298(19), 1058-1062. <https://doi.org/10.1056/nejm197805112981905>
- World Health Organization, y United Nations Children's Fund. (1978). *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Ginebra: WHO/UNICEF. [Citado 6 de mayo 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39228>
- Organización Mundial de la Salud, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Declaración de Astaná*. Ginebra: OMS/UNICEF. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328128/who-his-sds-2018.61-spa.pdf?sequence=1>
- Reyes-Morales, H., García-Peña, M. D. C., y Lazcano-Ponce, E. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública Méx.*, 17;66(5, sept-oct), 631-636. Español. doi: 10.21149/15744. PMID: 39977138.
- World Health Organization. (2003). *A global review of primary health care: Emerging messages: Global Report*. Ginebra, Suiza: WHO. [Citado 6 de mayo 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70199/who_mnc_osd_03.01_eng.pdf
- World Health Organization. (2019). *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, 25-26 october 2018*. World Health Organization. [Citado 6 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-his-sds-2018.61>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, noviembre 15). *Atención primaria de salud*. [Citado 14 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

El papel de los consultorios médicos asociados a farmacias en el primer nivel de atención

Rodrigo Miguel González Sánchez

Una de las mayores áreas de oportunidad para nuestro sistema de salud —esto, a decir de grandes médicos en el país— es el fortalecimiento del primer nivel de atención. Un primer nivel de atención vinculado al sector público, por supuesto, para primero resolver el derecho a la salud de la mayoría de la población; segundo, para tomar el pulso real de la salud comunitaria, y de esta forma establecer una mejoría en el sistema de vigilancia epidemiológica; y tercero, garantizar una atención médica de calidad, regulada, debidamente acreditada y con una disponibilidad evidente para toda la población.

La historia nos lleva al año de 1994, durante una transición política compleja con una devaluación sustancial y una situación económica por demás complicada para gran parte de la población. Fue entonces cuando el licenciado Víctor González Torres, hermano de Jorge González Torres y fundador del Partido Verde Ecologista de México, decidió fundar las Farmacias Similares “Fundación Best”. Aunado a este suceso, surgió una serie de cadenas de farmacias en el país: Farmacias Guadalajara (1942), Farmacias del Ahorro (1991), entre otras que agregaron los consultorios médicos a los negocios farmacéuticos, inclinando la balanza hacia la privatización del primer nivel de atención en México.

Actualmente gran cantidad de personas buscan atención en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) por la cercanía y lo accesible de la atención, económicamente hablando, para recibir orientación sobre resfriados comunes, seguimiento del embarazo y enfermedades crónico-degenerativas, las cuales se

han convertido en las consultas más frecuentes en el país. Los CAF han surgido como una respuesta parcial a la falta de crecimiento de nuestro sistema de salud, porque, en general, la población crece mucho más rápido que nuestro sistema de salud.

La Fundación Best, inicialmente una IAP y posteriormente una asociación civil, expandió su cobertura a través del país, incluyendo la Fundación del Dr. Simi A. C. con el lema “Unidos para Ayudar”. Esta fundación ha tenido gran éxito; brinda consulta médica a un bajo costo en áreas populares con el esquema del CAF, y surte medicamentos genéricos intercambiables, también de bajo costo. Se estima que ha asumido, junto a otras cadenas farmacéuticas, cerca de la mitad de las consultas de primer nivel de atención en México.

Los números actuales de la Fundación Best son 12'805,882 consultas de primer contacto al mes, con 8,601 consultorios y 16,782 médicos trabajando en estas instalaciones, sin contar los demás consultorios asociados a farmacias de las otras cadenas. Es un proyecto que ha trascendido fronteras y actualmente ofrece el mismo esquema en varios países de Latinoamérica. El incremento en sus funciones, como un laboratorio de análisis clínicos en algunas sucursales, la vacunación con algunos biológicos de baja calidad pero con alta demanda (DPT e influenza) y el reciente inicio de consulta de especialidad a bajo costo, propician no sólo una competencia desleal al gremio médico, sino también un riesgo para la población, desde la falta de acreditación del personal de salud, un dudoso manejo de la red fría y la falta de insumos adecuados para una atención de calidad.[1]

Una empresa, definitivamente muy exitosa, que ha acaparado no sólo el primer nivel de atención en México, sino que resulta en un escalón casi ineludible para el médico general recién egresado, obligado a malbaratar sus servicios, aceptando recibir de 35 a 50 pesos mexicanos por consulta médica y ganando una comisión por cada medicamento vendido que se surta de las bodegas de la farmacia similar.

La situación laboral que se impone a los médicos generales recién egresados, que no encuentran lugar en algún hospital, centro de salud o clínica del ahora pequeño sistema de salud mexicano, resulta en tener que atender al menos a 10 pacientes, para tener una remuneración cercana a los 500 pesos al día. Además de emitir una receta repleta de medicamentos de baja utilidad, inyecciones de ceftriaxona (v. g. una diaria por tres días), o multivitamínicos para completar su ganancia, lejos de favorecer la mejor calidad, distribución de la salud y la competitividad. También, encasilla a la mayoría de los jóvenes del gremio médico a buscar oportunidades secundarias o trabajos complementarios para lograr mantener un estilo de vida suficiente para sus familias.

Una empresa que ha sido a la vez reconocida como un estandarte en el dispendio de la salud en el país para la gente de bajos recursos. Esta misma población aprende el baile del Dr. Simi, lanza el peluche del Dr. Simi en los conciertos a nivel internacional, e incluso es parte de la decoración de dormitorios de muchos estudiantes de medicina en el país (p. ej., lo llevan hasta su baile de graduación). Por otro lado, esta empresa ha sido señalada en repetidas ocasiones por conductas irregulares como: tener medicamentos genéricos de baja calidad, al no cubrir la normatividad mexicana de genéricos intercambiables; por impulsar la “Ley Simi” en 2010, que consistió en poder surtir las recetas del IMSS cuando los derechohabientes no encontraban las medicinas en la institución pública, sin ninguna otra condición.

Su fundador, Víctor González Torres, “Dr. Simi”, ha asumido la postura de defender los derechos de los menos favorecidos y la necesidad que tienen de atención a la salud en las áreas más vulnerables. También intentó ser candidato presidencial en 2005 por la vía independiente, sin lograr el registro para tal causa en esa ocasión. Actualmente, su hijo, Víctor González Herrera, ha asumido el cargo de CEO de Farmacias Similares y preside el “Grupo Por un País Mejor”, continuando la misión de las dos organizaciones.[1]

En 2010, el licenciado Mikel Arriola, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), inició una estrategia nacional para regular el servicio médico en los CAF, reflejando en ese momento que existían 13,000 consultorios médicos anexos a las 28,000 farmacias que había en el país, reportando que se emitieron alrededor de 325,000 consultas diarias y casi 10 millones de pacientes al mes en ese momento, empleando a 32,500 médicos profesionales. Dicha estrategia la inició en tres etapas: 1) la de fomento de buenas prácticas sanitarias; 2) verificación de la normatividad, y 3) la aplicación de protocolo para mejorar la calidad de la atención médica y alentar la farmacovigilancia.[2]

Como parte de estas estrategias, se realizó la *Guía para las buenas prácticas sanitarias en consultorios en farmacias, con consultorio adyacente*. En ese momento se avisaba de 60 farmacias cerradas por infringir la ley, al no tener separación física entre la farmacia y el consultorio, por no contar con expediente clínico en algunas de ellas y por la falta del aviso de funcionamiento o del responsable sanitario en la farmacia.[2]

En esta guía, emitida en 2013 por la Secretaría de Salud y Cofepris,[5] se establecen los pasos a realizar en caso de tener una visita de fomento o verificación sanitaria. Afirma que los consultorios deberán sujetarse a la NOM-005-SSA3-2010 y apegarse al listado de elementos, lineamientos y normatividad que

se requiere tanto en la farmacia como en el consultorio asociado para poder laborar adecuadamente.

En un artículo publicado por el Banco Interamericano para el Desarrollo y Protección Social y autoridades nacionales e internacionales de salud pública; en particular de la Unidad de Epidemiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de la Universidad de Boston y del Instituto Nacional de Salud Pública en 2014, liderados por el investigador Ricardo Pérez Cuevas, se afirmó que los CAF se han convertido en un jugador importante del sistema de salud mexicano, pero ellos son “un elefante en la habitación”. Esta metáfora indica una realidad que ha sido ignorada o que cae en el territorio de una entidad de riesgo que no ha sido tomada en cuenta. Estos consultorios han funcionado por más de una década; sin embargo, su funcionamiento y regulación no han sido abordados por las autoridades en salud.

Los hallazgos de este estudio sostienen la noción de que los CAF tienen conflicto de interés, ya que un porcentaje significativo de sus usuarios está afiliado a una institución pública de salud y generan mayor gasto *per cápita* en la población; asimismo, emiten un alto número de medicinas prescritas, que otros proveedores del mismo servicio. Abordar estos aspectos a través de estudios rigurosos puede proveer evidencia pertinente para mejorar las políticas actuales farmacéuticas en México.[3]

En el artículo de Díaz Portillo publicado en 2014, se menciona que ha habido un incremento significativo en consultorios privados desde el año 2000 hasta 2014 (31 a 39%); éstos pueden dividirse en consultorios médicos independientes (CMI) y consultorios médicos adyacentes a farmacias (CAF).

La justificación de este estudio es que, a pesar de la relevancia del sector privado en México, existe una carencia de estudios que permitan caracterizar la infraestructura y el funcionamiento de los CAF en México; además, se desconocen aspectos laborales como el tipo de remuneración y la capacitación del personal médico.

Los resultados que arroja este estudio son:

Se recolectaron datos a través de la respuesta a cuestionarios. Se enviaron 94 invitaciones por correo electrónico; sólo 15 (15.6%) fueron respondidas. Se enviaron 1,030 cuestionarios a 18 entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal, de los cuales fueron respondidos 270 (26.21%); se tomaron en cuenta solamente 239, pues el resto no tenía los datos completos. De los participantes, 80 (36%) afirmaron trabajar en CAF y 159 (66,5%) en CMI.

Del total de la muestra, 56.3% eran mujeres, con edades entre 25 y 68 años. Todos los encuestados afirmaron tener título profesional de medicina, excepto

cinco (2%). Se encontró que los médicos de CAF tenían menor experiencia laboral (cinco años vs. 12 años en CMI) y menos estudios de posgrado que los médicos de CMI (61.2% vs. 81.8%). Sólo 120 (50.5%) de los médicos reportaron actualizarse en revistas médicas, de la misma forma que 150 (67.2%) han intentado ingresar a una residencia médica sin éxito.

Respecto al proceso de contratación y remuneración, se encontró que 18.7% de los médicos de CAF y 11.9% de CMI no tuvieron que mostrar su cédula para entrar a laborar, y que en 11.2% de los médicos en CAF y 10% en CMI sólo tuvieron como requisito para laborar el ser médico pasante. A su vez, el 36.2% de los médicos en CAF manifestó tener contrato verbal solamente.

Entre los motivos para trabajar, se encontró que los médicos de CAF manifestaron trabajar allí porque no encontraron trabajo en otra parte, por la flexibilidad en los horarios y para adquirir experiencia; mientras tanto, los de CMI buscan tener un mejor salario y crecer laboralmente ($p < 0.05$). Asimismo, los médicos de CAF reportaron recibir un salario base menor en comparación con los médicos de CMI (aproximadamente USD 418 vs. USD 672) ($p < 0.05$).

Dentro de la infraestructura y los servicios ofrecidos, el grupo de CAF cuenta con menor apoyo secretarial o de enfermería y no cuenta con computadora con internet y portal en internet durante la consulta, al compararse con CMI ($p < 0.05$). El 27.3% de médicos de CAF y 22.0% de CMI reportaron no utilizar historia clínica. En cuanto a aspectos de infraestructura mínimos en el consultorio, uno reportó no tener escritorio ni silla, y tres no contaban con mesa de exploración clínica; asimismo, 8.3% no tenía lavamanos, 17.5% no tenía iluminación natural, 16.7% no tenía ventilación natural y 12.5% no tenía espacio adecuado; aspectos que fueron señalados en la regulación. Los procedimientos realizados con mayor frecuencia en ambos grupos fueron: control prenatal, atención de urgencias y pruebas diagnósticas rápidas de consultorio (glucosa, orina). Se encontró, además, que 6.8% de los médicos de CAF y 13.2% de los de CMI reportaron atención de partos.

Hasta donde se conoce, éste es el primer estudio que indaga aspectos laborales como contratación y remuneración en CAF y CMI en México, así como el cumplimiento de la normatividad vigente en términos de infraestructura y servicios ofrecidos. Entre los principales hallazgos está el hecho de que médicos reportaron ejercer en CAF y CMI sin título profesional, y que ser médico pasante o médico interno de pregrado en algunos casos fue requisito suficiente para laborar en un consultorio, situación que contradice la normatividad vigente y que tendría que ser sancionada.[4]

La Encuesta Nacional de Salud (Ensanut 2022) presenta que 41.4% de la población está afiliada al IMSS, 8.1% al ISSSTE, 1.2% a otros servicios públicos,

48.8% no tiene seguridad social y 0.5% tiene un aseguramiento privado. En general, el 48% de toda la población se atendió en unidades privadas y 52% en el sector público; y de la atención privada, el 12% se atendió en CMi y el 36% en CAF cuando tienen una necesidad de atención, independientemente de su afiliación al servicio de salud que tengan.[6]

Conclusiones y propuestas

Los CAF representan una válvula de escape en la atención de los pacientes en el primer nivel de atención para el sistema de salud de México. Dada su importancia y el volumen de pacientes que atienden, ameritan mayor regulación e iniciativas para garantizar la calidad en la atención y fomentar una responsabilidad compartida con el sistema de salud de México. Las mejores prácticas, las instalaciones y la contratación adecuada de los médicos, resultan acciones imperativas para garantizar los derechos laborales de los trabajadores de la salud. El fortalecimiento del primer nivel de atención pública con mayores recursos y prioridad sustantiva por parte del Estado mexicano es un condicionante necesario para garantizar el derecho a la salud de calidad para toda la población.

Referencias bibliográficas

- <https://fundacionbest.org.mx>
- <https://www.gob.mx/cofepris/prensa/avanza-la-estrategia-para-regular-consultorios-en-farmacias-62847>
- Pérez Cuevas, R., Doubova, S. V. *et al.* (2014). Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: Secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*, 4. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004669
- Díaz Portillo, S. P. *et al.* (2015). Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: Infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública de México*, 57(4), julio-agosto.
- Secretaría de Salud. (2021). *Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias con consultorios adyacentes*. Secretaría de Salud. gob.mx/cofepris
- Bautista-Arredondo, S., *et al.* (2023). Utilización de servicios de salud en México: Cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*, 65(Suplemento), 1.

Historia y situación actual de la cobertura vacunal en México

Raúl Romero Cabello

Antonio Luévanos Velázquez

Rodrigo Romero Feregrino

Hablar de una de las medidas más efectivas en la salud pública sin duda representa un gran reto, ya que gracias a las acciones realizadas en forma continua y que se remontan al siglo XVIII para lograr combatir enfermedades infecciosas, sus complicaciones e incluso las defunciones que ocasionaban o que pueden ocasionar, siguen siendo un desafío. Claro que ahora, a través de la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías, las vacunas siguen representando un hito en la historia de la humanidad. Gracias a esos esfuerzos, en conjunto podemos decir con toda certeza que se salvan al menos tres millones y medio de vidas al año derivadas de estas acciones. Aún más, en los últimos 50 años, gracias al Programa Ampliado de Inmunizaciones implementado desde 1974, la vacunación ha evitado 154 millones de muertes, incluyendo 146 millones de *niños menores* de cinco años, de quienes 101 millones eran bebés menores de un año. Por cada muerte evitada, se ganaron 66 años de salud plena en promedio, *lo que se traduce* en 10.2 mil millones de años de salud plena ganados.[1]

Antecedentes en México

La historia de la vacunación ha tenido un largo viaje nada sencillo, pero sí exitoso, que data de la conquista europea con la aparición de la viruela, además de otras epidemias, incluyendo la más reciente ante el virus Sars-CoV-2 en

México, y que, gracias al desarrollo de nuevas vacunas con tecnología avanzada, marca un nuevo éxito en salud pública. Hay tanta historia que tratamos de sintetizar lo que consideramos de interés, ya que hacerlo detalladamente nos llevaría a desarrollar todo un libro.

Adaptamos el siguiente cuadro para tener un referente histórico únicamente.

Tabla 1. Hechos históricos relevantes en México

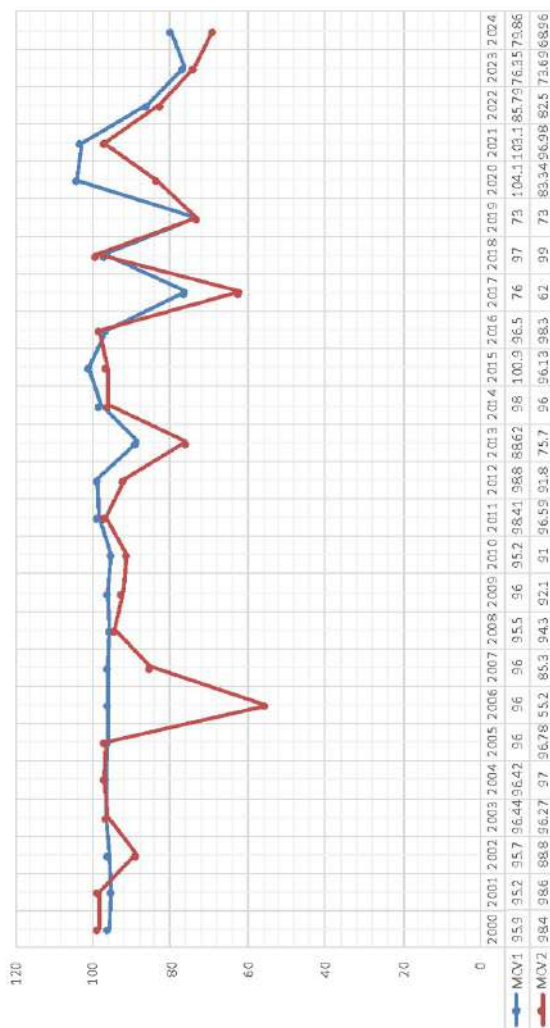
<i>Año</i>	<i>Hecho relevante</i>
1804	El doctor Francisco Balmis introdujo en México la vacunación antivariólica.
2018	Inclusión de la vacuna hexavalente acelular (DPaT+VPI+HB+Hib), difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, hepatitis B e infecciones por H. influenzae tipo b.
2020	Autorización de uso emergente de la vacuna contra covid-19. Inicio de la vacunación contra covid-19. Aplicación por última vez de vacuna oral bivalente contra la poliomielitis tipo Sabin.
2021	Campaña de seguimiento de vacunación contra el sarampión y la rubéola (SR) en niñas y niños de 1 a 4 años. Homologación de la vacuna hexavalente para uso en el sector salud.
2022	Modificación de edad para aplicación segunda dosis de SRP a los que cumplan 18 meses en ese año y para 2023-2026 para quedar establecida así subsecuente. Actualización de esquema de vacunación contra virus del papiloma humano (VPH) en niñas/adolescentes femeninas y en la población de mujeres cis y trans que viven con VIH.
2023	Se autoriza comercialización de vacuna contra covid actualizada.
2024	Campaña de vacunación contra el VPH en niñas y niños a partir de nueve años escolarizados y no escolarizados. Autorización de vacunas contra virus sincicial respiratorio (VSR) para aplicar a mujeres embarazadas y adultos mayores.
2025	Intensificación de vacunación contra sarampión. Intensificación de vacunación contra tosferina. Se retoman semanas nacionales de vacunación.

Fuente: adaptado de Gobierno de México-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. [s/f]. *Manual de vacunación*.

Coberturas vacunales

En los últimos 10 años, en el mundo y en México ha sido un periodo de fluctuaciones significativas en las coberturas de vacunación, mucho más notorio a raíz de la pandemia de covid, con retos importantes, y si bien es cierto que algunas recuperaciones se han logrado intensificando esfuerzos, las metas de cobertura óptima (generalmente 90-95%) no se han alcanzado consistentemente en todos los biológicos.

Gráfica 1. Cobertura vacunal en México MCV1 y MCV2

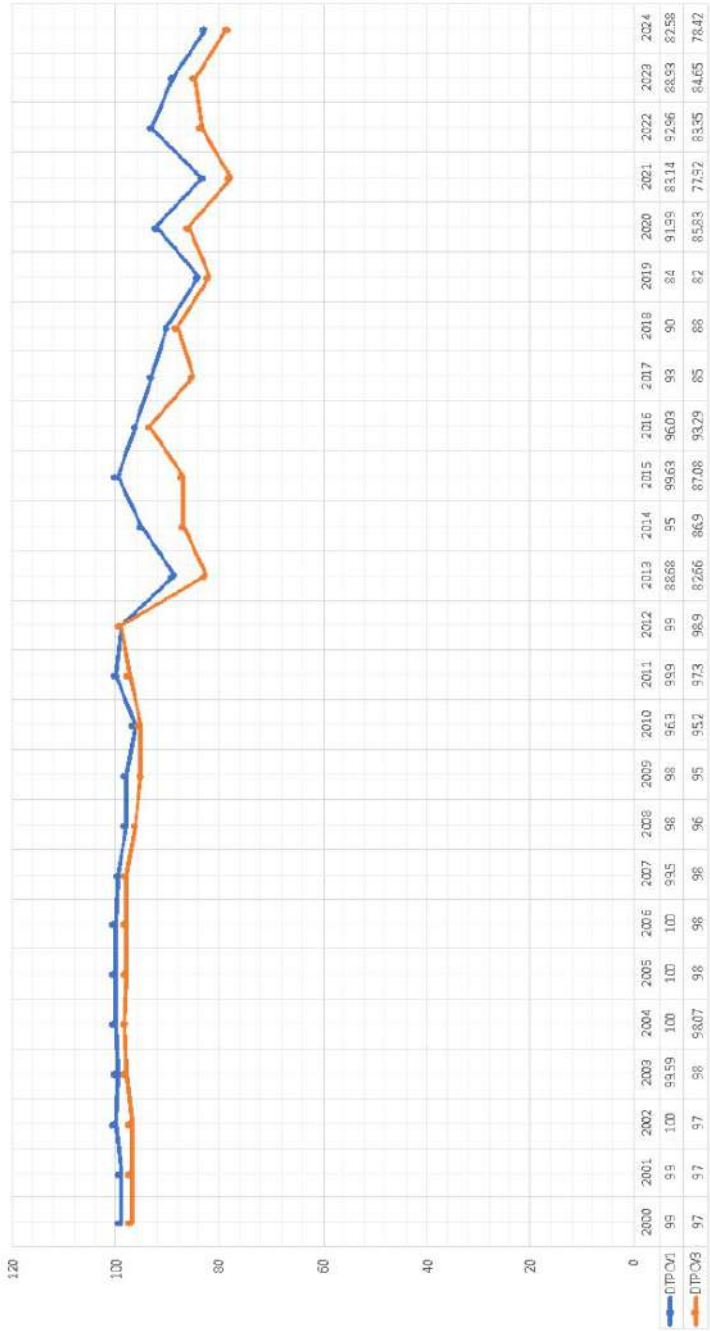


Fuente: OMS.

Las coberturas han evolucionado en los últimos años y se ha observado en diferentes fuentes de datos una tendencia a la baja en México. Un ejemplo de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el caso de la vacuna triple viral (SRP): las coberturas para la primera dosis (MCV1) se mantuvieron cercanas o por encima del 95% entre 2000 y 2012, pero a partir de 2012 se observa un descenso con caídas pronunciadas, con cifras por debajo de la meta en 2017 (76%), 2021 (85.7%), 2022 (76.3%) y 2023 (79.8%). La cobertura para la segunda dosis (MCV2) muestra una mayor inestabilidad, con caídas abruptas como en 2006 (55.2%) y nuevamente en 2015 (75.7%), y un preocupante descenso a partir de 2022, con sólo 73.6% en 2023 y 68.9% en 2024.

De manera similar, las coberturas de las vacunas pentavalente y hexavalente (DTP3-Hib-HepB) registran un descenso sostenido. Entre 2000 y 2012 ambas vacunas se mantuvieron por encima del 95%, con algunas excepciones, pero a partir de 2016 se ha observado una disminución constante. Para 2024 la cobertura es de 82.58% para la primera dosis (DTPCV1) y de 78.4% para el esquema completo con la tercera dosis (DTPCV3), lejos del umbral de protección colectiva. Esta caída representa una seria amenaza para el control de enfermedades como la difteria, tos ferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b, especialmente en una coyuntura de reemergencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

Gráfica 2. Cobertura vacunal en México DTP CV1 y DTP CV3



Fuente: OMS.

Así también observamos otros ejemplos como neumococo con una disminución de coberturas de 94 a 82% de 2016 a 2024 en la primera dosis y en la tercera dosis o dosis final de 92 a 76% en los mismos años.

Tabla 2. Cobertura vacunal con 1ª, 2ª y 3ª dosis de vacuna neumocócica conjugada en México

Country/ Region	Antigen	Data source	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Mexico	Pneumococcal conjugate vaccine, 1st dose	ADMIIN	82.47%	89.87%	93.58%	83.14%	91.28%	84%	89%	93%	94.83%
		OFFICIAL	82.74%	89.87%	93.58%	83.14%	91.28%	82%	89%	93%	94.83%
	Pneumococcal conjugate vaccine, 2nd dose	ADMIIN	80.17%	88.11%	84.59%	81.6%	92.16%	83%	90%	90%	94.81%
		OFFICIAL	80.17%	88.11%	84.59%	81.6%	92.16%	84%	90%	90%	94.3%
	Pneumococcal conjugate vaccine, final dose	ADMIIN	76.4%	77.9%	83.53%	83.34%	87.25%	85.9%	88%	92%	92.43%
		OFFICIAL	76.4%	77.9%	83.53%	83.34%	87.25%	86%	88%	92%	92.43%
		WUENIC		78%	84%	83%	77%	86%	88%	92%	92%

Fuente: OMS.

La misma situación la observamos en la vacuna del virus del papiloma humano, con caídas de vacunación hasta 0.45% en 2021, aunque con un aumento en 2023 a 57% y en 2024 a 97%.

Tabla 3. Cobertura vacunal con 1ª y 2ª dosis contra HPV en mujeres en México

Antigen	Data source	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
HPV Female, 1st dose	ADMIN	97.21%	57.75%							
	OFFICIAL	97.21%	57.75%	48.0%	0.45%	11.22%	97%	98%	99.21%	98.36%
HPV Female, final dose	ADMIN		57.75%	48.0%	0.45%	11.22%	97%	98%	99.21%	98.36%
	OFFICIAL		57.75%	48.0%	0.45%	11.22%	97%	98%	99.21%	98.36%

Fuente: OMS.

Las coberturas de vacunación, además de los datos administrativos antes mencionados, también se miden con las encuestas nacionales de salud. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2021-2023 evidencian una preocupante situación en las coberturas de vacunación en México. Nin-

guna de las vacunas evaluadas alcanzó la meta del 95% de cobertura, lo que refleja un riesgo potencial de reemergencia de enfermedades prevenibles. Las coberturas fueron especialmente bajas para el esquema completo al primer año de vida (45.6%) y a los dos años (32.4%), lo que indica una alta tasa de abandono. Las vacunas individuales mostraron variabilidad: BCG alcanzó 86.5%, rotavirus 81.3%, neumococo 68.9%, SRP 71.3% y la hexavalente apenas 63.7%. En comparación con años anteriores, se observa una disminución sostenida en la cobertura de BCG, hepatitis B y polio/DPT, mientras que las vacunas de neumococo y rotavirus experimentaron incrementos. Estos hallazgos destacan la necesidad urgente de fortalecer los sistemas de seguimiento, abasto y confianza pública en la vacunación para garantizar esquemas completos en la población infantil. Se concluye que de 2012 a 2021-2023 disminuyeron las coberturas de vacunación con BCG, hepatitis B y polio/DPT, y aumentaron las de neumococo y rotavirus.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2022 reveló que las coberturas de vacunación en adolescentes en México se encuentran muy por debajo de los niveles óptimos. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) presentó la mayor cobertura con apenas 43.7%, seguida de la vacuna contra el tétanos (38.5%), la doble viral SR (sarampión y rubéola) con 32.6% y hepatitis B con 31.7%. Estos datos reflejan un rezago importante en la protección inmunológica de este grupo etario, que es clave para prevenir enfermedades infecciosas prevenibles, incluidas aquéllas de transmisión sexual y con riesgo epidémico. La baja cobertura evidencia la necesidad urgente de fortalecer los programas de vacunación en adolescentes, garantizar el acceso equitativo a los biológicos y mejorar las estrategias de comunicación y seguimiento para alcanzar las metas nacionales e internacionales de inmunización.

También reveló que una proporción importante de la población adulta en México —incluyendo mujeres en edad fértil y personas mayores— no se encontraba protegida contra enfermedades prevenibles por vacunación. En el grupo de 20 a 39 años sólo el 27.4% contaba con la vacuna doble viral (sarampión y rubéola), y entre los adultos de 20 a 59 años apenas el 57.3% había recibido la vacuna con toxoide tetánico (Td) en los últimos 10 años. Particularmente preocupante es la situación de las mujeres de 29 a 49 años, con coberturas de sólo 18.7% para SR y 58.4% para Td, cifras insuficientes para prevenir la rubéola congénita o el tétanos materno y neonatal. En los adultos mayores de 60 años la cobertura fue de 48.8% para Td, 24.4% para antineumococo y 49.1% para la vacuna contra la influenza estacional, lo que indica una protección subóptima en un grupo especialmente vulnerable a complicaciones graves. Estos datos

subrayan la necesidad de implementar estrategias de vacunación dirigidas a la población adulta, con un enfoque de curso de vida y acciones focalizadas en mujeres en edad reproductiva y adultos mayores.

Se han realizado diferentes estudios sobre las necesidades y las causas de las bajas coberturas en el país, entre 2015 y 2027 se encontraron variaciones en los reportes mensuales de vacunación que indican bajas tasas de vacunación, índices altos de deserción al comparar primeras y terceras dosis aplicadas, la cobertura nacional de esquema completo se estimó en 48.9% (rango posible 38.3-59.6%), discrepancia considerable entre las cifras reportadas oficialmente sobre las coberturas, no se cuenta con información confiable que permita estimar las coberturas reales de vacunación, en los reportes oficiales hay una constante sobrestimación de las coberturas que ha creado una “falsa sensación de seguridad” y existe la posibilidad de que millones de niños y niñas en el país no estén recibiendo sus esquemas completos de vacunación o los reciban tardíamente.

En otro estudio de 2021, se encontró que ninguna cobertura estimada superó el 95%, salvo algunas vacunas, donde los grupos de edad más jóvenes son los que presentaron la cobertura más baja. Eso significa un mayor tiempo de riesgo de contraer enfermedades prevenibles y menos protección para la población no vacunada, se aplican muchas dosis de vacunas a la misma edad; sin embargo, la cobertura estimada entre estas dosis presenta diferencias significativas que han aumentado con el tiempo y también podrían estar reflejando la escasez crítica de vacunas, así como el rechazo de los cuidadores o proveedores de atención médica a aplicar múltiples dosis al mismo tiempo. Baja concordancia entre la cobertura estimada según los registros administrativos y las encuestas, y se deben cerrar brechas en la cobertura de vacunación entre poblaciones con mayor desventaja social, principalmente entre población con y sin seguro médico.

La Organización Panamericana de la Salud (ops) reporta el historial de desabasto de vacunas y suministros relacionados en México entre 2013 y 2020. Se observa que, a partir de 2015, comenzaron a incrementarse los episodios de desabasto, siendo más críticos entre 2017 y 2019. Vacunas como hepatitis B, DTP, triple viral (SRP), tétanos (TT) y Tdap presentaron múltiples años de desabasto consecutivo, lo que impactó negativamente en las coberturas. Esta situación evidencia una debilidad sostenida en la cadena de suministro nacional, que ha comprometido la aplicación oportuna de los esquemas de vacunación.

Tabla 4. Desabastecimiento de vacunas en México

MEX	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antineumo. conj.	●	●	●	●	●	●	●	
BCG	●	●	●	●	●	●	●	●
DTP	●	●	●	●	●	●	●	●
Fiebre amarilla			●					
HepB	●	●	●	●	●	●	●	●
Hib	●	●	●	●	●			
Influenza	●	●	●	●	●	●	●	●
IPV		●	●		●	●	●	
Polio	●	●	●	●	●	●	●	●
Rotavirus	●	●	●	●	●	●	●	●
Sarampión	●	●	●	●	●	●	●	●
Tdap		●		●	●	●	●	●
TT	●	●	●	●	●	●	●	●
Cajas de seguridad	●			●	●	●	●	●
Jeringas AD				●	●			
Jeringas desechables	●					●	●	
Jeringas para reconst.	●			●	●	●	●	

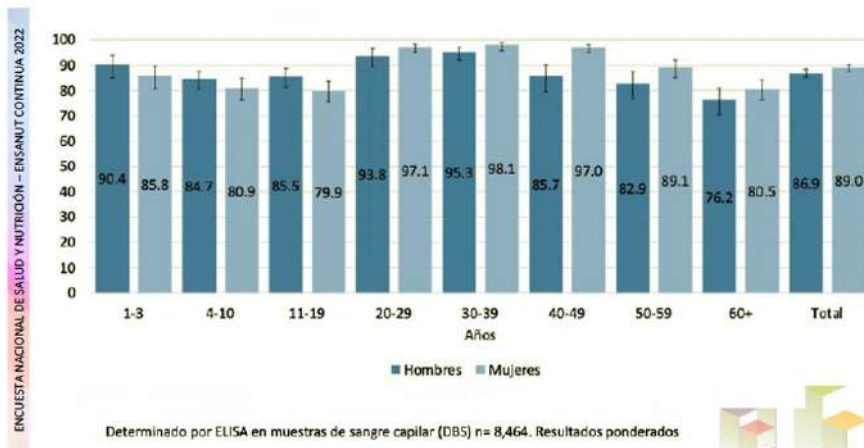
Fuente: OPS.

Se observa una diferencia entre los métodos de cálculo de las coberturas de acuerdo con datos administrativos o con encuestas, por lo que se han realizado estudios seroepidemiológicos para conocer las coberturas reales. Un análisis reciente basado en la Ensanut 2022 estimó el estatus serológico inducido por vacunación contra el sarampión en una muestra probabilística representativa de la población mexicana. La seroprevalencia fue de 82.4% (IC95%: 79.6-85.0%) mediante prueba de neutralización por reducción de placas (PRNT) y de 61.1% (IC95%: 58.6-63.7%) utilizando ELISA para IgG anti sarampión. Los adultos jóvenes fueron el grupo con menor inmunidad detectada: la seroprevalencia por PRNT fue de apenas 63.6% en personas de 20 a 29 años, 71.8% en el grupo de 30 a 39 años y 77.7% entre los 40 y 49 años. Estos hallazgos sugieren una baja cobertura de la segunda dosis de la vacuna o una disminución de la

inmunidad con el tiempo, especialmente en las cohortes nacidas entre 1989 y 2008, en las que ha habido escasa circulación del virus. Esta situación podría facilitar brotes en caso de introducción de casos importados de sarampión, dada la alta susceptibilidad en adultos jóvenes y adultos.

También se evaluó la prevalencia de positividad para anticuerpos anti tétanos mediante muestras de sangre capilar ($n = 8.464$), mostrando una cobertura inmunológica heterogénea según grupo de edad y sexo. Las personas entre 20 y 39 años presentaron las tasas más altas de seropositividad, superando el 95% en ambos sexos. En contraste, los grupos de edad extrema, particularmente los mayores de 60 años, mostraron los niveles más bajos, con 76.2% en hombres y 80.5% en mujeres. En el grupo de 11 a 19 años también se observaron coberturas subóptimas, especialmente en mujeres (79.9%). En general, la prevalencia total fue de 89.0%, lo que, aunque elevada, no alcanza niveles ideales de protección poblacional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los refuerzos en la adolescencia y la edad adulta, especialmente en adultos mayores, para garantizar una protección sostenida contra el tétanos a lo largo del curso de vida.

Gráfica 3. Prevalencia de positividad de anticuerpos anti tétanos



Fuente: Ensanut, 2022.

Los resultados de tres estudios recientes sobre los programas de vacunación en México revelan importantes deficiencias en la cobertura, adquisición y administración de vacunas clave. En el caso de la vacuna BCG, la cobertura fue inferior al 90% entre 2017 y 2020, alcanzando un mínimo crítico de

sólo 21% en 2020, lo que dejó a más de 3.9 millones de personas sin vacunar. Para la vacuna contra la influenza se identificaron inconsistencias en los datos oficiales y coberturas persistentemente bajas, con una media de 6.2 millones de personas no vacunadas al año y un desperdicio promedio de 1.7 millones de dosis anuales no aplicadas. Finalmente, el análisis del programa nacional de vacunación contra el VPH mostró fuertes fluctuaciones en la cobertura y una diferencia acumulada de 6.8 millones de dosis no administradas, así como 2.6 millones aplicadas por encima de lo oficialmente adquirido, lo que señala fallas en la planeación, control de inventarios y transparencia. En conjunto, estos hallazgos evidencian una gestión fragmentada e ineficiente que compromete la protección de la población frente a enfermedades prevenibles.

La evidencia demuestra que el programa de vacunación universal de México no está funcionando de manera óptima y tiene serias necesidades para su mejora, lo que pone en riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación a millones de personas, como se observó en 2025 con los brotes de tosferina y sarampión que hasta la semana epidemiológica 28 se habían confirmado un total de 3,360 casos confirmados de sarampión en 20 estados de la República, con 11 muertes. De los casos referentes al antecedente vacunal, se encontró que 92.1% (3,094) no cuenta con antecedente vacunal, mientras que el 4.2% (140) cuenta con una dosis de SRP y el 3.7% (126) cuenta con dos o más dosis de SRP. Sobre tosferina se identificaron 1,123 casos en los 32 estados de la República, con 59 defunciones en menores de un año sin antecedente de vacunación, y el 90.56% corresponde a menores de seis meses.

Referencias bibliográficas

- Andrew J. Shattock, Helen C. Johnson, So Yoon Sim, Austin Carter, Philipp Lambach, Raymond C. W. Hutubessy, Kimberly M. Thompson, Kamran Badi-zadegan, Brian Lambert, Matthew J. Ferrari, Mark Jit, Han Fu, Sheetal P. Silal, Rachel A. Hounsell, Richard G. White, Jonathan F. Mosser, Katy A. G. Gaythorpe, Caroline L. Trotter, Ann Lindstrand, Katherine L. O'Brien, y Naor Bar-Zeev. (2024). Contribution of vaccination to improved survival and health: Modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization. *Lancet*, 403(10441), 2307-2316. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067362400850X>
- Gobierno de México-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. (2021). *Manual de vacunación*. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/manual-de-vacunacion-2021-295402?idiom=es>

- Morán Rodríguez, L. (2022). Las vacunas que nos han salvado [Internet]. *Ciencia UNAM*, feb. 24. Disponible en: <https://ciencia.unam.mx/leer/1231/las-vacunas-que-nos-han-salvado>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Portal de datos de inmunización de la OMS-México: Cobertura de vacunación* [Internet]. Ginebra: oms. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Vaccination-coverage&location=mex>
- Mongua-Rodríguez, N., Delgado-Sánchez, G., Ferreira-Guerrero, E., Ferreyra-Reyes, L., Martínez-Hernández, M., Canizales-Quintero, S., Téllez-Vázquez, N. A., y García-García, L. (2024). Vacunación en menores de cinco años. *Salud Pública Méx.*, 66, 368-380. <https://doi.org/10.21149/15793>
- Mongua-Rodríguez, N., Ferreira-Guerrero, E., Delgado-Sánchez, G., Ferreyra-Reyes, L., Martínez-Hernández, M., Canizales-Quintero, S., Téllez-Vázquez, N. A., Cruz-Salgado, A., y García-García, L. (2023). Vacunación en adultos y adultos mayores en México. *Salud Pública Méx.*, 65(supl 1), S146-S152.
- Hernández-Ávila, M., Palacio-Mejía, L. S., Hernández-Ávila, J. E., *et al.* (2020). Vaccination in Mexico: Imprecise coverage and deficiency in the follow-up of children with incomplete immunization. *Salud Pública Méx.*, 62(2), 215-224.
- Ríos-Blancas, M. J., Lamadrid-Figueroa, H., Betancourt-Cravioto, M., y Lozano, R. (2021). Vaccination coverage estimation in Mexico in children under five years old: Trends and associated factors. *Plos One* 16(4), e0250172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250172>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe de país PAI: México 2020*. [Internet]. Washington, DC: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-pais-pai-mexico-2020>
- Carnalla, M., Gaspar-Castillo, C., Dimas-González, J., Aparicio-Antonio, R., Justo-Berrueta, P. S., López-Martínez, I., *et al.* (2025). A population-based measles serosurvey in Mexico: Implications for re-emergence. *Vaccines*, 51, 126886. doi: 10.1016/j.vaccine.2025.126886.
- Romero-Feregrino, R., Romero-Cabello, R., Rodríguez-León, M. A., Romero-Feregrino, R., Muñoz-Cordero, B., y Aguilar-Feregrino, J. I. (2023). Report of 16 Years of the BCG Vaccine under the Expanded Program on Immunizations in Mexico (2006–2021). *Vaccines*, 11, 337. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines11020337>
- Romero-Feregrino, R., Romero-Cabello, R., Rodríguez-León, M. A., Rocha-Rocha, V. M., Romero-Feregrino, R., y Muñoz-Cordero, B. (2023). Report of the Influenza Vaccination Program in Mexico (2006-2022) and Proposals for Its Improvement. *Vaccines*, 11, 1686. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines11111686>

- Romero-Feregrino, R., Romero-Cabello, R., Romero-Feregrino, R., Vilchis-Mora, P., Muñoz-Cordero, B., y Rodríguez-León, M. A. (2025). Sixteen Years of HPV Vaccination in Mexico: Report of the Coverage, Procurement, and Program Performance (2008-2023). *Int J Environ Res Public Health*, 22, 1028. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph22071028>
- Secretaría de Salud. (2025). *Boletín Informativo 15. Enfermedades prevenibles por vacunación. Semana epidemiológica 28, 18 de julio*. [Internet]. México: Dirección General de Epidemiología. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1010198/Boleti_n_informativo_15_epv_se_28_18_de_julio_de_2025.pdf

Corresponsabilidad y participación social en salud

Juan Antonio Torres Castelán

Debemos pensar en el concepto de la salud como producto social indispensable para alcanzar la calidad de vida de los pueblos. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ampara el derecho a la protección de la salud.[1] Este derecho es interpretado de manera cotidiana como la cobertura de los sistemas de salud para todos los mexicanos. El artículo 115 de la Constitución plantea la relevancia de la autonomía y de las iniciativas locales de los ayuntamientos, como eje del desarrollo social y económico, mediante las cuales cuenta con competencias, facultades y atribuciones en materia de salud para formular y desarrollar programas municipales de salud que pueden integrar a los sistemas de salud a nivel estatal y nacional.[1]

No obstante que gobernar es ejercer la autoridad, decidir la política, guiar, dirigir, timonear, diversas revisiones del tema revelan un abismo entre la convocatoria a la participación social y su puesta en marcha en el área de salud. [2] Se debe romper la inercia operante en la que un grupo de personas gobernantes, profesionales y técnicos, deciden, planean y elaboran programas y/o acciones en el sector de la salud bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas, innovaciones y prioridades señaladas por ellos, se organizarían y movilizarían en torno a ellas, lográndose así la participación social. Esto se explica, en muchos casos, con la formación de grupos de gestión local, provoca desaprobación por funcionarios temerosos de la pérdida de poder. En la práctica, son frustrantes los procesos que promueven la participación y que luego no consiguen los objetivos trazados.

Definición

Desde la conferencia de Alma Ata (1978), la participación social fue definida como *el proceso, en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad*. [3] La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *el empoderamiento de las personas, las comunidades y la sociedad civil mediante una participación inclusiva en los procesos de adopción de decisiones que afectan a la salud en todo el ciclo normativo y a todos los niveles del sistema*. [4] Mientras que es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como *una acción individual o colectiva mediante la cual la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas que satisfacen las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada*. [5]

Historia

Durante los años de la década de 1980, la participación recibió diferentes denominaciones, “participación comunitaria”, “participación local” y “participación popular”, entre otras. Desde principios de los años noventa se planteó el desarrollo de un nuevo término: “participación social”, como expresión genuina y amplia de la participación. Esta categoría puede considerarse como de un nivel superior, pues no sólo toma en cuenta la participación de la comunidad organizada, sino la de toda la sociedad vista en su conjunto. [6]

En el marco de las propuestas de servicios sanitarios, el planteamiento de sistemas locales de salud (Silos) impulsado por la OPS en 1988, incorporó como uno de sus elementos fundamentales el de la participación social. Previamente, la «participación comunitaria» ya había sido considerada como un elemento clave en la propuesta de atención primaria de salud. [7] Ya que otros organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y Organización Internacional del Trabajo (OIT) refirieron el papel protagónico de la participación social en los proyectos de desarrollo. No obstante, el que la ley faculte al municipio para formular y desarrollar programas de salud, es insuficiente, ya que la instrumentación del postulado municipalista depende directamente del proceso mismo de participación social. En otras palabras, quien faculta a la ley misma, es el estado cualitativo de la participación social.

Análisis

Para desarrollar la salud en el nivel local, es preciso que la toma de decisiones sea descentralizada, de manera que se modifique la estructura de poder existente y que la toma de decisiones no se quede solamente en la delegación de funciones con un alto nivel de dependencia de las estructuras centrales del sector salud. Y, para que esa descentralización rinda sus frutos, la localidad debe tener posibilidades de poder decidir sobre sus prioridades, definir las acciones, disponer de los recursos y del financiamiento, a partir de una participación directa de los beneficiarios en todo el proceso que implique cumplir los objetivos de salud propuestos.[8]

La participación social constituye una piedra angular para el desarrollo, tanto de los seres humanos en su individualidad como de las localidades a las que los mismos pertenecen. Es por ello que en el empeño de estimularla o desarrollarla, según el caso, se han hecho diferentes asociaciones teórico-conceptuales.[8] La participación social es un medio importante para el desarrollo de políticas y programas de salud receptivos, que tengan más probabilidades de ser aplicados por un amplio grupo de interesados.

La voluntad política, el trabajo intersectorial y la participación comunitaria son los requisitos básicos para el desarrollo de la salud a nivel local; la unión de estos elementos permite la identificación de problemas, planificar acciones y evaluar los resultados.[8]

Para fomentar y desarrollar la participación social es importante conocer las formas de articulación social que se producen en determinado ámbito geográfico, tanto las regularidades como las diferencias en los comportamientos, valores e intereses de los grupos que están presentes en una localidad.[8]

Se debe iniciar analizando el comportamiento de la participación social entre diferentes localidades, destacando los siguientes elementos: una estructura de acción comunitaria que esté en funcionamiento; normas socioculturales imperantes orientadas positivamente hacia la participación; disponibilidad de recursos; experiencias pasadas de participación que hayan sido exitosas; líderes motivados capaces de promover la participación; y capacidad gerencial.⁸ También la OPS ha publicado diferentes documentos metodológicos que orientan los procesos para la evaluación de la participación social.[9]

Discusión

Se requiere de un proceso intenso de educación popular, involucrar a las propias poblaciones en proyectos de investigación, acción participativa para disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados, planifi-

cación de conjunto y evaluación participativa. Además, crear redes y alianzas que faciliten la negociación y solución de conflictos, y que potencialicen la intersectorialidad.

En los casos existentes donde este proceso se ha llevado a cabo con éxito, se reúne a un grupo de especialistas y dirigentes comunitarios, se capacita en la metodología de la planificación participativa con enfoque estratégico y luego se aplica. Los resultados han sido muy alentadores.

Las organizaciones sociales y/o populares, los partidos y agrupaciones políticas, algunas instancias gubernamentales y no gubernamentales pueden, en un momento dado, generar condiciones para funcionar como un agente de participación social cualitativamente distinto del agente usual de movilización, cuyo cometido es conciliar intereses a nivel comunitario y discriminar al sector poblacional de riesgo que requiere una mayor organización y priorización de las acciones.

El inciso “h” del artículo 50 de la ley reglamentaria del artículo 5° constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México, faculta a los colegios de profesionistas a *prestar la más amplia colaboración al poder público como cuerpos consultores*. Los artículos 52 a 60 de dicha ley establecen la prestación de trabajos de servicio social por parte de todos los profesionales agremiados en cada colegio, en este caso de los profesionales de la salud.[10]

Propuestas

En las últimas décadas el incremento de la pobreza, la presencia de desigualdades económicas y la pérdida de los procesos de liderazgo político han producido en México una gran inequidad en el acceso a servicios de salud en muchos sectores de su población. La interpretación cotidiana del artículo 4° constitucional tiene una visión muy estrecha en cuanto a poder cumplir con la cobertura de los sistemas de salud para todos los mexicanos, y se debe ampliar la perspectiva considerando al menos tres ejes: 1) equidad en la atención; 2) equidad en la protección frente a riesgos; 3) distribución del saber y del poder.

Los primeros dos ejes son complejos debido a que son multifactoriales, pero el tercero lo podemos abordar a corto plazo como sociedad médica organizada, para lo cual se propone:

- Organizar y encaminar a todos los colegios médicos en la adopción del servicio social profesional.
- Tutelar a otros profesionales de la salud (trabajo social, pedagogía, psicología, enfermería, etc.) en la realización de programas de promoción

- de hábitos saludables e identificación de los factores de riesgo para la salud, para capacitar a la población de manera permanente en todos los niveles educativos.
- Colaborar en el desarrollo de contenido y las formas operativas de participación social, desarrollando mecanismos de vinculación y extensión de las relaciones entre las instituciones de salud y la población.
 - Vinculación con los diferentes niveles de gobierno, buscando su participación en el diseño y desarrollo de metodologías de planificación participativa para la elaboración de políticas, planes, programas y proyectos de salud.

Referencias bibliográficas

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Última reforma *Diario Oficial de la Federación*, 22-03-2024. (<https://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/pdf/cpeum>).
- Hersch-Martínez, P. M. C. (1992). Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Pública de México*, 34(6). (<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634616>).
- OMS, UNICEF. (1978). *Atención primaria en salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 (pp. 1-93). (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>).
- OMS. (s/f). *Social participation*. Commission on Social Determinants of Health 2005-2008. (<http://www.who.int/socialdeterminants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/>).
- OPS, OMS. (1994). *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*. Washington, DC: OPS-OMS. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/37463>).
- Sanabria Ramos, G. (2004). Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3), jul.-sep. Ciudad de La Habana. (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005).
- Organización Panamericana de la Salud. (1989). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. Resolución xv y documento CD33114, agosto 14-15, 1988. Washington: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Voz, agencia, empoderamiento: Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal*. Ginebra. (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240027794>).
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud*

- en los sistemas locales de salud*. OPS/HSS/HSD/HED/94.18 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/37463>).
- Ley Reglamentaria del artículo 5° constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México. Última reforma *Diario Oficial de la Federación*, 19-01-2018. (https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lrart5_prof.htm).
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Participación social para la cobertura sanitaria universal, la salud y el bienestar*. OMS. EB154/CONF./10, 22 de enero de 2024 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb154/b154_conf10-sp).

Sección VI:

**Participación social,
académica y regulación
de la práctica médica**

El surgimiento y la evolución de los colegios médicos en México y el mundo: marco jurídico

Abraham Adolfo Montalvo Parra

El ejercicio de la medicina, desde sus albores ha estado intrínsecamente ligado a la necesidad de regular la práctica, asegurar la idoneidad de sus practicantes y velar por el bienestar de la sociedad. El surgimiento de los colegios médicos, tanto a nivel global como en México, representa un hito crucial en la profesionalización de la medicina, marcando una transición desde prácticas empíricas y a menudo desreguladas, hacia un sistema organizado, ético y basado en el conocimiento científico.

En el ámbito mundial, las raíces de la colegiación médica se pueden rastrear hasta las antiguas civilizaciones. En la Grecia clásica, figuras como Hipócrates ya delineaban principios éticos y profesionales que, aunque no institucionalizados como colegios, sentaban las bases para una conducta médica responsable. Durante la Edad Media las universidades europeas comenzaron a desempeñar un papel importante en la formación médica y, en algunos casos, en la concesión de licencias para ejercer. Sin embargo, la formalización de los colegios médicos como entidades autónomas y reguladoras emergió con mayor fuerza durante el Renacimiento.

Al término de la Edad Media, y coherentes con la modernización de los Estados europeos, en España los abogados, médicos y farmacéuticos realizaron las primeras experiencias corporativas, mismas que a partir de la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX consolidaron un modelo de colegio profesional de carácter disciplinario.

En Inglaterra, el Real Colegio de Médicos de Londres, fundado en 1518, se erige como uno de los ejemplos más tempranos y significativos. Su creación

respondió a la necesidad de controlar la práctica de la medicina, distinguir a los médicos formados, de los charlatanes, y establecer estándares de calidad. A lo largo de los siglos siguientes otros países europeos, como Francia y España, también vieron el surgimiento de instituciones similares, con objetivos comunes de regulación, defensa profesional y promoción del avance científico.

La expansión de la influencia europea a través de la colonización llevó consigo la implantación de modelos de organización médica en otras partes del mundo. En América Latina el surgimiento de los colegios médicos estuvo estrechamente ligado a los procesos de independencia y la necesidad de construir instituciones propias. En el contexto mexicano, la historia de la colegiación médica se remonta a la época colonial.

Durante el Virreinato, el Protomedicato, una institución establecida por la Corona española, ejercía funciones de supervisión y regulación de la práctica médica. Sin embargo, con la independencia de México surgió la necesidad de crear instituciones médicas propias y autónomas.

El siglo xix fue testigo de los primeros intentos de organización médica en México. Diversas sociedades y asociaciones de médicos se formaron con el objetivo de promover el desarrollo científico y profesional. Sin embargo, la consolidación de los colegios médicos como entidades formales y con capacidad regulatoria se produjo principalmente en el siglo xx.

Un suceso fundamental en la historia de la colegiación médica en México fue la creación de la Academia Nacional de Medicina en 1864. Aunque inicialmente enfocada en el desarrollo científico, la Academia sentó un precedente importante para la organización de la profesión médica. Posteriormente surgieron diversos colegios y asociaciones a nivel estatal y nacional, cada uno con sus propios objetivos y enfoques.

La necesidad de unificar criterios, fortalecer la representación profesional y garantizar la calidad de la atención médica impulsó la creación de organismos colegiados a nivel nacional. El Colegio Médico de México (FeNaCoMe) es ejemplo de estas organizaciones que buscan aglutinar a los profesionales de la salud, defender sus intereses y participar activamente en la formulación de políticas de salud.

En 1903, en nuestro país el doctor Francisco Marrón Alonso estableció el Colegio de Moral Médica y Cortesía Profesional, en donde sobresalen tres capítulos:

- a. a) Relaciones entre el médico y sus enfermos.
- b. b) Relaciones de los médicos entre sí.
- c. c) Relaciones entre la profesión y la ciudadanía.

En 1918 el doctor Alfredo Montaña dio a conocer un reglamento de deontología médica, en donde sobresalen apartados como:

- a. Los deberes de los médicos para con los demás.
- b. Deberes de los médicos para con la sociedad.
- c. Del reemplazo médico.
- d. De los honorarios profesionales.
- e. Del secreto profesional.

En 1931, por otra parte, el Código Penal Mexicano incorporó el capítulo:

a) *Responsabilidad profesional.*

La causa y/o razón histórica de la existencia y el reconocimiento social y legal de los colegios médicos del mundo está asentada en la necesidad social de regular la profesión médica; lo anterior en un marco en donde el Estado reconoce su incapacidad de discernir por sí mismo acerca de si el proceder de un médico es ético o no.

Actualmente, en México la ley reglamentaria del artículo 5° constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones de la Ciudad de México, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de mayo de 1945, establece las normas para la organización y funcionamiento de los colegios profesionales. Esta ley reconoce a los colegios como corporaciones de derecho público con personalidad jurídica propia, encargadas de vigilar el ejercicio profesional y promover el desarrollo de sus agremiados. Pero al mismo tiempo el artículo 5° constitucional prevé que el ejercicio de una profesión puede ser vedado por resolución gubernamental, dictada en los términos que marca la ley, cuando se ofendan los derechos de terceros y faculta al juez para prohibir por medio de sentencia que persona alguna ejerza actividad perjudicial a terceros. Es decir, según la ley reglamentaria del artículo 5° constitucional, su infracción deberá ser sancionada por la Dirección General de Profesiones, quien, en el mejor de los casos, podrá asesorarse del Colegio correspondiente y, según este mismo artículo, existe la posibilidad de que el poder judicial ejerza sanción sobre los profesionistas que durante su práctica profesional ofendan los derechos de terceros. Por ende, la base legal de los colegios médicos se encuentra en el artículo 5° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece la libertad de ejercer cualquier profesión, siempre que se cumplan los requisitos legales.

Y tratándose del profesionista médico, no sólo está sujeto a la regulación profesional ya enunciada, sino que cuando un paciente siente inconformidad con el servicio que se le ha prestado, tiene la posibilidad no sólo de iniciar una

demanda judicial, sino que además puede presentar su queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CAME).

A pesar del marco legal establecido, los colegios médicos en México enfrentan diversos retos, como la necesidad de fortalecer los mecanismos de certificación y recertificación, garantizar la calidad de la formación médica y adaptarse a los cambios en el sistema de salud. Además, es fundamental promover la participación activa de los profesionales en los colegios y fomentar una cultura de responsabilidad y ética en el ejercicio de la medicina.

Los colegios médicos en México, al igual que sus contrapartes a nivel mundial, desempeñan una variedad de funciones esenciales. Entre ellas se encuentran:

- *Regulación y ética.* Establecer códigos de ética profesional y velar por su cumplimiento, así como participar en la regulación de la práctica médica para proteger a los pacientes.
- *Certificación y acreditación.* Promover la actualización y la certificación de los profesionales de la salud, garantizando estándares de competencia y calidad.
- *Defensa profesional.* Representar y defender los intereses de sus miembros ante las autoridades y la sociedad en general.
- *Educación continua.* Fomentar la formación continua y el desarrollo profesional de los médicos a través de cursos, congresos y otras actividades académicas.
- *Asesoría y consulta.* Actuar como órganos consultivos para las autoridades de salud en la elaboración de políticas y normativas.
- *Promoción de la salud.* Participar en campañas de prevención y promoción de la salud dirigidas a la población.

La evolución de los colegios médicos ha estado marcada por los cambios sociales, científicos y tecnológicos. En la actualidad enfrentan nuevos desafíos, como la globalización de la medicina, el avance de la tecnología digital, la creciente complejidad de los sistemas de salud y la necesidad de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica.

En este contexto, los colegios médicos están llamados a adaptarse y fortalecer su papel como garantes de la buena práctica médica, promotores de la excelencia profesional y defensores de la salud de la población. La colaboración entre los colegios a nivel nacional e internacional, el intercambio de experiencias y la adopción de mejores prácticas son fundamentales para enfrentar los retos del siglo XXI y asegurar un futuro donde la medicina esté al servicio del bienestar humano.

En conclusión, el surgimiento de los colegios médicos representa un avance significativo en la historia de la medicina. Desde sus modestos inicios hasta su consolidación como instituciones clave en la regulación y el desarrollo profesional, los colegios han desempeñado y seguirán desempeñando un papel fundamental en la protección de la salud pública y en la promoción de una práctica médica ética, competente y basada en la evidencia científica, tanto en México como en el resto del mundo.

Referencias bibliográficas

- Porter, R. (1997). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Rutkow, I. M. (1993). *Surgery: An illustrated history*. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book.
- López Piñero, J. M. (1966). *Medicina, historia, sociedad: Temas españoles y europeos*. Barcelona: Ariel.
- Reyes Heróles, G. (1944). *Historia de la medicina en México*. México, DF: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nueva York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Certificación de los profesionales de la salud y su importancia en la atención médica

Felipe Chavelas Ochoa

La certificación de las competencias de los médicos se realiza en la mayoría de los casos mediante evaluaciones de conocimiento general de la especialidad, capacidad diagnóstica, terapéutica y juicio clínico/quirúrgico, profesionalismo y capacidad de análisis. Estas evaluaciones comúnmente se realizan con metodología de resolución de casos clínicos, exámenes escritos y/u orales.[1]

En algunas especialidades, particularmente las quirúrgicas y algunas médicas (como la especialidad en medicina del enfermo en estado crítico), los sustentantes aprobados en la fase teórica proceden a un examen de habilidades en escenarios reales.

En nuestro país, el médico debe renovar la vigencia de su certificación (recertificación) cada cinco años. Para lo cual, además de comprobar que ha ejercido la especialidad durante un periodo de cinco años, es necesario demostrar que está actualizado en los avances del conocimiento médico, mediante la acreditación de cursos y demás actividades de educación médica continua, así como cumplir con la puntuación requerida.[2]

En México el proceso está normado en la Ley General de Salud en su artículo 81, que establece las reglas para la certificación de las especialidades y describe las funciones del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (Conacem). Especifica requisitos acerca del entrenamiento, evaluación de habilidades y destrezas, así como del proceso para calificar la pericia de los médicos. Establece la puntuación que se requiere para la certificación

y recertificación en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el comité y en las instituciones de salud oficialmente registradas ante las autoridades correspondientes.

Definición

Un certificado profesional es un instrumento que acredita el conjunto de competencias profesionales que ha de poseer una persona para el desarrollo de una actividad laboral identificada en el mercado de trabajo.[3]

La certificación promueve, sostiene y documenta el logro de altos estándares para médicos especialistas. Representa el consenso de la comunidad profesional sobre lo que debe saber un profesional experto. El proceso es desarrollado por pares y validado por la literatura actual.[4]

Historia

La certificación médica data de 1858, en Inglaterra. Sin embargo, hasta la primera mitad del siglo pasado fue adoptada en otros países. Estados Unidos la inició en 1916, y Canadá en 1929. En 1973 el American Board of Family Practice adoptó por primera vez una certificación por tiempo limitado a 10 años.[4]

México inició la certificación médica en 1963, con el Consejo Mexicano de Anatomopatólogos. En 1972 recibió el aval académico de la Academia Nacional de Medicina de México, y en 1995 se fundó el Conacem. En el año 2006 se integraron los 47 consejos de especialidades médicas.[5,6]

Análisis

Cada año, 2.6 millones de pacientes en todo el mundo fallecen a causa de un error en su atención; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mueren cinco personas cada minuto por esta causa. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se estima que el daño al paciente es la décimo cuarta causa de la carga mundial de enfermedades. En promedio, una de cada 10 hospitalizaciones da como resultado un fallo de seguridad o evento adverso.

La estimación de muertes anuales por error médico en Estados Unidos para 1999 fue de 44,000 a 98,000 mil, y entre 2000 y 2002 se estima que 575,000 muertes fueron causadas por errores médicos, equivalente a un promedio anual de 192,000. En el año 2016 la Universidad Johns Hopkins estimó una

incidencia de eventos adversos prevenibles de entre 210,000 a 400,000. Hasta el 78% de estos eventos adversos son prevenibles.

En la Unión Europea la frecuencia de eventos adversos en los pacientes ingresados se encuentra entre el 8 y 12%, produciéndose una muerte por cada 100,000 habitantes al año por esta causa, lo que supone alrededor de 5,000 muertes anuales. En México se desconoce la magnitud del problema, pero se considera que la situación podría darse al menos con la misma intensidad, o incluso mayor.[1]

Discusión

La certificación y la recertificación deben ser muy importantes para los pacientes al momento de seleccionar a su médico. No es aconsejable que se dejen llevar por el número de seguidores en redes sociales, por el que tenga el mejor consultorio, se ubique en un determinado hospital, tenga mejor acceso a estacionamiento, porque sus honorarios sean los más económicos o los más elevados.

Como ejemplo, están los problemas que pasan en la cirugía plástica, en los cuales hoy en día los pacientes seleccionan a un profesional por cualquier motivo, dejando de lado informarse de si éste tiene su certificación y recertificación vigentes.

El punto de más alta controversia en los procesos de certificación es el que menciona el Consejo de Salubridad General, en donde aclara que para laborar en una institución de salud de las dependencias del gobierno se debe exigir tener certificación y recertificación, lo cual en la mayoría de las ocasiones no es cumplido.[7]

La certificación de médicos, unidades y hospitales es un componente crítico de la garantía en la calidad de la medicina. Sin embargo, es importante mencionar que no previene del total de complicaciones que puedan presentarse durante la atención médica, ya que cada procedimiento va a tener riesgos que sean independientes de las actualizaciones que puede tener el médico. Y, en caso de presentarse algún evento de este tipo, si el médico cuenta con la certificación, tendrá una mayor capacidad técnica y ética para poder resolver el problema.

Propuesta

Una de las propuestas más importantes de los programas de certificación y recertificación es promover y alinear los programas de estudio de los especialistas, así como la educación médica continua. De esta forma, requiere diseñar

las herramientas de evaluación que reflejan con precisión las habilidades y destrezas que necesita el médico en el ejercicio de su profesión.

Proveer una adecuada atención médica implica, entre otros muchos factores, que el profesional responsable de la atención cuente con las competencias necesarias y certificadas por una institución de educación superior, así como su validación periódica por el consejo de médicos pares del área disciplinar.

El propósito de la recertificación es contribuir a mejorar el sistema de atención en salud, estimulando la educación y la actualización permanente, haciendo uso de los principales atributos que el sistema otorga como profesionistas: la autonomía y autorregulación.[8]

Es muy importante que el sistema de certificación de cada una de las especialidades esté a disposición de consulta de cada paciente, para proporcionar información veraz en la que se pueda basar antes de decidir qué médico lo debe de tratar

La certificación y recertificación están asociadas a médicos actualizados, con una mayor adherencia a las pautas de práctica, y por ende mejor atención al paciente.

La evidencia demuestra que, con el paso del tiempo, el conocimiento médico se deteriora, y la práctica médica falla en incorporar los avances científicos.

Para que el sistema de certificación sea efectivo y relevante, las organizaciones certificadoras deben establecer y comunicar las expectativas específicas de los especialistas, incorporar la tecnología para crear evaluaciones relevantes para la práctica, colaborar con los educadores, establecer estándares de profesionalismo y ética que reflejen su posición como organismos reguladores. También, es deseable que establezcan redes de mejora colaborativa con asociaciones de pacientes y familias para incorporar sus expectativas y necesidades.[9]

Los pacientes, cuando acuden al médico, ingresan a los momentos de mayor vulnerabilidad y dificultad de su vida y la de su familia, esperando del médico competencia y ética profesionales, por lo que es obligación de los organismos certificadores garantizar esto en el mayor rango posible.[10]

Referencias bibliográficas

- Fernández, S. B. (2016). El error médico como causa de muerte. *Boletín Conamed-ops*. Consejo Nacional de Certificación en Medicina General, A. C. (s/f). *Importancia de la certificación y recertificación del médico general*.
- Carbajal, L. (2012). Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 33(5), 219-221.

- <https://www.sepe.es/HomeSepe/ca/que-es-el-sepe/comunicacion-institucional/noticias/historico-de-noticias/2017/detalle-noticia.html?folder=/2017/Septiembre/&detail=certificados-de-profesionalidad-140917#>
- Consejo Mexicano de Neurología. (2021). *Historia de la certificación médica en México y en el mundo*. Consultado el 19 de agosto de 2022.
- Martindale, V. E. (2017). Continuing Education and Board Certification Promote Higher Standards in Practice. *Aerosp Med Hum Perform.*, 1;88(9), 811. doi: 10.3357/amhp.09pp.2017. PMID: 28818138.
- Rhodes, R. S., y Biester, T. W. (2007). Certification and maintenance of certification in surgery. *Surg Clin North Am*, 87(4), 825-836, vi. doi: 10.1016/j.suc.2007.06.004. PMID: 17888782.
- Pinzón, A., y D'Achiardi, R. (2015). La Asociación Colombiana de Medicina Interna y la recertificación en medicina interna en Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 40(2), 85-87.
- Consejo de Salubridad General. (2012). *Manual del proceso para la certificación de hospitales*.
- Lannon, C., y Nichols, D. G. (2020). The role of certifying boards in improving health: The example of the American Board of Pediatrics. *J Am Board Fam Med.*, 33(Suppl), S36-S41.

Las Comisiones de Arbitraje Médico en México. Funciones y atribuciones

Genaro Vega Malagón

Fernando José Cruz López

Lorena Yazmín Valeriano Hernández

Jasein Haddad Cortés Ahumada

El ejercicio profesional en el área de salud se ha modificado con el paso del tiempo gracias a los cambios tecnológicos. Desde el siglo xx el ejercicio profesional se ha caracterizado por la intervención progresiva de la sociedad, surgiendo nuevas prácticas en la atención del enfermo a nivel universal, las cuales son parte de un sistema de especialidades que exige a los profesionales de la salud estar más capacitados para atender las necesidades de manera correcta.

Por su parte, la sociedad, al estar más informada, evalúa el actuar médico y exige una correcta atención de los prestadores de salud y, ante la percepción de una omisión o error médico, comienza a inconformarse con los sistemas de impartición de justicia tradicionales. Desde finales de los noventa las demandas médicas han venido incrementándose, surgiendo la necesidad de contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos; por lo que en el año 1996 fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).

La Conamed nació como una vía alternativa a la judicial para la resolución de conflictos entre médicos y pacientes. Se creó un modelo único de atención de inconformidades por servicios de salud, tanto públicos como privados, basado en una cultura de paz, propiciando el diálogo entre las partes como una forma de solución a sus controversias. Este modelo permeó a los estados de

la República, logrando contar al día de hoy con 28 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.[1]

Gracias a los servicios de asesoría y orientación se ha logrado otorgar múltiples beneficios tanto a los prestadores de servicios de salud como a los pacientes. Cuando un paciente piensa que hay una irregularidad, se le otorga una asesoría especializada donde se resuelven sus dudas y puede solucionar su desacuerdo, o bien, se descarta como inconformidad, identificando más bien una necesidad de ser atendido médicamente, por lo que se realiza la gestión inmediata para que le sea brindado el servicio médico correspondiente. En el caso de que realmente se trate de una queja médica, se procede a resolver mediante conciliación a través del diálogo, la buena fe y la negociación. O bien, se da solución a la controversia mediante el arbitraje, que es el estudio profundo del caso médico a través de pares de la misma especialidad del caso que se vaya a estudiar.[2]

Como se mencionó, existen diversas formas en que las comisiones pueden solucionar una controversia para eficientar los tiempos de respuesta y la economía para ambas partes, además de promover la mejora en los servicios de salud a través de una retroalimentación para la corrección de la práctica médica.

Por último, en el presente capítulo se pretende dar a conocer las funciones y atribuciones de las comisiones de arbitraje médico con el fin de comprender y conocer los servicios que se brindan en beneficio de una sana solución en caso de un conflicto médico.

Historia

Durante el año 1982 se presentó la iniciativa de adicionar el cuarto párrafo al artículo 4º constitucional, el cual decretó el acceso a la salud de todos los mexicanos como un derecho fundamental. Fue concretado durante el mes de febrero de 1983, para que el año siguiente se diera la promulgación de la Ley General de Salud; sin embargo, dentro de la búsqueda de la protección a la salud, la iniciativa de 1982 publicada en 1983 propuso el nombramiento de un comisionado encargado de proteger los intereses de los usuarios de los servicios de la salud y especializado en la materia médica. Esta situación provocó gran preocupación en la comunidad médica, por lo que no fue sino hasta el periodo presidencial de Ernesto Zedillo Ponce de León que se retomó el tema.[3,4]

Si bien las comisiones de arbitraje médico pertenecen a los mecanismos alternos de solución de conflictos, fueron incluidas en la Carta Magna mediante la reforma constitucional el 18 de junio de 2008 en el párrafo tercero

del artículo 17, que establece que *las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias*; su origen data de 1996, con la creación de la Conamed mediante decreto presidencial del entonces Ejecutivo federal. Posteriormente y en caudal, se comenzaron a crear las comisiones estatales de arbitraje médico, que, al igual que la Conamed, nacieron de la imperiosa necesidad de contar con una instancia especializada y confiable para la atención y resolución de las inconformidades médicas suscitadas entre el personal médico y los usuarios de estos servicios.[5] En 1997 fue fundada la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco, y en 1998 las correspondientes al Estado de México y a San Luis Potosí. En 1999 nacieron la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Guerrero y la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla; y así continuaron surgiendo sucesivamente, hasta llegar al número actual de 28 comisiones estatales, siendo la última la Comisión de Mediación, Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Baja California Sur en el año 2019.[6,7]

Funciones y atribuciones de las comisiones estatales de arbitraje médico

Las comisiones tienen plena autonomía en el ejercicio de las siguientes funciones y atribuciones:

1. Proporcionar asesoría e información a los usuarios de los servicios médicos y a los profesionales prestadores de los mismos sobre sus derechos y obligaciones.
2. Recibir, investigar y atender las quejas e inconformidades presentadas por los usuarios de los servicios médicos por la posible irregularidad en la prestación o negativa de los mismos.
3. Intervenir como instancia conciliadora para la atención de inconformidades derivadas de la prestación de servicios de atención médica, cuando se aduzcan irregularidades.
4. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos profesionales por alguna de las causas que se mencionan a continuación:
 - Probables actos u omisiones derivados de la prestación del servicio.
 - Probables casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del usuario.
 - Aquellas que sean acordadas por el Consejo.

5. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos correspondientes cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
6. Recibir información y pruebas que le proporcionen los prestadores de servicios médicos y los usuarios en relación con las inconformidades formuladas y, en su caso, requerir todas las que resulten necesarias para desahogar el caso planteado, así como practicar las diligencias que correspondan.
7. Recabar información relacionada con las presuntas irregularidades que sean sometidas a su consideración y, en su caso, gestionar la atención médica inmediata de los usuarios con los establecimientos médicos.
8. Emitir dictámenes y opiniones técnico-médicas, solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, así como por los órganos de control interno, por cuanto hace a la prestación de servicios de atención médica, con arreglo a lo dispuesto en la presente ley y a la legislación procesal.
9. Hacer del conocimiento del órgano de control interno competente la negativa, expresa o tácita, de un servidor público a proporcionar la información que la comisión le hubiere solicitado en ejercicio de sus atribuciones.
10. Informar a las autoridades correspondientes, a las agrupaciones médicas, así como a las comisiones y comités previstos en la legislación sanitaria, de la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios para proporcionar la información que les hubiere solicitado la comisión, sobre el incumplimiento de las obligaciones asumidas en los convenios de conciliación y de la inobservancia de sus recomendaciones y laudos.
11. Procurar la mejoría de la atención médica, a cuyo propósito emitirá las recomendaciones que estime pertinentes, sea respecto de las inconformidades que conozca o mediante su intervención de oficio ante cualquier cuestión que estime de interés general en la esfera de su competencia.
12. Solicitar la intervención de las autoridades a efecto de buscar la efectividad del derecho a la protección de la salud y de la normatividad que regula la prestación de servicios de atención médica.
13. Proponer a la autoridad sanitaria que, en ejercicio de sus atribuciones, adopte las medidas necesarias para que se emitan o actualicen las disposiciones reglamentarias que favorezcan la protección de la salud de la población.
14. Celebrar acuerdos de coordinación, colaboración o concertación con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas que le permitan cumplir con sus funciones.

15. Coordinar sus actividades con la Conamed y proporcionarle la información que se requiera.
16. Orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional.[1,8]

Objetivos de las Comisiones

1. Contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud.
2. Promover una buena práctica de la medicina, coadyuvando al proceso de mejoría en la prestación de servicios de atención médica.
3. Brindar orientación a los usuarios de los servicios médicos, al personal de salud, así como a establecimientos e instituciones médicas sobre sus derechos y obligaciones en materia de prestación de servicios de atención médica.
4. Contribuir a resolver las inconformidades de la población relativas a irregularidades en la atención médica.
5. Promover la mejoría de los servicios de atención médica mediante la emisión de recomendaciones sobre asuntos de interés general en materia de prestación de servicios de atención médica.[1,9]

Propuestas

Se propone el incremento en atribuciones para las comisiones como:

1. Que el ejercicio de la acción sea bilateral, es decir, que no únicamente sea el usuario quien pueda promover una conciliación, sino que el prestador de servicios médicos pueda solicitar la conciliación con su paciente.
2. Que la capacitación a los prestadores de servicios de salud tenga un valor curricular.
3. Que pueda emitir constancias de que no existen quejas en contra de los prestadores de servicios médicos.
4. Que sea obligatorio para el prestador de servicios de salud el reportar sobre las acciones que se tomaron tras haber recibido una recomendación.
5. Que para otorgar los permisos de funcionamiento de los consultorios odontológicos, sea requisito el haber tomado los cursos y talleres en materia de expediente clínico, consentimiento informado y prevención del conflicto médico, impartidos por las comisiones.
6. Hacer un pronunciamiento a las instituciones para que el proceso arbitral no sea un mero trámite.

Referencias bibliográficas

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico *Conamed. (2003). *Modelo mexicano de arbitraje médico*. (1ª edición). México, DF.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2016, octubre). *Veinte años de arbitraje médico*. (1ª edición).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Leyes y Códigos de México. *Diario Oficial de la Federación*, 2001. México: Porrúa.
- Autor no especificado. (s/f). Las reformas a la protección social en salud en México, ¿Rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*, 21(42), julio-diciembre. México.
- Herrera del Río Horacio. (2023). El futuro de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. Xxxix Reunión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, Villahermosa, Tabasco, noviembre.
- Orozco Montoya, J. A., González del Valle, I., Hernández Mendoza, L., y Guerra Zermeño, F. J. (2023). La Conamed a 27 años de su creación. *Revista Conamed*, vol. 28, abril-junio, pp. 55 y 56.
- Orozco Montoya, J. A., González del Valle, I., Hernández Mendoza, L., y Guerra Zermeño, F. J. (2023). La transformación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. A 27 años de su creación. *Revista Conamed*, vol. 28, abril-junio, p. 57-71.
- Decreto de creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro. Publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado; *La Sombra de Arteaga*, 9 de julio de 1999.
- Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 3 de junio de 1996.

Historia de la fundación de la Academia Nacional de Medicina de México

Raúl Carrillo Esper

Los antecedentes históricos de la Academia Nacional de Medicina se remontan a la época novohispana, cuando un grupo de médicos ilustrados rompieron la tradición de la enseñanza de la medicina que se impartía en la Facultad de Medicina de la Real y Pontificia Universidad de México, que seguía sujeta a la ordenanza superior de seguir a ultranza la tradición de aprender los cánones médicos de Hipócrates y Galeno; enseñanzas veneradas y seguidas sin desviación, por aproximadamente 800 años. Era tal esta veneración, que Felipe III por el año de 1604, en una pragmática prescribía: “Lo que los médicos y cirujanos deben conocer son las doctrinas y prácticas de Galeno e Hipócrates”, lo que no deja ninguna duda de su influencia en la enseñanza y práctica de la medicina y la cirugía. De esta manera, las constituciones y prácticas estaban regidas en la península como en la Nueva España por las constituciones derivadas de la tradición hipocrática y galénica, que permanecieron inalteradas hasta el año de 1833, año cuando se rompió este modelo, para dar lugar a una nueva era, promovida e impulsada por don Valentín Gómez Farías, médico y político mexicano de gran visión y valía.

Continuando con los antecedentes, es importante dar a conocer el importante papel que tuvo en la revolución científica de la medicina novohispana a principios del siglo XIX, un ilustrado y adelantado a su tiempo, y al positivismo médico criollo; me refiero a don José Luis Montaña (1755-1820). El doctor Montaña fue clave en la transición del hipocratismo a la nueva ciencia médica; sus textos son testigos de su pensamiento e influencia para abrir nuevos horizontes. Expósito de nacimiento y a pesar de las dificultades que esto acarrearba, no se dio por vencido; su tenacidad y resiliencia lo llevaron a

graduarse de licenciado en medicina en 1792 y de doctor en esta disciplina en 1793, y, pasadas las evaluaciones propias de la época por el Protomedicato, se dedicó a ejercer y enseñar la ciencia médica en el Real Hospital de Naturales y en el Real Hospital de San Andrés. Impulsó la clínica médica bajo el rigor del método científico prevalente en su época e incluyó el estudio de la química en el estudio de los pacientes. Con su visión observacional y científica, criticaba el comportamiento y actuar médico de sus contemporáneos, que se aferraban a la medicina tradicional durante la epidemia de “*Calentura epidémica manchada*”, probable tifo, que se presentó en la capital novohispana en 1813, y citó:

Pero la generalidad de los médicos, por no haberse formado, según el modelo de Cos, ni estar familiarizados, a pesar de ser catedráticos de Universidades, con los escritos de los padres de la medicina, durante la epidemia, hubiesen estado vacilantes, creyendo ver anomalías, en lo que sólo eran presagios de la imaginación y asilos de la ignorancia. [Y continua]: Por sostener la ilusión de sus clientes, hubiesen actuado entonces sin probidad, sin pundonor, con hambre de fama y oro, con inmodestia y charla petulante.

Sin duda alguna el doctor Montaña abrió las puertas a la medicina científica en la Nueva España, rompiendo el paradigma de la tradición escolástica y defendiendo la filosofía moderna, sembrando la semilla de la ilustración, el racionalismo y la conversión de un dogma semirreligioso, a un incipiente método científico, basado en una puntillosa observación, lo que le trajo un buen número de dificultades con los integrantes del “Partido Europeo”, que seguían a pie juntillas las ordenanzas del absolutismo de Fernando VII (figura 1).

La ilustración llegó a la Nueva España de la mano de personajes como el doctor Montaña, el extraordinario y genial doctor José Ignacio Bartolache, recuerden a su “*Mercurio Volante*”, primera revista médica del continente americano y del padre Juan Benito Díaz de Gamarra, acucioso científico promotor de la filosofía cartesiana y otros más, cuya influencia culmina con la fundación de la nueva Escuela de Cirugía, el Jardín Botánico y el Real Seminario de Ingeniería. De esta manera se sumaban día con día más ilustrados, que ejercían su influencia no sólo en la ciencia, sino también en las artes y, en especial, en la política, encendiendo la llama de ideas independentistas; claro ejemplo de esto último puede ser el padre Miguel Hidalgo, entre otros muchos (figuras 2 y 3).

Figura 1. Busto del Dr. José Luis Montaña. Precursor de la medicina observacional, racional y científica



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Figura 2. José Ignacio Bartolache. Médico y sabio mexicano. Impulsor de la ciencia y creador del “Mercurio Volante”, primera revista médica y científica en México y América.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Figura 3. Portada del primer número del “Mercurio Volante”.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

En el periodo postindependentista se da fuerza a un movimiento basado en tres grandes movimientos filosóficos: la Ilustración, el racionalismo y el liberalismo, al que posteriormente se suma el positivismo, fuente de la que abrevaron los fundadores de la Academia Nacional de Medicina.

El preámbulo fue la reconversión de la Real y Pontificia Universidad de México, dominada por un método escolástico medieval, muy protocolaria, de dogmatismo rígido, y sin visos de aceptar la ilustración a la que en esos tiempos se denominaba afrancesamiento, dio un giro de 360 grados cuando, posterior a la independencia, el doctor Valentín Gómez Farias y don José María Luis Mora, en conjunto con otros médicos rebeldes contra el dogmatismo, patriotas, liberales, heroicos y comprometidos con el cambio; iniciaron una nueva era en la enseñanza y práctica de la medicina, acorde con lo dictado por el doctor Montaña, la ilustración y el modelo francés, que era ejemplo a seguir en esos tiempos, cuando se incluían 11 cátedras avanzadas para su tiempo, y erradicando por completo el modelo dogmático escolástico y la tradición hipocrática y galénica. Iniciaba así una nueva era, la ciencia daba sus

primeros pasos, que posteriormente se consolidaron con el positivismo, cuyo impulsor más importante fue el doctor Gabino Barreda, miembro distinguido de la Academia Nacional de Medicina.

El terreno era fértil y la circunstancia era favorable para la fundación de la primera academia. No se pudo cristalizar en el siglo XVIII, durante la ebullición de la Ilustración, se decía: *“Hay ilustrados, pero no Academia”*. Pero la espera no fue larga, posterior a la transformación de las instituciones educativas, ideadas y promovidas por el doctor Valentín Gómez Farías, de ideas liberales y uno de los principales promotores de la Reforma, se rompió con el cartabón que se asentó durante 300 años, sustituyéndolo por seis establecimientos de instrucción pública, de los que se destaca el de ciencias médicas y el establecimiento de la educación pública, iniciativa aprobada por el Congreso el 19 de octubre de 1833, para dar paso el 18 de agosto de 1843 a la fundación de la Escuela Nacional de Medicina, en la que se acrisolaba la enseñanza de la medicina y cirugía, y se aperturaba el método anatómico-clínico como base de la enseñanza (figura 4).

Figura 4. Don Valentín Gómez Farías. Médico y reformador.

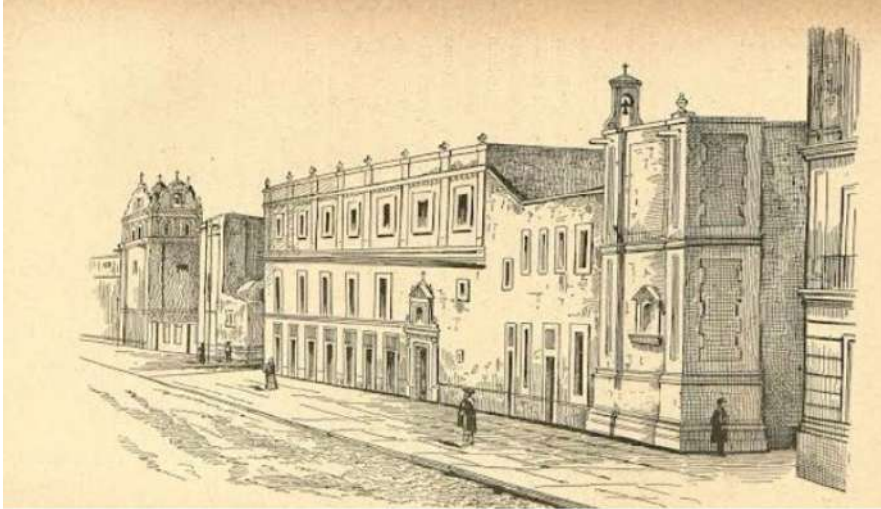


Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

De esta manera se fundó la “Primera Academia de Medicina” en 1836, con sus integrantes, distinguidos y sapientes médicos de la época, de quienes destacan connotados médicos de la época como Casimiro Liceaga, Manuel Carpio, Ig-

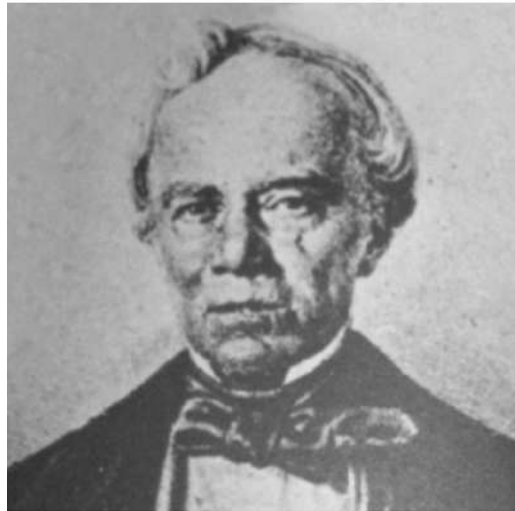
nacio Erazo, Manuel Andrade y Luis Esteban Blaquiére, entre otros. Su primer presidente fue don Manuel Carpio. El objetivo de esta Academia primigenia fue: “Difundir los conocimientos y hacer una consulta periódica de 20, 30 o más médicos, sobre una numerosa colección de hechos, bien escogidos, bien relatados, y sometidos a la discusión de cada uno, o a los menos puestos en el conocimiento de todos”. El reglamento de esta primera Academia se publicó el 1 de marzo de 1841, en el que se incluía la necesidad de contar con una mesa directiva, constituida por un presidente, vicepresidente, dos secretarios y un tesorero. Los socios numerarios se limitaban a 25, además de incluir a adjuntos, corresponsales y honorarios. Los numerarios debían cumplir con los siguientes requisitos: “Ser profesores de medicina, cirugía, farmacia o ciencias accesorias, comprometidos con la asistencia, con las sesiones y con el desempeño de las actividades que les sean conferidas”. Enfatizaba la importancia de asistir a las sesiones como obligación. De no hacerlo por dos meses seguidos y posterior a la evaluación por los socios, se podría dar de baja y, en caso de así considerarlo, sería separado de la Academia de Medicina de México. Se consideró que era necesario contar con un órgano de divulgación científica, lo que abrió camino a la fundación del *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico* (no fue error, así se escribía México). Esta primera Academia sesionaba en el Convento y Hospital de Betlemitas. Por diferentes motivos, de los que destacaron los políticos y financieros, su duración fue breve: de 1836 a 1843. Al disolverse, un grupo de los fundadores, para no separarse de su interés en la ciencia médica y su difusión, y continuar con el legado de la recién disuelta, continuó su trabajo y fundó la “Sociedad Filioátrica de México”, cuya vida fue efímera, ya que sesionó exclusivamente por dos años, de 1844 a 1845, cuyas sesiones se llevaban a cabo en el Hospital de Jesús (figuras 5 y 6).

Figura 5. Antiguo convento y hospital de Betlemitas, lugar donde sesionó la Primera Academia de Medicina.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Figura 6. Don Manuel Carpio. Impulsor y primer presidente de la primera Academia de Medicina.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

A pesar de la disolución de estas dos agrupaciones, la llama del conocimiento seguía viva; la ciencia y la atención médica, con las limitaciones propias de la época, se consolidaban y crecían. Como ejemplo de esto, se puede citar la fundación del Consejo Superior de Salubridad, cuyos integrantes tenían, entre muchos objetivos, controlar las epidemias que diezaban a la población y centrarse en el estudio de éstas.

Ante la imperiosa necesidad de contar con un docto cuerpo colegiado para dar fe y certidumbre a las decisiones del Consejo de Salubridad General, se fundó el 30 de noviembre de 1851 la segunda *Academia de Medicina de México*, bajo el liderazgo del doctor Leopoldo Río de la Loza, hombre sabio de su época que entre otros legados tuvo el agregar al currículo de la formación médica la enseñanza de la química en la Escuela Nacional de Medicina. En el seno de esta segunda Academia se agruparon los doctores Rafael Lucio, Gabino Barreda, José Ignacio Durán, Miguel Francisco Jiménez, Luis Lerdo de Tejada, Ladislao de la Pascua, José María Vértiz y Aniceto Ortega, entre otras tantas mentes brillantes de la época. En su estatuto se destacaba que su objetivo primario era el estudio de la medicina y de las ciencias afines, en la organización de la corporación y en la elección tanto de la mesa directiva como de los nuevos integrantes por los socios. Al igual que la primera, contó con sus órganos de divulgación científica, el *Periódico de la Academia de Medicina de México* y, posteriormente, la publicación denominada *Unión Médica de México*. Esta segunda Academia sesionó en la casa del doctor Leopoldo Río de la Loza. Durante su periplo histórico fue presidida por los eminentes médicos: Leopoldo Río de la Loza, Miguel Francisco Jiménez, Rafael Lucio y Luis Hidalgo y Carpio. Tanto la Corporación como sus publicaciones, al igual que la primera Academia, fueron efímeras, disolviéndose por motivos muy parecidos en 1859 (figura 7).

Los años pasan; la semilla y su incipiente fruto siguen vivos. Tiempo de invasión: soplan aires de guerra; la República en peligro. La invasión francesa y la llegada de Maximiliano de Habsburgo al poder son un hecho; la República tránsfuga e itinerante. Una acertada iniciativa del Segundo Imperio fue la creación de la Comisión Científica, Literaria y Artística de México, que tenía como objetivo la actualización, fomento y ordenamiento de las ciencias y las artes, dentro del marco del positivismo. Esta comisión fue total en el renacimiento de la Academia de Medicina. El 30 de abril de 1864 se conformó la Sección Médica de la Comisión ya mencionada, que representó la simiente de la que se originó la Academia de Medicina que perdura hasta nuestros días. La sección sexta de esta comisión estaba destinada a la medicina, cirugía, higiene, estadística y materias médicas.

Figura 7. Dr. Leopoldo Río de la Loza. Precursor y presidente de la segunda Academia de Medicina.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Esta sección médica fue convocada por el coronel Doutrelaine y dirigida por el doctor Carlos Alberto Ehrmann, médico que gozaba de la confianza de Maximiliano, ostentando el cargo de médico en jefe de Sanidad del Ejército expedicionario francés. El doctor Ehrmann, hombre bueno y empático, tuvo el acierto de incluir para la fundación de esta Sección Médica a distinguidos médicos mexicanos y extranjeros, en especial al doctor Miguel Jiménez, quien en su momento fue, posterior al doctor Ehrmann, el primer presidente mexicano de lo que ahora es la Academia Nacional de Medicina. Fueron 22 los fundadores, de los doctores José Ignacio Durán, Luis Hidalgo y Carpio, Agustín Andrade, Carlos Alberto Clement, Ignacio Erazo, Luis Garrone, Rafael Lucio, Victoriano Montés de Oca, Luis Muñoz, Francisco Ortega y José María Vértiz, entre otros distinguidos mexicanos, franceses e italianos. La Sección Médica trabaja, se reúne, sus miembros intercambian experiencias, el ingreso de los nuevos miembros se vota, la cuota de mantenimiento anual era de cuatro pesos y se contaba con un reglamento. Para septiembre de 1864 se fundó el órgano oficial de divulgación científica, *La Gaceta Médica de México*, que perdura hasta nuestros días y se publica bimensualmente en tiempo y forma.

A pesar de la diversa ideología política de los fundadores, algunos conservadores como el doctor Miguel Jiménez, reacios liberales como el doctor

Rafael Lucio, e invasores como el doctor Carlos Alberto Ehrmann unieron sus fuerzas y olvidaron momentáneamente sus ideologías en favor de la ciencia y la asistencia médica.

A partir de la fundación, los primeros meses fueron de gran actividad académica y científica, reuniones periódicas, propuestas, discusión de casos clínicos, investigación y publicaciones en *Gaceta Médica*. Pero no todo fue miel sobre hojuelas: para 1865 y por iniciativa de Maximiliano, se disuelve la sección sexta para dar entrada a la “Academia Imperial de Ciencias y Bellas Artes”. El doctor Ehrmann presenta su dimisión y queda al frente el doctor Miguel Jiménez. En este periplo se da continuidad a una nueva agrupación, denominada “Sociedad Médica de México”, presidida por el doctor Jiménez. La República avanza, el Imperio se derrumba y, para 1867, la Ciudad de México es sitiada por el ejército de Porfirio Díaz. La Sociedad Médica de México y *La Gaceta Médica de México* se mantienen en pie y sus miembros se unen y, con una persistencia y resiliencia asombrosas, a pesar de la difícil situación política, social y económica, cierran filas y siguen adelante (figuras 8 y 9).

Figura 8. Dr. Carlos Alberto Ehrmann. Jefe de Sanidad del ejército expedicionario francés. Presidenta de la Comisión científica en 1864, antecesora de la Academia Nacional de Medicina.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Figura 9. Dr. Miguel Jiménez. Destacado médico mexicano, miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina de México.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Pasan los años y la sociedad se fortalece; su membresía crece y, en el lenguaje común de sus miembros, la palabra Academia se robustece y generaliza y sustituye poco a poco a la de Sociedad. Para 1870, y ante la infatigable actividad académica de la corporación y de sus miembros, es denominada Academia de Medicina y, la *Gaceta Médica, Periódico de la Academia de Medicina*. Fue hasta 1873, bajo la presidencia del doctor Lauro María Jiménez, en el nuevo reglamento de la corporación en su artículo 1 se escribe lo siguiente: “La actual Asociación Médica continuará funcionando bajo el nombre de “Academia de Medicina de México”.

Al paso de los años la Academia Nacional de Medicina de México se consolidó; es testigo y parte de la historia de la medicina de nuestro país. El ingreso de nuevos miembros la robusteció, y emanaron de sus senos propuestas que se consolidaron, y forjaron posteriormente las instituciones y normatividad, que son la base de la ciencia médica, la asistencia, la investigación y las políticas públicas en salud, de tal manera que en el año 1912, por decreto del presidente Francisco I. Madero, se le concedió el cargo de “Órgano Consultivo del Gobierno Federal”.

Desde su fundación, la Academia Nacional de Medicina es itinerante, peregrinando por el domicilio particular de sus integrantes, salones prestados y sujeta a disposiciones gubernamentales. La antigua Escuela de Medicina, ubicada en el Palacio de Medicina, en la Plaza de Santo Domingo, y que fue el recinto de la Inquisición, fue su albergue durante cerca de 90 años, para pasar a principios de los años sesenta del siglo pasado a su sede actual, el Centro Médico Nacional, recinto y oficinas que, de manera amable y generosa, nos facilita el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Academia Nacional de Medicina recibe en su seno a mentes brillantes de la medicina nacional e internacional. Ejemplo de esto es el ingreso de 20 profesionales que han sido laureados con el Premio Nobel de Fisiología o Medicina, que, por sus grandes méritos, fueron investidos como académicos honorarios de la corporación, además de albergar a distinguidos profesionales internacionales en diferentes áreas de la salud, como académicos correspondientes.

La corporación se vio engalanada en el año 1957 con el ingreso de la primera mujer, la doctora Rosario Barroso Moguel, distinguida médica y patóloga mexicana. Su ejemplo abrió camino para que otras investigadoras se sumaran al seno de la corporación, hecho que enriqueció a la Academia. Sus propuestas, participación y contribuciones son fundamentales para el desarrollo de nuestro país. En la actualidad, la Academia Nacional de Medicina incluye a 200 académicas y la creación de la Comisión de Género (figura 10).

Figura 10. Dra. Rosario Barroso Moguel. Pionera en la ANM, al ser la primera mujer que ingresa a la Corporación en 1957.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

A partir de su primera versión en 1836, la Academia Nacional de Medicina ha acompañado y ha sido fiel testigo de los avatares de la formación de un nuevo país, nuestro México. Guerras, revoluciones y guerras civiles entre hermanos divididos en dos bandos, liberales y conservadores, asonadas, vaivenes políticos, crisis económicas, invasiones y la pérdida de la mitad de nuestro territorio. Nació, creció y se desarrolló de la mano de la crisis, de diferentes y variadas circunstancias y en el ojo del huracán. Ha sobrevivido y renace como el ave Fénix, de sus cenizas y gracias a la resiliencia, perseverancia, patriotismo, trabajo y objetivo común de sus muy distinguidas y distinguidos integrantes, que además de sabios, son patriotas y velan por el bien de las y los mexicanos (figura 11).

Figura 11. Sede actual de la Academia Nacional de Medicina de México.



Fuente: Fotografía de los archivos de la Academia Nacional de Medicina de México.

Antecedentes y estructura del Colegio Médico de México

Belinda Cázares Gómez

Como antecedente importante, se debe destacar que don José Vasconcelos Calderón, siendo rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y titular del Departamento Universitario, llevó a cabo su idea fundamental acerca de formar una Secretaría de Educación con estructura departamental, iniciando el primero de marzo de 1921 con la instalación de la Dirección General de Educación Técnica. Meses después (3 de octubre de 1921) se creó la Secretaría de Educación Pública (SEP) mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación*. El 12 de octubre del mismo año, el licenciado Vasconcelos asumió la titularidad de la naciente SEP; y fue proclamada la Ley Reglamentaria del artículo 5 de la Constitución, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal (actual Ciudad de México). El 26 de mayo de 1945 se publicó en el *Diario Oficial* una nueva ley reglamentaria en el artículo 21, especificando que, dependiente de la Secretaría de Educación Pública, había sido establecida una Dirección General de Profesiones encargada de la vigilancia del ejercicio profesional, fungiendo como órgano de conexión entre el Estado y los colegios de profesionistas.

En respuesta a la Ley de Profesiones, en los años 1945 y 1946 nacieron en la Ciudad de México (CDMX) los primeros tres colegios médicos:

1. El Colegio de Médicos Cirujanos, A. C., en el Hospital Juárez, constituido el 10 de diciembre de 1945 y registrado en la DGP B-401.05-4, autorizada el 10 de julio de 1948 por los doctores Felipe Aceves Zubieta y José de Jesús Marín.
2. El Colegio Nacional de Médicos Cirujanos “Eduardo Liceaga” en el Hospital General de México; constituido en la CDMX con registro en la DGP, B-40.05-5, el 19 de noviembre de 1946.

3. El Colegio de Médicos Militares de la CDMX “Francisco Montes de Oca” A. C., constituido el 19 de noviembre de 1945 y registrado ante la DGP, expediente B-401.05/1 del 27 de julio de 1956.

Mientras tanto, en el resto de la República las cosas se movían de la misma manera, y los médicos se organizaban en todos los estados, ideando instaurar el Colegio Médico de México, que data de 1946. Sin embargo, fue en la década de 1950 que un grupo de galenos demostró fuerte interés en unificar al gremio médico nacional, con el objetivo de obtener un bien tanto para los profesionales como para la comunidad, además de garantizar su actuar en el más alto marco legal, ético y moral, sin fines de lucro.

En 1956, el primer grupo que se reunía se denominó Asociación Médica de la República Mexicana, A. C., la cual posteriormente se nombró Colegio Médico de la República Mexicana, formado por un Consejo que integró a los doctores Antonio López Bermúdez, Fidel Ruiz Moreno, Sergio Zambrano Villa y varios coordinadores. Esta asociación es considerada como el antecesor que construyó los cimientos del hoy llamado Colegio Médico de México, A. C.

Sin embargo, fue hasta el 5 de diciembre de 1961 que se constituyó la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica A. C. (Fenacome) ante el notario público 125 en el Distrito Federal y con la escritura pública número 5100, integrada por los consejos de administración de sólo tres colegios: Colegio de Médicos Cirujanos, Colegio Nacional de Médicos Cirujanos Eduardo Liceaga y Colegio de Médicos Militares de México Francisco Montes de Oca. La Fenacome obtuvo su registro ante la DGP: F-48, DGP SEP.

Formación de la Asociación Nacional del Colegio de Médicos Estatales

Como se mencionó, en aquel momento los médicos de todos los estados se estaban organizando. Los primeros intentos de unificación surgieron en 1956, destacándose el grupo de la Asociación Médica de la República Mexicana, A. C., posteriormente nombrado Colegios Médicos de la República Mexicana, cuyo consejo fue integrado por los doctores Antonio López Bermúdez, Fidel Ruiz Moreno, Sergio Sambrano y varios coordinadores más.

En 1978 se calculó una cantidad de 60 mil médicos mexicanos activos, con 52 escuelas de medicina que formaban anualmente 23,000 médicos. Por lo que la necesidad radicaba en que el problema tenía que ser abordado por alguien que comprendiera la magnitud del asunto. Resultó en reuniones periódicas por este grupo.

El 18 de enero de 1979 fue celebrada una reunión en Chapala, Jalisco, durante la cual se informaron gestiones ante autoridades gubernamentales. Y el 16 de febrero en la CDMX se llegó al acuerdo de informar sobre las inquietudes del gremio médico al entonces presidente de la República Mexicana, José López Portillo.

Las reuniones continuaron celebrándose, hasta que el 15 de febrero de 1980, en una sesión extraordinaria de los Colegios Médicos Estatales en la CDMX, fue creada la Asociación Nacional de Colegio Médicos Estatales (Anacome), participando los estados: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Durango, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, y Zacatecas, sin tener el antecedente de un acto protocolario ante notario público. La primera asamblea de esta asociación tuvo como sede Chapala, Jalisco, en mayo de 1980, resultando electo como presidente el doctor Sergio Zambrano Villa.

En 1993 el doctor Roberto Villasana Cano fue elegido presidente de Anacome, gracias a su incansable labor durante seis años. En 1994 el doctor Villasana unificó a la Anacome y Fenacome en una sola organización, además de lograr que la Fenacome fuese admitida en la World Medical Association (WMA, traducido del inglés como Asociación Médica Mundial) el primero de septiembre de ese año.

Formación del Colegio Médico de México

La Fenacome y la Asociación Médica Nacional, ya integradas por todos los colegios médicos de la República Mexicana en una sola organización gremial, cambió su nombre a Colegio Médico de México A. C. (CMM) gracias a la gestión del doctor Héctor Fernández González, quien protocolizó el acta notarial número 60907 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Y, como dato relevante a comentar, quien tomó protesta al doctor Héctor Fernández como presidente del CMM para el periodo 1999-2001 fue Ernesto Zedillo Ponce de León, presidente de México en aquel momento.

El 28 de julio de 2001 se llevó a cabo una Asamblea Nacional Extraordinaria en la Ciudad de San Luis Potosí, S. L. P., donde se reunieron los delegados oficiales de los Colegios de Médicos Cirujanos que integraban la Fenacome. Una vez concluido el acto protocolario, fueron relatados los antecedentes y esfuerzos realizados para unificar a la comunidad de médicos cirujanos del país en una sola organización gremial: la organización de los primeros Colegios Médicos, la fundación de la Fenacome, la unificación de los Colegios Médicos

Estatales en Chapala, la Anacome y su fusión subsecuente en el año 1994 con la Fenacome (fundada y registrada previamente en la DGP).

Meses más tarde, el 7 de septiembre de 2001 el doctor Héctor Fernández González propuso unificar a todos los colegios médicos estatales y a la Anacome en la Fenacome, para integrar una sola organización gremial en el país, logrando cambiar el nombre a Colegio Médico de México A. C. (CMM) mediante escritura pública número 60907, ante notario # 60 de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, (licenciado Jesús Montaña García). Se utilizó el sello del Escudo Nacional con leyenda Secretaría de Relaciones Exteriores, México, Permiso 19004671. Expediente 6109241031. Folio 7589, reproducción textual del documento original: “En atención a la solicitud presentada por el Dr. Héctor Fernández González en representación de la Fenacome, esta Secretaría concede el permiso para cambiar la denominación de Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica A. C. a Colegio Médico de México A. C.

El CMM-Fenacome A. C. tiene su registro ante la DGP y aparece como sigue: Registro F-48 DGP SEP. Como fue mencionado antes, el CMM-Fenacome está afiliado a la Confederación Médica Latinoiberoamericana y del Caribe (por sus siglas Confemel), y a la WMA, gracias a la gestión del doctor Roberto Villasana Cano.

Ulteriormente, el doctor Alfonso Puebla Pérez, presidente en el periodo 2001 a 2003, invitó al doctor Reynaldo Cantú Mata a integrar la Comisión de Certificación de Actualización Médica del CMM, sentando las bases del reglamento estatal y nacional para la certificación por los colegios estatales, estableciendo el diseño y tamaño del diploma, así como las figuras firmantes requeridas.

En la Asamblea Nacional del CMM realizada en Manzanillo, Colima, se redactó y difundió la carta de derechos de los médicos, misma que después fue publicada por las autoridades de salud, atribuyéndose de manera arbitraria la autoría.

En septiembre de 2005, durante la Asamblea Nacional XLI del CMM, se contó con la participación de altos representantes de asociaciones internacionales: el doctor Yank D. Coble, presidente de la WMA, doctora Ruth L. Collins y doctor William Tholl, presidentes de la Canadian Medical Association (CMA, traducido del inglés como Asociación Médica de Canadá), entre otras personalidades como el doctor Kgosi Letlape, doctor José Luiz Gomes Do Amaral, etc. Es de destacar que, al pertenecer a la Confemel, el CMM ha recibido a presidentes de dicha organización, como al doctor Aníbal Cruz.

En la Asamblea Nacional LII del año 2011, realizada en Argentina, los representantes del CMM fuimos invitados a la Asamblea de Confemmel, ya formando parte de esta organización.

En este mismo año, para la Asamblea Nacional LIII realizada en Chihuahua, Chihuahua, se contó con la presencia del doctor José Luiz Gomes Do Amaral, presidente de la WMA; durante la cual el C. César Duarte, gobernador del estado en ese entonces, tomó protesta al Consejo Directivo.

Es de mencionar que el CMM reconoce a un Colegio Médico por estado, que funciona como una federación a nivel estatal, coordinando a los colegios, asociaciones y federaciones del estado, llegando a afiliar en algunos hasta 30 asociaciones.

Las obligaciones y derechos de los colegios están referidos en el artículo 50 de la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio profesional. Especifica que los Colegios de Profesionistas tendrán los siguientes propósitos:

- a. Vigilancia del ejercicio profesional, con el objeto de que éste se realice dentro del más alto plano legal y moral.
- b. Promover la expedición de leyes, reglamentos y reformas relativos al ejercicio profesional.
- c. Auxiliar a la administración pública, con capacidad para promover lo conducente a la moralización de ésta.
- d. Denunciar a la Secretaría de Educación Pública o a las autoridades penales las violaciones a la presente Ley.
- e. Proponer los aranceles profesionales.
- f. Servir de árbitro en los conflictos entre profesionales, o entre éstos y sus clientes cuando acuerden someterse los mismos a dicho arbitraje.
- g. Fomentar la cultura y las relaciones con los colegios similares del país o extranjeros. Prestar la más amplia colaboración al poder público como cuerpos consultores.
- h. Representar a sus miembros o asociados ante la DGP.
- i. Formular los estatutos del Colegio, depositando un ejemplar en la propia DGP.
- j. Colaborar en los planes de estudios profesionales.
- k. Hacerse representar en los congresos relativos al ejercicio profesional.
- l. Formar lista de sus miembros por especialidades para llevar el turno conforme al cual se deberá prestar el servicio social.
- m. Anotar anualmente los trabajos desempeñados por los profesionistas en el servicio social.
- n. Formar listas de peritos profesionales por especialidades, que sean las únicas que sirvan oficialmente.

- o. Velar porque los puestos públicos en que se requieran conocimientos propios de determinada profesión estén desempeñados por los técnicos respectivos con título legalmente expedido y debidamente registrado.
- p. Expulsar de su seno, por voto de dos terceras partes de sus miembros, a los que ejecuten actos que desprestigien o deshonren a la profesión. Será requisito en todo caso escuchar al interesado y darle plena oportunidad de rendir las pruebas que estime conveniente, en la forma que lo determinen los estatutos o reglamentos del Colegio.
- q. Establecer y aplicar sanciones contra los profesionistas que faltaren al cumplimiento de sus deberes profesionales, siempre que no se trate de actos y omisiones que deban sancionarse por las autoridades.
- r. Gestionar el registro de los títulos de sus componentes.

En toda la trayectoria del CMM, durante sus diferentes etapas de creación y de unificación, se ha intentado incorporar a más colegios médicos estatales. Por otro lado, he de destacar que el permanente contacto del CMM con las asociaciones médicas internacionales ha favorecido y mantenido el reconocimiento de exclusividad como la única institución médica del país.

El CMM reconoce a todos los consejos directivos que han transitado en la historia desde su creación, así como todas sus aportaciones, logros para el posicionamiento nacional e internacional y trabajo realizado, apegado a la misión, la visión y el objeto social, por y para el beneficio del gremio médico y de la sociedad mexicana.

Referencias bibliográficas

<https://www.milenio.com/cultura/laberinto/jose-Vasconcelos-odisea-cultural-educativa-cambiomexico#El20%Arte20%Mexicano>y20%Muralismo>

Aportaciones de los ex presidentes de Fenacome-Colegio Médico de México, A. C.:

- Dr. Reynaldo Cantú Mata.
- Dr. Jesús Reynoso Othón.
- Dr. Federico Marín y García.
- Dr. Ramón Murrieta González.
- Dra. Belinda Carmen Cázares Gómez.

Historia y actualidad del sistema Teletón

Lourdes Vega Vega

Las fundaciones desempeñan un papel fundamental en los sistemas de salud, tanto a nivel global como nacional. Su importancia radica especialmente en su capacidad de complementar y fortalecer aquellos aspectos en los que los sistemas públicos o privados enfrentan limitaciones.

Las fundaciones aportan recursos para la atención a grupos vulnerables. De manera especial, las organizaciones de la sociedad civil que se enfocan en áreas de la salud llevan a cabo acciones que abonan a la prevención, a la educación, promueven la innovación, la investigación y realizan acciones asistenciales en diferentes entornos urbanos y rurales. Todo esto, para sumar esfuerzos con las instituciones de gobierno y la iniciativa privada con el objetivo de lograr sociedades más desarrolladas.

En general, en países en desarrollo como México, todas las organizaciones de la sociedad civil han sido actores importantes en el fortalecimiento de los sistemas de salud, especialmente en los dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad y en la atención de necesidades no completamente cubiertas.

En nuestro país existen fundaciones muy reconocidas por sus aportaciones en el campo de la salud, pero sin duda destaca una que por casi 30 años ha tenido un crecimiento constante y que ha impactado de manera positiva a una gran parte de la población mexicana a través de las causas que atiende y el cambio de cultura que promueve: la Fundación Teletón.

Definición

Fundación Teletón es una organización sin fines de lucro dedicada a brindar atención integral y de calidad a personas con discapacidad, cáncer y autismo,

para promover el desarrollo de su máximo potencial, así como su inclusión en la sociedad.

Historia

En 1997 arrancó este proyecto, con el sueño de unir a empresas, medios de comunicación y sociedad para, con gran profesionalismo, atender las necesidades de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y las de sus familias.

A la causa de la discapacidad, sumamos las del autismo y del cáncer por la creciente necesidad de atención integral en estos temas. A partir del año 2009, Teletón comenzó a aportar recursos a instituciones que atendían a niños con cáncer para mejorar su infraestructura y en 2013 iniciaron las operaciones del Hospital Infantil Teletón de Oncología.

El Sistema Infantil Teletón (SIT) es el sistema privado de rehabilitación infantil más grande y mejor calificado del mundo, tiene como objetivo unificar la estructura de funcionamiento y mantener los mismos estándares de calidad en todos los centros.

A través de nuestro evento anual de unidad nacional convocamos a todo México impulsando valores como el amor, la generosidad y la solidaridad.

Dentro de nuestras más arraigadas convicciones y prácticas, somos una institución que suma esfuerzos y en esta suma se encuentra una de nuestras mayores fortalezas. En Teletón reconocemos y fomentamos que todos los seres humanos tenemos la misma dignidad por el único hecho de ser personas.

Teletón representa la oportunidad de renovar la confianza en las personas y en las instituciones; simboliza la unión y el compromiso de diferentes sectores de la sociedad en torno a una causa social.

Nuestra misión

Elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad, autismo y cáncer promoviendo su plena inclusión.

Nuestra visión

Construir un país incluyente y ser una organización líder en los ámbitos de la discapacidad, el autismo y el cáncer.

El patronato de Fundación Teletón se conforma por destacados miembros de la sociedad, empresarios y dueños de medios de comunicación, quienes contribuyen a encaminar la evolución y el cumplimiento de los objetivos.

Figura 1. Fotografía del Hospital Infantil Teletón de Oncología (HITO) en Querétaro, Qro.



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Infantil Teletón de Oncología, Fundación Teletón México.

Análisis

El cáncer infantil representa un problema de salud pública, dado que uno de cada 10 mil niños cada año desarrolla cáncer y del 65 al 90% de las familias sin seguridad social no cuentan con recursos económicos para su atención. A nivel mundial mueren cada año 90 mil niños con cáncer. A nivel nacional, mueren cada año 2,300 niños a causa del cáncer, por lo que ante esta situación y los resultados subóptimos en nuestro país para los niños con cáncer, en donde la sobrevivencia promedio nacional es del 57%, la Fundación Teletón creó un hospital con un modelo de atención integral que eleva para los niños las posibilidades de sobrevivir en tasas similares a las de los países desarrollados, y que se describe a continuación:

Modelo médico

El Hospital Infantil Teletón de Oncología (HITO) es el primer hospital en México con atención integral y exclusiva para niños con cáncer, con diseño arquitectónico bajo estándares internacionales y con colores y espacio que permiten al niño y a su familia sentirse en un ambiente cálido y de acompañamiento, con un enfoque centrado en la familia. El modelo es resolutivo y pleno, garantizando que el paciente tendrá una atención integral y oportuna.

Tiene cinco ejes rectores con los cuales cubre los elementos necesarios para que un niño con cáncer pueda aspirar a las mayores posibilidades de sobrevivir.

El primer eje rector es el diagnóstico de certeza. De este eje rector parte tanto el equipamiento con la tecnología de punta necesaria como el equipo humano altamente especializado en las diferentes áreas involucradas en el diagnóstico de los niños con cáncer, que son los laboratorios y el área de imagenología. Sólo con base en un diagnóstico correcto se puede dar el tratamiento correcto.

El segundo eje rector es el tratamiento de vanguardia. Involucra el acceso a las modalidades de tratamiento oncológico como son quimioterapia, cirugía y radioterapia. Las herramientas son los medicamentos citotóxicos, la radiación con acelerador lineal y las intervenciones quirúrgicas de alta especialidad. Todo esto nos coloca a la vanguardia en tratamientos de alta especialidad y complejidad.

Se calcula que el 15% de los pacientes con cáncer en edad pediátrica requerirán un trasplante de médula ósea, por lo que Teletón ofrece en el HITO un programa para trasplante autólogo y alogénico con exitosos resultados e indicadores, como lo son el tener más del 90% de injerto.

El tercer eje rector es la prevención y el manejo oportuno de complicaciones principalmente infecciosas y hemorrágicas, que son causa importante de muerte en niños durante su tratamiento oncológico. Este eje se refiere a la infraestructura, así como a la calidad de la respuesta ante una situación inesperada que es causada por efectos del cáncer o del tratamiento antineoplásico. Un elemento importante e imprescindible es el contar con personal especializado para áreas críticas las 24 horas del día, lo cual se cumple al 100% en el HITO.

El cáncer produce un estado de indefensión y vulnerabilidad porque el sistema inmunológico se encuentra alterado en su equilibrio, lo que desencadena una propensión a adquirir fácilmente infecciones que pueden ser fatales. Aunado a esto, el tratamiento, principalmente la quimioterapia, agrava la situación de inmunodeficiencia y puede producir disminución de elementos sanguíneos como las plaquetas, lo que lleva al paciente a presentar hemorragias que pueden ocasionar la muerte.

El cuarto eje rector es la calidad de vida. Dado el modelo con enfoque humano que hemos implementado en Teletón, este eje es fundamental y marca lineamientos para que los cuidados vayan acompañando al paciente desde el día de su llegada tanto en cuanto al aspecto emocional, en donde recibe apoyo por parte de Psico-Oncología, así como de medicina del dolor.

Un niño con cáncer sufre físicamente, pero también emocionalmente porque tiene sentimientos de miedo, tristeza, ansiedad y depresión por la situación que está viviendo y por las consecuencias del cáncer y su tratamiento. Sufre también porque ve a sus padres angustiados y desesperados, lo que muchas

veces lleva a producir sentimientos de culpa en el mismo paciente. Para afrontar de la mejor manera la enfermedad y su proceso, es importante contar con un programa de Calidad de Vida, mediante un enfoque basado en la familia.

El quinto eje rector es la Casa Teletón y atiende las necesidades sociales y económicas, que en nuestro país son la causa de abandono y muerte en remisión. El promedio nacional de abandono de tratamiento es del 10 al 15%, lo que se abate con la Casa Teletón. Esto convierte a la Fundación Teletón en una institución que ha creado un modelo único y uno de los pocos en el mundo con este sistema integral de calidad para aumentar la sobrevivencia de nuestros niños.

Figura 2. Modelo médico. Hospital Infantil Teletón de Oncología (HITO)



Fuente: Archivos del Hospital Infantil Teletón de Oncología, Fundación Teletón México. En <http://hito.org.mx/>

Figura 3. Logo del Hospital Infantil Teletón de Oncología



Fuente: Archivos del Hospital Infantil Teletón de Oncología, Fundación Teletón México. En <http://hito.org.mx/>

Propuesta

Manejo multidisciplinario

Los cinco ejes rectores se interrelacionan entre sí para ofrecer las mayores posibilidades de sobrevivir a esta enfermedad. El cáncer infantil es una enfermedad que amerita un abordaje integral y multidisciplinario basado en altos estándares de calidad.

La propuesta de Teletón es atender a los niños y adolescentes con cáncer con un modelo que proporciona todos los elementos médicos necesarios, pero que además cubre los aspectos sociales y económicos que puede tener un paciente con cáncer en edad pediátrica.

Este modelo que proponemos va desde el diagnóstico de certeza hasta el tratamiento de vanguardia, añadiendo el cuidado de la calidad de vida y la atención a factores no biológicos que en países como el nuestro agravan el pronóstico. Con un abordaje integral y multidisciplinario mejoraremos el índice de sobrevida hasta ahora alcanzado en nuestro país para los niños y adolescentes con cáncer.

Clústeres en salud: perspectiva de gestión sobre la atención privada

Ramón Soto Ruelas

Juan Manuel Fraga Sastrías

Obed Suárez Córdova

Ingrid Nohemí Durán Martínez

Los clústeres en salud son agrupaciones de empresas, instituciones académicas, organismos gubernamentales y otros actores clave, que a través de la colaboración estratégica buscan mejorar la calidad y eficiencia del sector salud. En el contexto mexicano, estos clústeres cumplen un papel crucial en la gestión y mejora de la atención médica privada, promoviendo la innovación, la capacitación, el desarrollo de tecnologías médicas y el establecimiento de buenas prácticas en todos los niveles del sistema de salud.[1] La importancia de los clústeres en salud radica en su capacidad para generar un impacto positivo en la calidad de los servicios de atención médica, tanto en el sector público como en el privado, mediante la cooperación y la coordinación entre diversos sectores.[2]

Gestión en el sector salud privado

La regulación en el ámbito de la salud privada en México ha experimentado una evolución constante para garantizar la calidad de los servicios y proteger los derechos de los pacientes. Sin embargo, existen desafíos significativos relacionados con la supervisión efectiva de los servicios privados y la necesidad de actualizar la normativa, para adaptarse a la innovación tecnológica y a los modelos de atención emergentes.[3] En este contexto, los clústeres de salud

pueden desempeñar un rol fundamental al colaborar con las autoridades reguladoras para asegurar que las instituciones privadas cumplan con las normas nacionales e internacionales que rigen el sector, al compartir herramientas de mejores prácticas, aprovechando el avance tecnológico e infraestructura y otros recursos que el sector privado tiene la posibilidad de adquirir, dando así la oportunidad a mejorar el desarrollo de las instituciones de salud, con calidad y seguridad, añadiendo valor al desarrollo del país.[4]

El sistema de salud privado en México ha experimentado un rápido crecimiento en las últimas décadas, lo que ha generado una presión sobre las autoridades para que desarrollen políticas públicas adecuadas que aseguren la calidad de los servicios y la accesibilidad para los usuarios.[5] La participación activa de los clústeres puede ser un catalizador para fomentar una regulación más eficiente y orientada hacia los avances tecnológicos, mejorando la interoperabilidad entre los servicios públicos y privados, garantizando que los recursos sean utilizados de manera más eficiente.[6] Aunque los clústeres no tienen facultades regulatorias ni normativas, son agrupaciones que permiten a cada sector autogestionarse. Es decir, sugerir a sus miembros mantenerse actualizados en cuanto a las normativas y regulaciones, realizar auditorías cruzadas y el favorecer las mejores prácticas profesionales entre sus agremiados. Además, permite generar vinculaciones con las autoridades regulatorias y académicas, que faciliten la incorporación de recursos humanos apropiados a las demandas tan cambiantes de esta industria. También incentiva la mejora continua, como una manera no sólo de prevenir problemas regulatorios, sino también de elevar la calidad y competitividad del sector.

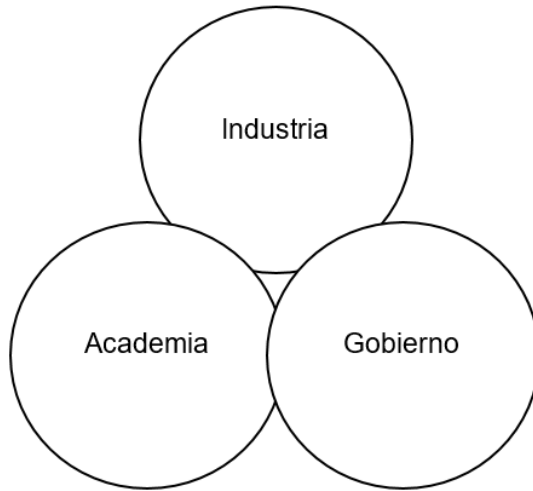
El rol de los clústeres en la gestión de la atención privada

Los clústeres en salud ofrecen una plataforma para que los actores del sector privado estén alineados con la legislación, la normatividad y los estándares nacionales e internacionales, lo que contribuye a fortalecer la gestión en este ámbito. De acuerdo con la triple hélice (figura 1), que integra los sectores académico, gubernamental e industrial, los clústeres pueden actuar como intermediarios, incorporando la voz de los prestadores de servicios de salud privados, las autoridades regulatorias y los pacientes.[7]

Por otro lado, la colaboración interinstitucional promovida por los clústeres permite generar un entorno donde las empresas privadas del sector salud puedan implementar buenas prácticas, tecnologías emergentes y políticas de calidad y seguridad, que contribuyan a mejorar la atención médica y a reducir

la brecha entre los sectores público y privado. En este sentido, los clústeres también tienen el potencial de formar alianzas estratégicas para la capacitación de recursos humanos en el sector salud, impulsando el desarrollo de competencias y destrezas técnicas que se alineen con los requerimientos regulatorios actuales y futuros, así como cubriendo las necesidades de los usuarios de los servicios de salud.[8]

Figura 1. Modelo de triple hélice aplicado al clúster queretano médico y de salud, que muestra la colaboración entre Gobierno, industria y academia para fortalecer el sector salud en Querétaro



Fuente: García, J. (2022). La triple hélice y su impacto en el sector salud. *Revista de Salud Médica*, 8(4), 110-119.

Desafíos y oportunidades para el sector salud privado

Uno de los mayores retos para los clústeres en salud es equilibrar la regulación con la flexibilidad necesaria para fomentar la innovación en el sector privado. La normativa debe ser lo suficientemente estricta para garantizar la calidad de los servicios; pero al mismo tiempo debe permitir la experimentación con nuevas tecnologías y modelos de atención médica. El impulso a la innovación dentro de los clústeres puede contribuir al desarrollo de nuevas soluciones en áreas como la telemedicina, la robótica, la biomedicina, la medicina humanizada y la inteligencia artificial, las cuales presentan oportunidades de mejora en la atención privada y pueden convertirse en herramientas clave para optimizar los procesos, la seguridad y la experiencia del paciente.[9]

A pesar de los desafíos regulatorios, los clústeres de salud también representan una oportunidad significativa para fortalecer el sector privado a través de la colaboración y la integración de los avances tecnológicos y las mejores prácticas.[10] Las alianzas entre empresas privadas, instituciones académicas y autoridades públicas no sólo permiten mejorar los estándares de calidad, sino que también crean un entorno favorable para la creación de soluciones innovadoras que puedan responder de manera más efectiva a las necesidades de los pacientes, incluyendo, de manera relevante, el fomento al creciente y pujante turismo de salud en sus diferentes vertientes (médico, *wellness* o bienestar y retiro), con políticas públicas que garanticen la calidad y la seguridad clínica, operativa, administrativa y legal a pacientes visitantes y turistas nacionales e internacionales, abonando al crecimiento y fortalecimiento de los diferentes sectores que participan en esta enorme y productiva cadena de valor.

Conclusión

En resumen, los clústeres en salud desempeñan un papel esencial en la mejora de la atención médica privada en México. A través de su capacidad para fomentar la cooperación entre diversos actores del sector, estos clústeres pueden contribuir al llevar propuestas de desarrollo de nuevas políticas públicas, normativas y modelos de atención ante las autoridades regulatorias del sector salud, apoyar la innovación en el sector salud privado, y garantizar que los servicios médicos ofrecidos sean de la más alta calidad. La interacción entre el sector académico, el gobierno y la industria es clave para el éxito de estos esfuerzos y para la transformación del sistema de salud privado en México.

Referencias bibliográficas

- González, M., López, J., y Martínez, P. (2019). Innovación en los clústeres de salud: Impacto en la atención médica. *J Salud Pública*, 15(3), 123-130.
- Pérez, M., y Rodríguez, A. (2020). *Fundamentos de salud pública*. (3ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fernández, A. (2018). Regulación y políticas públicas en la salud. En: Pérez R. (Ed.), *Avances en salud pública*. (2ª edición, pp. 45-60). Barcelona: Editorial Médica.
- Sánchez, L. (2021). *Impacto de los clústeres en el sector salud de México*. [Tesis de maestría]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre salud y clústeres en América Latina*. Ginebra: oms. Disponible en: <https://www.who.int/informes/cluster-america-latina.pdf>

López, M. (2020). *Innovación en los clústeres de salud. Innovación en México*. [Accedido 10 marzo 2025]. Disponible en: <https://www.innovacionmexico.com/clusters-salud>

García, J. (2022). La triple hélice y su impacto en el sector salud. *Revista de Salud Médica*, 8(4), 110-119.

Ríos, G. (2020). Regulatoria de la atención médica privada en México. *Revista de Derecho Sanitario*, 25(6), 180-194.

Hernández, F. (2021). Tendencias tecnológicas en la atención médica privada. *Salud y Tecnología*, 13(7), 56-65.

Vázquez, L., y, Gutiérrez T. (2020). Clústeres y sostenibilidad en el sector salud. *Salud y Desarrollo*, 14(5), 200-210.

Cuadro 1. Comparativa entre atención privada y pública en el sector salud

Aspecto	Atención pública	Atención privada
Acceso	Generalmente accesible para la población, pero con largos tiempos de espera.	Acceso rápido, con servicios de calidad pero con costo elevado.
Regulación	Alta regulación por parte del gobierno, con políticas públicas establecidas.	Regulación menos estricta, aunque aún se rige por normas de salud.
Costo	Financiada por el gobierno, accesible para todos los estratos sociales.	El costo varía, lo que puede generar barreras para ciertos grupos.
Innovación y tecnología	Menor acceso a tecnologías avanzadas debido a limitaciones presupuestarias.	Alta inversión en tecnología y servicios especializados.
Enfoque de atención	Generalmente masivo, con menos personal por paciente.	Más personalizado, con un enfoque centrado en el paciente.

Fuente: Ríos, G. [2020]. Regulatoria de la atención médica privada en México. *Revista de Derecho Sanitario*, 25[6], 180-194.

Sección VII:

Perspectiva de educación

Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México: educación médica de calidad para un mejor sistema nacional de salud

Marcela González de Cossío

La Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México, A. C. (Acanemed) surgió hace 15 años, gracias a la iniciativa de los doctores José Francisco González Martínez y Alberto Lifshitz Guinzberg, ambos con trayectorias destacadas en la medicina, investigación y dirección de servicios de salud y educación, quienes durante meses desarrollaron y presentaron el proyecto de la asociación a diversos y reconocidos médicos, investigadores, directivos, educadores, funcionarios de instituciones y organismos educativos y de salud, públicos y privados. La constitución se llevó a cabo el 10 de noviembre de 2009 en el auditorio del Hospital General de México y en acto solemne se llevó a cabo la firma del acta constitutiva por 93 fundadores. El objetivo fundamental es "Contribuir en el fortalecimiento e innovación de la educación médica y en el desarrollo profesional continuo de los docentes en los Estados Unidos Mexicanos para el beneficio de la población". A lo largo de estos 15 años ha realizado nueve Congresos Nacionales y tres Internacionales abordando temas innovadores, impulsando iniciativas y políticas en la materia y proponiendo cambios sustanciales en aspectos docentes, tecnológicos, metodológicos, bioéticos.

La contribución cada vez es de mayor relevancia gracias a la participación de académicos en los estados del país y a la mayor vinculación con instituciones y organismos nacionales e internacionales.

La Acanemed se crea y evoluciona a partir del análisis del devenir de la educación médica en México y en el mundo, del cual comparto algunos aspectos relevantes así como propuestas y perspectivas ante rezagos importantes que a pesar de los avances realizados por todos, en el momento actual tenemos pendientes que ya no pueden esperar: el fortalecimiento de la clínica sobre los estudios, la empatía y calidez con el paciente y sus familiares, el diseño curricular con la actualización de perfiles profesionales de pre y posgrado para nivelar horizonte y profundidad del ámbito de acción y responsabilidad de cada área médica con mayor capacidad resolutive y menor tiempo de formación, pero fortaleciendo el desarrollo profesional continuo disciplinar, incluyendo educación, investigación y gestión y un punto muy álgido es sin duda la violencia que prevalece en todos los ámbitos de la formación del médico.

Devenir de la educación médica

Educación médica y el sistema de salud

El correcto ejercicio de la medicina ha sido una preocupación desde los inicios de la disciplina y la calidad de la transmisión de su contenido y práctica traducida en educación médica, ha sido de interés en todas las latitudes a lo largo del desarrollo de las sociedades.

La finalidad de una educación médica de calidad es contribuir en la mejora continua de los sistemas de salud responsables de garantizar el derecho humano a la protección a la salud.

Esto requiere del fortalecimiento rector de las instancias gubernamentales responsables de establecer las políticas y referentes regulatorios que den garantía de la formación adecuada del personal y para una óptima configuración, organización y funcionamiento del sistema de salud.

Los hilos conductores deben ser producto de la participación colaborativa de las instituciones y organizaciones involucradas en la formación del personal encargado de la prestación de los servicios de salud.

La configuración del sistema de salud debe basarse también en los diagnósticos de necesidades de la población, lo que fundamenta cuál es la infraestructura, equipamiento, tecnología, número y tipo de personal médico y del equipo de salud que se requiere para la atención ambulatoria y hospitalaria

que pueda dar respuesta a lo que se requiere para la conservación y atención a la salud de las comunidades.

Esto también da pauta para definir o redefinir el perfil profesional del personal de salud y, en el caso del médico, las competencias y responsabilidades tanto del médico general como de los diversos especialistas, situación que impacta los aspectos de diseño curricular tanto en duración como contenidos.

En el momento actual, a nivel nacional y global es necesario llevar a cabo ambas reingenierías, contemplando los aspectos geopolíticos, de tecnología digital, inclusión, salud ambiental, avances disciplinares y del contexto social y bioético.

Las políticas en educación médica

Sin pretender ser exhaustivos, mencionaré dos momentos en los que, con el fin de resolver y prevenir problemas derivados de malas prácticas en la atención médica, se consideró indispensable mejorar la formación.

Uno a finales del siglo XVIII en Francia, se realizó una reforma médica liderada por Pierre-Jean-Georges Cabanis, derivada de la incidencia de problemas importantes en la atención de la salud de la población, identificaron que la causa era la prestación de muy deficientes servicios por "médicos" con formación diversa, por lo que establecieron las siguientes políticas: a) unificación de la enseñanza médica bajo la rectoría del Estado; b) creación de escuelas de salud, y c) basar la enseñanza en la anatomía y la clínica.¹

En 1910, con el reporte Flexner se genera un "parteaguas" en la formación médica derivado del estudio que se hizo en Estados Unidos y Canadá, realizado también por los problemas de mala atención médica detectados, dando paso al establecimiento de criterios para la educación médica basados en la medicina científica y en la práctica hospitalaria como ejes, lo cual se convirtió en política, teniendo como consecuencia que de 155 escuelas de medicina, sólo quedaran 33 que cumplieran con estos lineamientos.²

En 1984, bajo el liderazgo del doctor Guillermo Soberón Acevedo, secretario de Salud, se emitió la Ley General de Salud de México³ que abrogó el Código Sanitario vigente desde 1940 y en la que se abrió un espacio explícito que no

1 Foucault, Michel. [s/f]. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.*

2 *The Flexner Report: Medical Education in the United States and Canada-A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.*

3 Ley General de Salud. <https://www.gob.mx/senasica/documentos/ley-general-de-salud-299430?state=published>

existía en el Código, para la regulación de la formación y actualización del personal de salud, estableciendo dos aspectos fundamentales: primero que “La formación de recursos humanos para la salud corresponde a las instituciones educativas, las cuales deberán coordinarse con la Secretaría de Salud y con las instituciones de salud, en los términos que establezcan las disposiciones aplicables”, y segundo que “la capacitación del personal de salud corresponde a las instituciones de salud, las cuales deberán coordinarse con las instituciones educativas”.

Para dar cumplimiento a la Ley, se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS),⁴ como un órgano de coordinación entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, para promover la articulación entre instituciones educativas y de salud con la finalidad de:

1. Planear y evaluar la formación de recursos humanos para la salud.
2. Establecer lineamientos para la formación y capacitación.
3. Garantizar que los programas académicos respondan a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Esta Comisión, con sus respectivos comités, ha participado en el establecimiento de políticas en educación médica a nivel de recomendaciones, así como en el desarrollo de normatividad para la mejora en la planeación de escuelas y facultades, el internado médico, el servicio social, las residencias médicas, entre otros temas relevantes.

Otros organismos como la Academia Nacional de Medicina de México, A. C. y la Academia Mexicana de Cirugía, A. C., así como la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C., han sido generadoras de programas y procesos clave para la calidad de la educación médica y a la que se ha sumado desde 2002 el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A. C. (COMAEM), que ha propiciado mejores prácticas para la formación médica.

Los retos y propuestas de Acanemed

La situación geopolítica, la evolución científica y tecnológica, los cambios poblacionales, los determinantes sociales y la situación ambiental, los consensos y compromisos internacionales y globales generan retos de mayor complejidad para proporcionar los servicios médicos con la cobertura, de manera perso-

4 CIFRHS. https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html

nalizada y con calidad y calidez que en términos de justicia social requiere la población.

Contribuyen a estas debilidades, la eliminación del Seguro Popular, los cambios en el sistema de salud que no han funcionado y la infraestructura hospitalaria, desde hace décadas, han sido de las más bajas en la OCDE.⁵

La falta de recursos financieros conlleva la de equipamiento, tecnológicos y consumibles, así como el déficit en décadas tanto de personal como de médicos generales y de especialistas cuyo impacto en áreas prioritarias evidencian la necesidad de cambios sustantivos, para lo cual Acanemed ha presentado opciones para innovar y mejorar, entre otros aspectos, los siguientes:

Generación de un modelo de atención sectorial integrado y modelos de atención específicos

Modelo sectorial integrado

Con interacción sistémica entre unidades, instituciones y otros sectores relacionados. Contemplando la salud animal, salud digital, salud ambiental, la responsabilidad social, la interacción interprofesional efectiva, el respeto a los derechos humanos y laborales, con garantía de la seguridad del paciente tanto en la promoción como en la prevención y atención a la salud, como en la investigación y desarrollo de la medicina. Con todo lo anterior, favoreciendo la calidad e innovación de la formación médica a nivel pregrado y posgrado.

Modelo específico de medicina familiar

Privilegiar y consolidar la atención en el primer nivel a través del enfoque al núcleo de la sociedad, es un paso importante para la integración y consolidación a través de un modelo único para las principales instituciones públicas, IMSS, ISSSTE y servicios de salud estatales. Éste a su vez basado en las tecnologías digitales, desarrollo profesional continuo, adecuación del marco de calidad, deontológico y legal para garantizar la seguridad del paciente. La educación médica de pregrado deberá por tanto dar preponderancia en lugar del médico general, al perfil de médico familiar, contemplando estas características.

5 OCDE. https://www.oecd.org/es/publications/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud_9789264012424-es.html

Modelo específico de atención hospitalaria

Éste debe orientarse a la construcción de pequeñas unidades para cirugía ambulatoria y de corta estancia, con tecnología digital, redes, ciberseguridad, manejo de telesalud, robótica y con expediente clínico electrónico. Reestructurando la organización y funcionamiento de las unidades grandes para los casos que ameritan mayor estancia hospitalaria y para la instalación de unidades de investigación y desarrollo.

Lo anterior implicaría la identificación de los médicos especialistas a formar para estas unidades, con ello redefinir los perfiles profesionales, los planes de estudio, tiempo de formación y plan para el desarrollo profesional continuo.

Modelos de atención específicos para áreas de salud prioritarias

Entre otros: salud materno-fetal, diabetes, sobrepeso y obesidad, cardiovasculares, cáncer, salud infanto-juvenil, salud visual, salud bucal, geronto-geriatria, con la respectiva planeación para la cantidad de médicos en esas áreas, así como del personal en otras carreras de la salud para la integración de los equipos de trabajo con el enfoque a cada prioridad.

Reingeniería de la educación médica

Perfil, tiempo, esquemas, áreas y costos de formación efectivos y pertinentes. El incremento en los años del currículo médico en pre y posgrado, la saturación de asignaturas, de contenidos y la inversión en tecnología para simulación de alta fidelidad, la disminución de tiempo para el aprendizaje clínico, el esquema de especialidad troncal completa o parcial para el ingreso a la especialidad de rama, han incrementado los costos de formación, disminuido la capacidad resolutive y demorado la incorporación de más médicos generales y especialistas al mercado de trabajo. Por lo anterior, desde hace cinco años estamos proponiendo:

Licenciatura

Un currículo disciplinar estandarizado, con dos fases. La primera con enfoque a medicina familiar de cuatro años, dos en el plantel y dos en campos clínicos de primer nivel de atención y rotaciones en hospitales, privilegiando los servicios troncales, enfocado 80% en la solución de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención y 20% en la identificación y referencia oportuna de los casos que requieren atención médica especializada o la de otros profesionales de la salud.

En esta fase también proponemos la estandarización de contenidos esenciales para lograr el nivel de resolución de contenidos que actualmente, como efecto de la globalización, impactan el quehacer cotidiano del médico en aspectos relacionados con la salud animal, zoonosis y toxicología, la salud ambiental particularmente el exposoma y el urbanismo, la medicina personalizada, incluyendo ciencias ómicas y las de salud digital mencionadas.

En la segunda fase proponemos cuatro salidas en una modalidad de incorporación temprana a la especialidad o maestría/doctorado, en los que los años de internado y servicio social se desarrollen en cada salida particular.

Posgrado. Modalidad de incorporación temprana

1ª Salida a especialidad de medicina familiar

Con dos años de internado enfocados en prácticas profesionales en unidades de medicina familiar y dos años más de residencia en medicina familiar. Cabe mencionar que en el Pleno de la CIFRHS de 2014 se aprobó la licenciatura en medicina familiar.

Con aseguramiento del ingreso directo al término de la primera fase de la licenciatura al posgrado, con horarios y rotaciones que no excedan las 40 horas semanales y una guardia de ocho horas, en fin de semana en consulta externa en los servicios de las especialidades de gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.

2ª Salida a especialidades médicas no hospitalarias, existentes y nuevas

Con dos años de internado en unidades del sector salud enfocadas en la especialidad. Entre otras: salud pública, epidemiología, salud escolar, gerontología, adicciones, medicina preventiva, salud laboral, bariatría clínica.

Con aseguramiento del ingreso directo al término de la primera fase de la licenciatura al posgrado, con horarios y rotaciones que no excedan las 40 horas semanales y una guardia de ocho horas de fin de semana cada mes, para prácticas profesionales o investigación en la unidad de formación.

3ª Salida a maestría y doctorado, integrados en investigación

Con dos años de introducción en unidades del sector salud o educativo enfocadas en el área de la maestría y doctorado.

Con aseguramiento del ingreso directo al término de la primera fase de la licenciatura al posgrado, con horarios y rotaciones que no excedan las 40

horas semanales y una guardia de ocho horas en fin de semana cada mes, para prácticas profesionales.

4ª Salida a residencias médicas

Con dos años de internado en unidades del sector salud en los respectivos servicios de la especialidad y tres años de residencia con guardias A-B-C-D.

El ingreso estaría supeditado al proceso de selección mediante examen nacional. Con opciones para quienes no logren el ingreso, de esperar un año más o retomar la incorporación a la especialidad de medicina familiar.

Estamos proponiendo también el proyecto que se trabajó en 2012-14 en CIFRHS para que todas las residencias sean de entrada directa con un modelo curricular que incluya en manera pertinente los conocimientos, habilidades y destrezas de las troncales para la formación adecuada en la respectiva especialidad.

Y respecto a los cursos de posgrado de alta especialidad, también estamos llevando a cabo una revisión, toda vez que no existen criterios nacionales para su justificación, tiempo, contenido, impacto y pertinencia de su desempeño, así como el respaldo legal de la aplicación en la práctica clínica y ya existen más de 220 ofertas en el país.

Perspectivas

Estas reflexiones y propuestas las trabaja y fundamenta actualmente Acanemed en un contexto de salud global, salud digital, salud ambiental y animal, responsabilidad social en salud, educación médica interprofesional, enfoque en los estilos de vida y determinantes sociales y en desarrollo de un observatorio nacional de bioética y derechos humanos y laborales en el que se han vinculado la Academia Nacional Mexicana de Bioética, la Asociación de Médicos en Formación, el programa Salmer Care de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y la AMFEM.

Se continúa con la constitución de los capítulos estatales, ya que es importante identificar las particularidades de cada uno y capitalizar sus aportaciones.

Todo lo anterior también para establecer estrategias para el desarrollo docente que requiere de mejor oportunidad de desarrollo en estas tareas y reconocimiento laboral. El espacio docente asistencial es el nicho donde el médico-docente, además de ser el responsable del paciente, a la vez es de la educación médica de los estudiantes.

También realiza vinculaciones con otros organismos nacionales e internacionales para el desarrollo de los programas estratégicos. Actualmente Acanemed es miembro fundador de la Red Iberófona de Responsabilidad Social en Salud y está en formalización su inclusión en la Alianza Ética por la Salud, con la Fundación de la UASLP "Dra. Beatriz Velázquez Castillo" y con el Clúster Médico Jalisco.

Participa y colabora con las autoridades de salud y educativas para el impulso en la innovación y mejora de la educación médica, principalmente la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Para el desarrollo de sus actividades, la Acanemed cuenta con un equipo de trabajo que se guía por el marco axiológico que establece su misión, visión, principios, valores, pilares de actuación.

La excelencia es el camino para la mejora e innovación de procesos y servicios, para el desarrollo del capital humano y la contribución en la generación de un mejor contexto social para beneficio de la población, lo que requiere suma de esfuerzos.

El compromiso de la Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México ratifica su compromiso de contribuir en lograr un sistema de salud de excelencia.

La nueva era de la educación médica en México: una visión hacia el futuro desde la AMFEM

Ramón Esperón Hernández

Jorge Luis García Macías

Haydeé Parra Acosta

Resumen

Desde su fundación en 1957, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) ha sido un actor clave en la mejora continua de la educación médica en México. Este artículo presenta una visión estratégica hacia 2050 que integra tendencias globales, marcos normativos internacionales y los compromisos derivados de agendas institucionales recientes. Se abordan retos asociados con la aceleración tecnológica, la transición epidemiológica, el cambio climático, la desigualdad en el acceso a la salud y la necesidad de promover modelos educativos inclusivos, sostenibles y centrados en las personas. La propuesta articula principios de colaboración interprofesional, humanismo médico, innovación curricular y salud planetaria, en consonancia con marcos de referencia de la WFME, la OMS y la UNESCO. Se plantean transformaciones clave en la formación de profesionales médicos, desde el pregrado hasta el desarrollo profesional continuo, con énfasis en la equidad, la calidad y la sostenibilidad. El texto propone un modelo de educación médica que combine tecnología con humanismo, vincule a la academia con las comunidades y proyecte a la AMFEM como referente internacional en la transformación de la medicina académica hacia un futuro más saludable y equitativo.

Palabras clave: Educación Médica; Facultades de Medicina; Currículum; Equidad en Salud; Cambio Climático; Salud Ambiental; México.

Abstract

The Mexican Association of Faculties and Schools of Medicine (AMFEM) envisions a transformative future for medical education in Mexico, aligned with global agendas and sustainable health goals toward 2050. Building on decades of leadership in academic medicine, AMFEM proposes a forward-looking model that integrates technological innovation, humanism, interprofessional collaboration, and environmental stewardship. This vision responds to the challenges of accelerated technological change, epidemiological transitions, population aging, the climate crisis, and increasing global interdependence. International frameworks from WFME, WHO, and UNESCO serve as guiding references, emphasizing equitable, collaborative, and sustainable approaches to health professions education. The proposed transformation focuses on flexible, competency-based curricula; integration of artificial intelligence and immersive simulation technologies; promotion of equity and access; strengthening of professional ethics and mental health; and preparation for planetary health challenges. This comprehensive vision positions AMFEM not only as a national benchmark but also as an active global actor in reshaping academic medicine. The document synthesizes the strategic priorities and innovative practices that will guide AMFEM's role in building a medical education system capable of improving health outcomes for all, fostering the well-being of professionals, and contributing to the sustainability of our planet.

Introducción

Desde su fundación en 1957, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) ha desempeñado un papel central en la transformación de la educación médica y el impulso de la medicina académica en México, consolidándose como referente de liderazgo interinstitucional.

A lo largo de sus casi siete décadas, ha impulsado estándares de calidad y responsabilidad social que han fortalecido la formación de médicos capaces de responder a las necesidades de salud de la población, siempre desde una perspectiva ética, humanista y basada en la evidencia [1,2,17].

Este trayecto histórico incluye hitos como la creación del Sistema Nacional de Acreditación y su evolución hacia el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), así como la generación de espacios de diálogo entre las instituciones formadoras de médicos y el sector salud. Estos logros han cimentado una plataforma sólida sobre la cual AMFEM proyecta una nueva etapa: construir una visión de futuro hacia el año 2050, que busca

anticiparse a los retos globales y locales de la medicina y la educación médica, integrando la innovación, la equidad y la sostenibilidad como ejes estratégicos [13,15,18].

En esta visión, la educación médica no se concibe únicamente como un proceso formativo técnico, sino como un ecosistema dinámico y colaborativo, capaz de adaptarse a los cambios acelerados en la ciencia, la tecnología, el ambiente y la sociedad. La adopción de estándares globales de calidad [1–3], la integración de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, la robótica y la simulación avanzada [4–6], y el énfasis en el aprendizaje interprofesional y centrado en las personas [7,8,20] son pilares de este modelo proyectado para las próximas décadas.

Asimismo, la AMFEM reconoce que los desafíos actuales —desigualdad en el acceso a la salud, brechas digitales, deterioro ambiental y crisis sanitarias globales— exigen una transformación curricular profunda que trascienda los enfoques tradicionales y promueva competencias para la atención integral, la salud planetaria y el trabajo colaborativo en entornos complejos [10,12,18,20].

Esta perspectiva se nutre de agendas internacionales como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030, así como de las estrategias acordadas por la AMFEM para construcción de una Agenda 2050, que incluyen entre otras, liderazgo para un futuro sostenible, fortalecimiento del posgrado médico, innovación curricular y cooperación internacional para una salud global.

Con este marco, el presente documento ofrece una reflexión estratégica sobre la nueva era de la educación médica en México desde la AMFEM, articulando el legado histórico con una visión transformadora que inspira, orienta y moviliza a las facultades y escuelas de medicina y a los líderes de la educación médica y la medicina académica hacia un futuro en el que la formación de los profesionales de la medicina sea motor de bienestar, justicia social y desarrollo sostenible.

Formación médica en el contexto actual y tendencias globales

La educación médica atraviesa una etapa de cambio sin precedentes. Factores como la aceleración tecnológica, la transición epidemiológica, el envejecimiento poblacional, la crisis climática y la creciente interdependencia global obligan a repensar los modelos de formación, actualización y ejercicio profesional. Organismos internacionales como la Federación Mundial de educación Médica (WFME por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la salud (OMS)

y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés) han delineado marcos de referencia que sitúan a la colaboración interprofesional, la equidad en salud y la sostenibilidad como principios rectores para la formación de profesionales sanitarios [1–3,7,8,15,18].

Tendencias más relevantes

1. Transformación tecnológica y digitalización

El desarrollo de inteligencia artificial, análisis de grandes volúmenes de datos (big data), realidad aumentada y simuladores avanzados redefine las formas de aprender, enseñar y evaluar [4–6,19]. Estas herramientas permiten experiencias inmersivas y personalizadas, amplían el acceso a escenarios clínicos simulados y facilitan la evaluación objetiva de competencias. No obstante, su incorporación exige marcos éticos y regulatorios que garanticen seguridad, equidad y pertinencia cultural en su uso.

2. Cambio en el perfil de competencias

Más allá del dominio clínico, se demandan habilidades como pensamiento crítico, adaptabilidad, comunicación asertiva, liderazgo colaborativo y conciencia ecológica [5,12,20]. Estas competencias, alineadas con la cuidado de la salud y la atención médica centrada en las personas y las comunidades, deben integrarse transversalmente en el currículo, favoreciendo tanto el desempeño técnico como el compromiso social y la capacidad de trabajar en equipos interprofesionales, así como continuar la formación en el posgrado, el desarrollo profesional continuo, y la posibilidad de migrar hacia la transdisciplina.

3. Innovación curricular y modelos centrados en las personas

Los enfoques contemporáneos promueven currículos flexibles, modulares y basados en competencias, con énfasis en el aprendizaje inter- y transdisciplinario [17,18]. Esto implica un cambio de paradigma: pasar de modelos centrados exclusivamente en el estudiante hacia modelos que integren activamente a docentes, comunidades y demás actores del sistema de salud, fomentando la co-creación del conocimiento y el aprendizaje a lo largo de toda la vida profesional.

4. Perspectiva global, salud planetaria y gestión de crisis

La salud ya no se concibe solo desde el ámbito individual o local; crisis como la pandemia de COVID-19, y el cambio climático han evidenciado la necesidad

de integrar la perspectiva de Una Salud (*One Health*) y la salud planetaria en la educación médica [12,18,20]. Además, es importante incluir las crisis por desastres naturales, accidentes masivos (nucleares, por ejemplo) y conflictos, como las guerras. Este enfoque fomenta la preparación para escenarios globales, la respuesta ante emergencias sanitarias y la acción conjunta para mitigar riesgos ambientales, sociales y catástrofes que impactan la salud humana.

5. Equidad y acceso universal

La brecha digital, la distribución desigual de profesionales y la violencia en entornos formativos siguen siendo desafíos críticos [9–11]. La educación médica del futuro debe garantizar entornos seguros, inclusivos y culturalmente competentes. Para ello, se requieren políticas públicas integrales y estrategias institucionales que aseguren recursos, infraestructura y acompañamiento en regiones y comunidades históricamente desatendidas.

Cambio de paradigmas hacia 2050

La visión de AMFEM propone que la educación médica transite hacia un modelo:

- Profesionalizado, con líderes académicos preparados en gestión, innovación y ética.
- Centrado en las personas, donde estudiantes, docentes, pacientes, familias y comunidades participen activamente en la formación.
- Enfocado en el cuidado integral, promoviendo prevención, autocuidado y salud comunitaria.
- Ampliado a redes de cuidado y autocuidado, que incluyan equipos interprofesionales, organizaciones sociales y entornos no tradicionales.
- Inter- y transdisciplinario, con currículos adaptativos y tecnologías educativas con propósito humano, que propicien la exploración de nuevos campos profesionales para el cuidado de la salud.
- Humanista y seguro, que valore la salud mental, la bioética contemporánea y entornos laborales saludables.
- Ambientalmente responsable, con conciencia ecológica en el uso de recursos médicos y tecnológicos.

Responsabilidad social y desafíos futuros

La educación médica del siglo XXI no puede concebirse aislada de su responsabilidad social. Formar profesionales de la salud competentes implica responder

de manera directa a las necesidades de la población, anticipar los cambios en los determinantes sociales de la salud y garantizar un ejercicio profesional ético, seguro y humanista.

En este sentido, la AMFEM reconoce que su papel no es únicamente académico, sino también social y transformador. La responsabilidad social en la educación médica implica asegurar que los egresados contribuyan activamente a la reducción de inequidades en salud, a la mejora de la calidad de la atención y al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, tanto a nivel local como global (17,18). Esto requiere integrar en los programas formativos competencias relacionadas con la atención primaria y el cuidado primordial, la salud global, la salud planetaria y la equidad en el acceso a los servicios [7,8,12,20].

Entre los desafíos prioritarios que enfrenta la educación médica en México y que AMFEM proyecta atender hacia 2050 destacan:

- Brechas en la distribución y especialización del talento médico, que afectan especialmente a comunidades rurales, marginadas y regiones de difícil acceso [9–11].
- Digitalización equitativa, que garantice que las innovaciones tecnológicas en la enseñanza y la práctica clínica estén disponibles para todas las instituciones y estudiantes, evitando nuevas formas de exclusión [4–6,19].
- Prevención de la violencia y fomento de entornos seguros, para erradicar el acoso, el hostigamiento y la discriminación en espacios académicos y clínicos [21,22].
- Protección y promoción de la salud mental y el autocuidado de estudiantes, docentes y profesionales de la salud, reconociendo estas actividades como requisito para el desempeño profesional sostenible [5,20].
- Fortalecimiento de la formación docente, asegurando que el profesorado cuente con competencias pedagógicas, tecnológicas y de liderazgo alineadas con estándares internacionales [1–3,17].
- Integración de la sostenibilidad ambiental en la práctica médica, para minimizar el impacto ecológico de la atención en salud y los procesos educativos [12,20].

La visión de AMFEM con horizonte al 2050 asume que superar estos desafíos no depende únicamente de reformas curriculares, sino de un compromiso sostenido con la colaboración interinstitucional y sus líderes, la participación activa de todos los actores del sistema de salud y la alineación con agendas internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU y las recomendaciones de la WFME, la OMS y la UNESCO [1–3,7,8,15,18].

En este marco, la innovación educativa, el fortalecimiento del liderazgo académico, la vinculación global y el uso ético de la tecnología se convierten en ejes estratégicos para garantizar que la educación médica en México sea socialmente responsable, científicamente sólida y globalmente pertinente.

Visión estratégica AMFEM hacia 2050

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) proyecta que el año 2050 sea un punto de consolidación de un modelo de educación médica en México que sea innovador, inclusivo, sostenible y con impacto global, que marque el desarrollo de la segunda mitad del siglo 21.

Esta visión se nutre de décadas de evolución institucional, de las experiencias acumuladas en procesos de evaluación y mejora continua, y de una sólida articulación con marcos internacionales como los estándares de la WFME [1–3], las recomendaciones de la OMS [7,8] y las directrices estratégicas de la UNESCO [15].

En este horizonte, la AMFEM no solo busca fortalecer la calidad académica, sino también convertirse en un catalizador de cambio en el sistema de salud y en la sociedad. La agenda 2050 se articula en torno a nueve ejes transformadores, resultado de un ejercicio colectivo que combina la experiencia de las gestiones recientes [21,22], la reflexión académica nacional e internacional [17,18] y la prospectiva de largo plazo:

1. Liderazgo para un futuro sostenible

- Formación de líderes académicos y clínicos con visión ética, capacidad de gestión y compromiso con la sostenibilidad en salud y educación.
- Implementación de programas de liderazgo transformacional para estudiantes, docentes y directivos.

2. Innovación y mejora continua

- Creación de ecosistemas de innovación educativa que integren investigación educativa, evaluación permanente y adopción ágil de tecnologías disruptivas [4–6,19].

3. Innovación curricular para la formación de médicos del futuro

- Currículos flexibles, modulares y centrados en las personas, con énfasis en Inter profesionalidad, transdisciplina y personalización del aprendizaje [17,18].

4. Fortalecimiento integral y calidad innovadora en el posgrado médico
 - Establecimiento de estándares de calidad para especialidades médicas que incluyan bienestar del residente, competencias transversales y certificaciones dinámicas [2,3].
5. Desarrollo profesional continuo basado en competencias, micro credenciales y certificaciones
 - Modelos de desarrollo profesional continuo alineados con estándares internacionales y orientados a resultados medibles en desempeño profesional [3,18].
6. Formación docente innovadora y liderazgo pedagógico
 - Programas de actualización docente en metodologías activas, tecnologías educativas y liderazgo académico [1,4,17].
7. Formación de profesionales para un cuidado integral en salud
 - Integración de la Atención Primaria, la salud mental, la salud global y la salud planetaria en todos los niveles formativos [7,8,12,20].
8. Vinculación global y cooperación internacional
 - Alianzas estratégicas con instituciones y redes internacionales para el intercambio académico, la investigación colaborativa y la armonización curricular [15,18].
9. Estrategia editorial y de comunicación académica
 - Consolidación de una plataforma editorial y de comunicación académica, y de un portafolio de publicaciones científicas que difundan conocimiento y buenas prácticas en educación médica.

Esta visión no es un plan operativo, sino un marco de referencia de largo plazo que guía y articula los esfuerzos de las facultades y escuelas de medicina. Las iniciativas bianuales [21,22] operan como expresiones tácticas que se ajustan a los contextos y retos emergentes, sin perder de vista el objetivo: que para 2050 la educación médica y la medicina académica en México sea referente mundial por su calidad, compromiso social y capacidad de innovación.

La concreción de esta visión exigirá voluntad política, liderazgo compartido y alianzas sostenibles. La AMFEM, como articuladora nacional, asume

este compromiso con la certeza de que el futuro de la salud en México se está definiendo hoy en las aulas, laboratorios, comunidades y hospitales donde se forman los médicos del mañana.

Conclusiones

La educación médica en México se encuentra en un momento histórico que combina retos de gran magnitud con oportunidades únicas para la transformación. La AMFEM, con casi siete décadas de trayectoria como referente nacional, asume el desafío de liderar esta evolución con una visión estratégica hacia el 2050 que integra innovación, equidad y sostenibilidad como ejes centrales.

Este horizonte no se limita a actualizar contenidos curriculares o adoptar nuevas tecnologías, sino que implica redefinir el sentido y el propósito de formar médicos en el siglo XXI. La meta es preparar profesionales capaces de responder a problemas complejos de salud, de actuar con integridad en contextos de alta incertidumbre, de colaborar de manera efectiva en equipos interprofesionales y de ejercer su labor con profundo compromiso social y responsabilidad planetaria.

El camino hacia esta meta requiere coherencia entre la visión de largo plazo y las acciones inmediatas, y congruencia de sus líderes en la toma de decisiones. Los planes operativos bianuales y las estrategias específicas de cada gestión deben verse como piezas de un mismo proyecto nacional, articulado con agendas regionales y globales, sustentados en evidencia científica, marcos internacionales de calidad y buenas prácticas de innovación educativa.

Lograrlo exige consolidar un liderazgo colectivo que trascienda ciclos administrativos, asegurar la pertinencia y calidad de los programas mediante evaluación y mejora continua, invertir en desarrollo docente, investigación y recursos educativos, y ampliar las alianzas internacionales que permitan la circulación de conocimiento y la cooperación académica global.

Mirando con horizonte al 2050, la educación médica y la medicina académica en México aspira a ser un referente regional y global no solo por la excelencia académica, sino por su capacidad de formar profesionales que conjuguen ciencia, tecnología y humanismo en favor de la salud y el bienestar de todas las personas y del planeta.

Nota de financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores participaron en la concepción, redacción y revisión crítica del manuscrito, así como en la aprobación de su versión final. El presente texto fue revisado y mejorado con el apoyo de la herramienta de inteligencia artificial ChatGPT (OpenAI), utilizada exclusivamente para sugerencias de redacción, organización de contenido y verificación preliminar de referencias. Todas las decisiones sobre el contenido final fueron tomadas por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por el manuscrito.

Referencias

1. World Federation for Medical Education. *WFME Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education (2020 Revision)*. Ferney-Voltaire: WFME; 2020. Disponible en: <https://wfme.org/publications/wfme-global-standards-bme-2020/>
2. World Federation for Medical Education. *WFME Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education (2023 Revision)*. Ferney-Voltaire: WFME; 2023. Disponible en: <https://wfme.org/publications/wfme-global-standards-pgme-2023/>
3. World Federation for Medical Education. *WFME Standards for Continuing Professional Development (2024 Revision)*. Ferney-Voltaire: WFME; 2024. Disponible en: <https://wfme.org/publications/wfme-global-standards-cpd-2024/>
4. Harden RM. Ten key features of the future medical school—Not an impossible dream. *Med Teach*. 2018;40(10):1010-1015. doi:10.1080/0142159X.2018.1498613.
5. Ryan MS, Holmboe ES, Chandra S. Competency-Based Medical Education—Considering Its Past, Present, and a Post-COVID-19 Era. *Acad Med*. 2022;97(7S Suppl):S90-S97. doi:10.1097/ACM.0000000000004535.
6. Masters K. Artificial intelligence in medical education. *Med Teach*. 2019;41(9):976-980. doi:10.1080/0142159x.2019.1595557.
7. World Health Organization. *Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage*. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-003466-2.
8. World Health Organization. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO; 2010. (WHO/HRH/HPN/10.3).

- Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
9. Gómez-Dantés O, Tapia R, Garrido-Latorre F, et al. An assessment of the performance of the Mexican health system: 2000–2018. *Health Policy Plan.* 2023;38(6):689-702. doi:10.1093/heapol/czad028.
 10. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O, et al. Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. *Lancet.* 2023;401(10380):695-708. doi:10.1016/S0140-6736(23)00777-8.
 11. Lozano R, Nigenda G, Knaul FM, et al. Mexico's health system, 2023. *Salud Publica Mex.* 2025;67(1):86-90.
 12. Lozano R. Salud global 2050: desafíos y oportunidades. *Salud Publica Mex.* 2025;67(1):71-75.
 13. O'Ryan G, Saxena S, Londres A, Turner S. Vision 2050: a revolution in academic medicine. *BMJ.* 2025;390:r561. doi:10.1136/bmj.r561.
 14. National Research Council. *How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School. Expanded Edition.* Washington (DC): National Academies Press; 2000. doi:10.17226/9853.
 15. UNESCO. *Knowledge-driven actions: Transforming higher education for global sustainability.* Paris: UNESCO; 2022. doi:10.54675/YBTV1653. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380519>
 16. Lifshitz-Guinzbarg A, Sánchez-Mendiola M, Martínez-González A, et al. Innovación educativa en ciencias de la salud: una mirada 360°. *Gac Med Mex.* 2021;157(1):80-90. doi:10.24875/GMM.20000688.
 17. Abreu Hernández LF, León Bórquez R. *Una Agenda para el Cambio de la Educación Médica en México: Horizonte 2030.* México: AMFEM/Elsevier; 2016. ISBN 978-6075040202.
 18. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
 19. EDUCAUSE. 2023 EDUCAUSE Horizon Report: Teaching & Learning Edition. Louisville (CO): EDUCAUSE; 2023. Disponible en: <https://library.educause.edu/resources/2023/5/2023-educause-horizon-report-teaching-and-learning-edition>
 20. Walpole SC, Vyas A, Maxwell J, Canny B, Woollard R. Improving the medical curriculum on planetary health and sustainable healthcare. *BMJ.* 2022;376:o209. doi:10.1136/bmj.o209.

21. Esperón Hernández RI. Propuesta de plan de trabajo. Vicepresidencia 2023–2025: “La unión es nuestra fuerza”. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM); 2023.
22. García Macías JL. Propuesta de plan de trabajo para la Vicepresidencia de AMFEM (2025–2027): Innovar, colaborar y transformar: fortaleciendo la educación médica para un México saludable. México: AMFEM; 2025.

La Facultad de Medicina de la UNAM: historia y trayectoria en la educación médica

Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Martha Eugenia Rodríguez Pérez

La historia de la medicina en México no puede entenderse sin la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. No sólo ha sido testigo de esa historia: la ha forjado. Desde sus orígenes en el siglo xvi, ha estado en el centro de las transformaciones más significativas del conocimiento médico, de las políticas públicas en salud y de la formación de generaciones de profesionales que han servido con excelencia y compromiso al país. *Hablar de medicina en México es hablar, inevitablemente, de esta Facultad que ha acompañado, impulsado y liderado los principales procesos que han dado forma al sistema de salud nacional.*

La historia de la medicina académica en México se remonta al periodo virreinal. Desde el siglo xvi, la enseñanza formal de la medicina ha estado vinculada al devenir histórico, político y social del país, evolucionando desde la escolástica novohispana al pensamiento científico contemporáneo, con una constante: formar médicas y médicos al servicio de la sociedad.

La enseñanza médica comenzó en 1578, cuando la Real Universidad de México autorizó la creación de la Cátedra Prima de Medicina, que se impartió por primera vez el 7 de enero de 1579. Este acto marcó el inicio documentado de la enseñanza médica formal en América. Desde sus primeras etapas, la formación médica implicó el contacto con personas enfermas. En este contexto, instituciones como el Hospital de Jesús (1524), el Hospital Real de Indios (1551) y el Hospital de San Hipólito (1566), entre otros, así como el Hospital de San

Andrés, fundado mucho tiempo después, en 1779, sirvieron como espacios de observación y práctica para los alumnos, en un sistema elemental, pero ya orientado a la atención directa al paciente.

Durante el siglo xvii se completó el plan de estudios médico que abrió espacios para el estudio de la anatomía, la cirugía y la terapéutica. En la segunda mitad de la siguiente centuria, con las reformas borbónicas y el influjo de la ciencia ilustrada, se impulsó la enseñanza de disciplinas como la botánica médica, que se manifestó en ese siglo de confrontaciones entre ciencia y creencia, como una ciencia útil, desplazando progresivamente a la escolástica y dando paso a una medicina con mayor fundamento empírico. Estas transformaciones sentaron las bases para una educación médica más científica, aunque todavía limitada a un grupo social privilegiado y con nula presencia femenina.[1]

En 1833, el médico y vicepresidente de la República, Valentín Gómez Farías, fundó el Establecimiento de Ciencias Médicas, considerado el punto de partida de la medicina moderna en México. Entre sus principales aportaciones se encuentran la fusión de la medicina y la cirugía en una sola carrera, la de médico-cirujano; la adopción del modelo anatomo-clínico francés y la formalización del aprendizaje clínico en hospitales.[2] Después de modificar su denominación en repetidas ocasiones, en 1843 el citado Establecimiento se transformó en Escuela Nacional de Medicina y, en 1854, los médicos adquirieron el ex Palacio de la Inquisición. El inmueble fue adquirido con recursos de la comunidad médica para consolidar una sede permanente de la enseñanza médica.[3]

En este espacio se crearon las primeras cátedras de especialización en ginecología, obstetricia, psiquiatría, oftalmología, higiene y bacteriología. En 1888 se instituyeron formalmente las cátedras de perfeccionamiento, con una duración de dos años. En 1906, el *Diario Oficial* publicó el primer plan de estudios estructurado del médico cirujano y de las especialidades, estableciendo con claridad los contenidos, los requisitos y la duración de cada etapa formativa.

Durante ese periodo empieza a hacer presencia el sexo femenino en el ámbito de la educación médica, ya que antes la mujer sólo actuaba como enfermera. Así, destacan figuras como Matilde Montoya, quien en 1887 se convirtió en la primera mujer en titularse como médica cirujana en México. Su logro requirió la intervención del presidente Porfirio Díaz, ante la resistencia institucional. Por su parte, la doctora Esther Chapa Tijerina, médica, feminista y activista del voto femenino, fue la primera mujer docente en obtener un puesto por oposición —en concreto, una cátedra de microbiología—. Su presencia en las aulas simbolizó la entrada de las mujeres en una profesión que durante siglos les fue vedada.[4]

En 1910, la Escuela Nacional de Medicina se integró a la recién fundada Universidad Nacional de México. En 1929, con la autonomía universitaria, adquirió la capacidad de organizar sus propios planes de estudio. En 1936, el doctor Gustavo Baz instituyó el servicio social médico obligatorio, que llevó a los pasantes a prestar servicios en comunidades marginadas. Esta política marcó el inicio de una vinculación estructural entre la Facultad de Medicina y las poblaciones rurales y vulnerables del país.

En 1946, bajo el rectorado del doctor Salvador Zubirán, se fundó la Escuela de Graduados, donde se organizaron cursos de especialización, de maestría y de doctorado. A partir de entonces se estableció una estrecha colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Hospital General de México y, más tarde, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que fortaleció la enseñanza clínica. Asimismo, se fortaleció el vínculo con los Institutos Nacionales de Salud, que se convertirían en sedes clave para la formación médica de alta especialidad.

En 1956, la Escuela Nacional de Medicina se trasladó a Ciudad Universitaria. El cambio de sede fue mucho más que un traslado físico: representó una nueva etapa institucional marcada por la modernización académica, el fortalecimiento de la investigación y la expansión de la formación clínica. A finales de la década se gestaba una transformación mayor: el tránsito de Escuela a Facultad.

Esta transición ocurrió en un contexto de expansión universitaria y de consolidación de la UNAM como centro de excelencia académica. En ese momento el rector era el doctor Nabor Carrillo Flores, notable físico y el primer mexicano con un doctorado en Ciencias de la Universidad de Harvard. Su gestión se caracterizó por una profunda reforma universitaria, que incluyó el impulso a la investigación, la reorganización académica y el fortalecimiento de los estudios de posgrado.

En este marco, el director de la Escuela Nacional de Medicina fue el doctor Raoul Fournier Villada (1954-1962), un médico con visión institucional, humanista y promotor de la educación médica integral. Bajo su liderazgo se impulsó la profesionalización de la práctica docente, la creación del internado rotatorio obligatorio y la necesidad de que la Escuela contara con una estructura académica capaz de gestionar estudios de posgrado con rigor y autonomía.

El 25 de enero de 1957, el Consejo Universitario suprimió la Escuela de Graduados de la UNAM e instauró el Consejo de Doctorado, lo que transformó la organización del posgrado universitario. Fue en ese contexto cuando el doctor Fournier presentó la iniciativa formal para transformar la Escuela Nacional

de Medicina en Facultad. En ella se argumentaba que la Escuela reunía las condiciones académicas, técnicas y administrativas para ofrecer estudios de posgrado: ya contaba con cursos de especialización y actualización, así como con una planta docente consolidada.

Uno de los apoyos clave en esta transformación fue la División de Estudios de Posgrado de la propia Escuela, encabezada en esos años por el doctor Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, quien participó activamente en la elaboración del reglamento interno, en la definición de las modalidades del posgrado y en la consolidación de convenios con instituciones hospitalarias.

Finalmente, el 21 de abril de 1960 el Consejo Universitario aprobó la transformación de la Escuela en Facultad de Medicina. Esto marcó un momento histórico que consolidó la autonomía académica de la entidad, le otorgó plena capacidad para impartir estudios de licenciatura y posgrado, realizar investigación y participar en la toma de decisiones estratégicas de la Universidad.[5]

Como se apuntó, en ese periodo se introdujo el internado rotatorio obligatorio en los hospitales públicos y se profesionalizó la figura del jefe de enseñanza en cada sede clínica. Se organizaron convenios con los Institutos Nacionales de Nutrición, Cardiología, Neurología, Psiquiatría, Cancerología, Perinatología y otros, para estructurar un modelo clínico supervisado, riguroso y ético.

Desde entonces, la Facultad ha sido un pilar en la formación de generaciones de profesionales de la salud, científicos y académicos, que han contribuido decisivamente al desarrollo del país. La decisión de 1960 no sólo otorgó un nuevo nombre a la entidad, sino que redefinió su rumbo y la proyectó hacia el futuro como una institución líder en educación médica.

En 1975, la Facultad ofrecía 39 especializaciones en 154 hospitales. Se impulsó la creación del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), promovido por la propia UNAM, y en 1982 se instaló el Consejo Interno de la División de Estudios de Posgrado. La consolidación del posgrado clínico se acompañó de nuevas formas de evaluación y de una mayor articulación con las autoridades de salud pública.

En 1994, el doctor Juan Ramón de la Fuente promovió el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), con 44 especialidades, aprobado por el Consejo Universitario. Ese mismo año se aprobaron nuevos planes de maestrías y doctorados en ciencias médicas, odontológicas y de la salud. También se fortalecieron los programas de formación en investigación: el Doctorado en Ciencias Biomédicas, el de Ciencias Bioquímicas y el de Ciencias Biológicas, contribuyendo a la formación de científicos de frontera.

La Facultad ha diversificado su oferta educativa. Desde 1974 imparte la Licenciatura en Investigación Biomédica Básica; en 2011 inició la de Fisioterapia; en 2016 la de Neurociencias; en 2020 la de Ciencia de la Nutrición Humana; y hasta diciembre de 2022 ofreció la Licenciatura en Ciencia Forense. También ofrece el Plan de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), que permite cursar simultáneamente la licenciatura en Médico Cirujano y el doctorado, formando profesionales altamente especializados desde etapas tempranas de su formación.

La Facultad de Medicina ha sido pionera en la implementación de estrategias educativas innovadoras, que han transformado la forma de enseñar y aprender medicina en México. Fue una de las primeras instituciones del país en incorporar el uso de la simulación clínica como herramienta formativa, estableciendo centros de simulación con tecnología de vanguardia para la enseñanza de habilidades clínicas, quirúrgicas y de comunicación en el pregrado y el posgrado.[6] Asimismo, ha liderado la aplicación de métodos de evaluación centrados en competencias, como el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOЕ),[7] que permite valorar de manera integral y estandarizada las capacidades del estudiantado, y ha promovido el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje colaborativo, el uso de plataformas digitales y la formación interprofesional. Durante la pandemia de covid-19, la Facultad de Medicina de la UNAM implementó diversas estrategias docentes innovadoras para garantizar la continuidad y la calidad de la educación médica, que incluyeron el desarrollo de plataformas digitales, la implementación de simulación clínica virtual, la creación de recursos educativos digitales y la capacitación docente para la transición a la educación en línea. Desde 2002 la Facultad de Medicina edita la *Revista de Investigación en Educación Médica (RIEM)*,[8] una publicación científica de acceso abierto dedicada a difundir investigaciones originales, ensayos, revisiones y experiencias docentes centrados en la mejora de los procesos formativos en el área de la salud. La *RIEM* es un espacio académico consolidado que refleja el compromiso institucional con la innovación pedagógica, la profesionalización docente y la calidad educativa en la formación de las y los futuros profesionales de la salud.

Actualmente, la Facultad de Medicina cuenta con una de las plantas docentes más amplias y especializadas de la UNAM. Su cuerpo académico se compone de 4,217 profesores ordinarios de asignatura, 329 personas técnicas académicas, 198 ayudantes de profesor, 94 profesores asociados de tiempo completo y tres de medio tiempo, 183 profesores titulares de tiempo completo y cuatro de medio tiempo, seis investigadores de tiempo completo y dos profesores emé-

ritos. Esta diversidad de perfiles permite una formación integral al combinar la experiencia clínica, la investigación científica y la docencia de excelencia. Además, un número significativo de profesoras y profesores cuenta con reconocimiento del Sistema Nacional de Investigadores, así como con grados de maestría o doctorado, lo que enriquece la calidad académica en todos los niveles de la enseñanza.

Hoy la Facultad de Medicina cuenta con 80 especializaciones médicas, impartidas en 167 sedes hospitalarias distribuidas en 21 entidades federativas. El posgrado recibe a estudiantes de 22 nacionalidades, procedentes de 233 escuelas de medicina, tanto nacionales como extranjeras. De las 27 especialidades ofertadas a nivel nacional a través del ENARM, la Facultad ofrece 25. La matrícula en especialidades ha pasado de 9,995 estudiantes en 2014 a 15,320 en 2024, lo que refleja un crecimiento de más del 50%. Esta expansión ha requerido procesos constantes de evaluación, innovación educativa y fortalecimiento académico.

La Facultad cuenta, además, con 477 cursos de posgrado de alta especialidad, dirigidos a la formación de especialistas que ya poseen una especialidad médica y buscan profundizar en habilidades más complejas. Estos cursos se desarrollan en 75 sedes clínicas, para un total de 1,441 alumnos.

Además de su labor en la formación de profesionales de licenciatura y posgrado, la Facultad ha consolidado una amplia y sólida oferta de educación continua. A través de diplomados, cursos, talleres y actividades académicas presenciales y en línea, dirigidas tanto a médicos generales como a especialistas, así como a profesionales de diversas áreas de la salud, se promueve la actualización permanente del conocimiento médico-científico. Esta función sustantiva responde a las necesidades emergentes del sistema de salud y contribuye al fortalecimiento de la calidad de la atención médica en todo el país. En este marco, la Facultad ha desarrollado programas sobre temas de actualidad, tales como atención primaria, cuidados paliativos, salud mental, nuevas tecnologías médicas, inteligencia artificial y bioética clínica, entre otros, alcanzando a más de 8,500 personas en promedio al año.

La feminización de la medicina ha transformado la composición de la matrícula estudiantil. Actualmente, el 75% de quienes cursan la Licenciatura en Ciencia de la Nutrición Humana son mujeres, al igual que el 71% en Fisioterapia, el 69% en Médico Cirujano, el 63% en Neurociencias, el 56% en Investigación Biomédica Básica, el 57% en el PECEM y el 54% en las especialidades médicas. Esta transformación ha dado lugar a nuevos liderazgos, redes de colaboración y formas nuevas de entender el cuidado y la profesión médica.[9]

La grandeza de la Facultad de Medicina no sólo se mide por sus años de historia o la solidez de sus planes de estudio, sino también por la magnitud de

su comunidad, la calidad de sus aportaciones científicas, la profundidad de su impacto educativo y la presencia de sus egresadas y egresados en todo el sistema nacional de salud. Hoy, la Facultad está integrada por 36,344 personas: 28,388 estudiantes de licenciatura y posgrado; 6,836 docentes; 724 personas administrativas de base; 164 personas de confianza y 232 funcionarias y funcionarios. Esta comunidad plural y activa es la fuerza que sostiene una institución viva, dinámica y esencial para el país. Cada generación que pasa por sus aulas, laboratorios y clínicas lleva consigo una parte de esta historia y contribuye a su renovación constante.

A 65 años de su transformación en facultad, esta institución no sólo forma profesionales, sino también liderazgos científicos, conocimiento innovador y compromiso ético con la salud de México. Su historia, profundamente vinculada a hospitales, institutos y comunidades, la consolida como un referente continental. La diversidad y amplitud de su oferta educativa, así como su vocación nacional, permiten afirmar que la mayor parte de las y los médicos en ejercicio en México ha tenido, en algún momento, un vínculo académico o formativo con la Facultad de Medicina de la UNAM.

Referencias bibliográficas

- Rodríguez Pérez, M. E., y Echavarría Rodríguez, R. (2020). *La medicina en la historia*. México: UNAM-Facultad de Medicina/Editorial Médica Panamericana.
- Rivera, A. (1997). *Valentín Gómez Farías y la reforma educativa*. Ciudad de México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.
- Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). (2020). *El Palacio de la Inquisición: Historia y transformaciones*. Ciudad de México: INAH.
- Velázquez Vidal, U. (s/f). *Esther Chapa Tijerina: Vida y obra de una mujer de izquierda en México*. Disponible en: https://www.academia.edu/119101937/Esther_Chapa_Tijerina_vida_y_obra_de_una_mujer_de_izquierda_en_M%C3%A9xico. Consultado el 16 de abril de 2025.
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2005). *Datos históricos de la rectoría del Dr. Nabor Carrillo Flores*. Dirección General de Asuntos del Personal Académico.
- Facultad de Medicina UNAM. (s/f). *Simulación. Innovación en el aprendizaje médico de posgrado* [Internet]. Ciudad de México: UNAM. Disponible en: <https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/Simulacion.-Innovacion-en-el-aprendizaje-medico-de-posgrado.pdf>

- Scielo México. (2020). El ECOE en la evaluación clínica: Aportaciones de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev Mex Educ Med*,10(4). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400058
- Revista de Investigación en Educación Médica (RIEM)*. (s/f). Disponible en: <https://riem.facmed.unam.mx/>
- Facultad de Medicina de la UNAM. (2024). *Informe anual de actividades 2024*. Ciudad de México: UNAM-Coordinación de Planeación.
- Ramírez de Lara, M. E. (2023). *De la Escuela Nacional de Medicina a la Facultad de Medicina. Inicio de la División de Estudios Superiores (1946-1964) en la División de Estudios de Posgrado*. Crónica UNAM. México: UNAM-Facultad de Medicina.

Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL: historia y modelo formativo para el personal de salud

Oscar Vidal-Gutiérrez

Rafael Piñeiro-Retif

Felipe Arturo Treviño-Acosta

Carlos Eduardo Medina-De la Garza

Los hospitales universitarios constituyen, a escala internacional, el núcleo donde convergen la formación clínica, la atención especializada y la investigación biomédica.[1] Esta triple función los distingue de los hospitales puramente asistenciales, y les confiere un papel estratégico en la generación y transferencia del conocimiento médico. En México, la presencia de hospitales plenamente integrados a una escuela o facultad de medicina es aún limitada, lo que supone un reto para las nuevas generaciones de programas en ciencias de la salud de nuestro país.[2]

En este contexto, el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” emerge como un caso particular: se trata del único hospital del país que pertenece orgánicamente a una Facultad de Medicina, y cuya operación está regulada por una ley orgánica que coordina la asistencia, la docencia y la investigación. [3] Esta proximidad física, administrativa, incluso curricular en los planes de estudio de la Facultad, ha permitido consolidar un modelo hospital-escuela que, además de cumplir con criterios nacionales e internacionales de calidad, demuestra ser sostenible y adaptable a las exigencias contemporáneas y futuras de la educación médica.

El propósito de este artículo es analizar la historia, la estructura y el funcionamiento académico-asistencial del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, y mostrar los elementos que lo convierten en un referente replicable en México. Con tal objetivo, el presente texto comprende:[1] una definición conceptual y normativa del Hospital Universitario;[2] un recorrido histórico de la institución;[3] un análisis del modelo formativo existente;[4] una discusión de sus alcances y calidad asistencial;[5] y una propuesta para escalar y compartir esta experiencia. De este modo, se ofrece una visión integral que vincula la evolución histórica con los desafíos y oportunidades presentes y futuras en la formación del personal médico y de otras áreas de la salud en México.

Definición

Concepto internacional de hospital universitario

En el ámbito internacional, un hospital universitario se define como una institución sanitaria que combina de manera formal las funciones de educación clínica, atención médica especializada e investigación biomédica.[1] Estos hospitales se caracterizan por integrar a estudiantes, internos y residentes, en una dinámica asistencial bajo la supervisión de docentes clínicos, constituyendo así un entorno real de enseñanza-aprendizaje. Algunos modelos privilegian la docencia como misión principal, mientras que otros promueven un equilibrio funcional entre las tres dimensiones fundamentales.[1,2]

En todos los casos un hospital universitario se distingue por ofrecer una plataforma clínica que atiende a la población, forma talento médico y genera conocimiento.[1]

Modelo legal y estructural de un hospital universitario mexicano

En México son escasos los hospitales que operan bajo una vinculación orgánica directa con una institución de educación superior. El Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” constituye un caso singular en el país, al funcionar como el campo clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (figura 1). Esta figura se encuentra definida en la Ley Orgánica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL,[3] donde se establece que:

- Es una institución pública estatal con fines asistenciales y académicos.
- Forma parte integral de la estructura universitaria, bajo la coordinación de la Facultad de Medicina.
- Canaliza todos sus recursos físicos, tecnológicos y humanos exclusivamente al servicio de la educación médica y la atención clínica.

Figura 1. Vista aérea del Hospital Universitario y la torre del Hospital Universitario (centro izq.) y la Facultad de Medicina (der.) de la UANL.



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

Este modelo institucional único en México permite que la actividad asistencial se coordine de forma clara con la docencia, garantizando así que los espacios clínicos, quirúrgicos y de diagnóstico funcionen también como espacios de práctica, laboratorios de aprendizaje y escenarios reales para el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias profesionales.

Dimensiones esenciales del hospital-escuela

Desde una perspectiva académica, un hospital universitario debe integrar equilibradamente tres funciones esenciales, cada una con un propósito y una manifestación concreta en la práctica cotidiana, representados en el cuadro 1.

Para lograr el equilibrio entre las funciones sustantivas, se requiere una adecuada integración entre los sistemas y estructuras académicas y sanitarias, así como mecanismos normativos y administrativos que eviten la fragmentación funcional.[4] En este sentido, el modelo operativo del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", con su estrecha articulación legal y pedagógica con la Facultad de Medicina de la UANL, representa una buena práctica institucional, sustentada en una visión de largo plazo sobre la formación del personal de salud.

Historia

Orígenes y primer Hospital Civil (1793-1932)

La tradición hospitalaria de Nuevo León se remonta al Hospital de Nuestra Señora del Rosario, fundado en 1793 para la atención de personas sin recursos. [5] Tras su clausura por motivos económicos en 1853, el Dr. José Eleuterio González, llamado “Gonzalitos” (figura 2), impulsó la creación de un nuevo nosocomio. El 1 de mayo de 1860 se inauguró el primer Hospital Civil del estado (figura 3), con 14 camas y *vocación docente* para los estudiantes de la entonces Escuela de Medicina, fundada en 1859.[5,6] A la muerte de Gonzalitos, en 1888, la institución adoptó oficialmente su nombre en reconocimiento a su legado.[7] Durante las primeras décadas del siglo xx el crecimiento poblacional evidenció la necesidad de instalaciones mayores: un informe de 1932 registró 2,397 consultas diarias, indicador temprano de la futura expansión.[7]

Figura 2. Retrato del Dr. José Eleuterio González.



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL.

Figura 3. Antiguo Hospital Civil.



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

Construcción del nuevo Hospital Civil (1933-1951)

El proyecto de un hospital moderno tomó forma en 1933, con la colocación de la primera piedra de un edificio de cinco niveles, obra de los ingenieros Eduardo Belden y Leopoldo Quijano.[5] La construcción avanzó de manera intermitente; iniciativas de beneficencia y aportaciones federales durante la década de 1940 aceleraron los trabajos.[8] Desde su diseño incluyó laboratorios, quirófanos con galerías de observación y áreas exclusivas para la enseñanza clínica.[8] El 3 de octubre de 1943 se realizó una inauguración simbólica del nuevo Hospital Civil "Dr. José Eleuterio González" (figura 4), con capacidad proyectada para 500 camas y una superficie de 19,000 metros cuadrados.[5,6] Al año siguiente el doctor Ángel Martínez Villarreal, entonces director de la Facultad de Medicina, presentó la primera propuesta formal para integrar la docencia y la asistencia, bajo el modelo de hospital-escuela, retomando una visión previamente esbozada por el doctor Eusebio Guajardo como un ideal formativo.[7,8] Esta iniciativa sentó las bases para la posterior incorporación del nosocomio a la Universidad de Nuevo León.

Figura 4. Antiguo Hospital Civil.



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL.

Integración con la Universidad y modelo hospital-escuela (1952-1980)

El 2 de junio de 1952 marcó un hito: el Hospital Civil se incorporó a la Universidad de Nuevo León y se convirtió oficialmente en Hospital Universitario (figura 5), coincidiendo con la inauguración del nuevo edificio de la Facultad de Medicina el 9 de noviembre de ese año.[7] Bajo la dirección del doctor Serapio Muraira, una misma figura encabezó la facultad y el hospital, consolidando el concepto de hospital-escuela.[8] La Ley Orgánica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL de 1955, formalizó al Hospital como departamento clínico de la Facultad, con financiamiento estatal, federal y de donativos particulares.[5] En 1965 se adoptó el modelo *Clerkship*, que integró a los estudiantes en actividades asistenciales desde el cuarto año de la carrera, transformando por completo el internado tradicional en rotatorio, por diversas áreas del nosocomio.[5,8] El crecimiento de la matrícula, que superó los 3,000 alumnos tras la supresión del examen de admisión en 1971, motivó la apertura de campos clínicos asociados, extendiendo la influencia formativa del Hospital Universitario a otros hospitales y centros de salud.[8]

Figura 5. El Hospital Civil se convierte en Hospital Universitario de la UANL (1952)..



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

El hospital moderno: innovación, expansión y liderazgo regional (1981-2025)

Durante las décadas recientes, el Hospital Universitario ha reforzado su papel como centro de tercer nivel de atención (700 camas censables), investigación biomédica y formación profesional de pregrado y posgrado. Entre los años 1980 y 2000 se ampliaron programas de especialidades médicas y se implementaron sesiones académicas abiertas y de educación continua a la comunidad médica.[8] La respuesta ante la pandemia de covid-19 destacó su capacidad de adaptación: en marzo de 2020 se habilitó la Torre HU (figura 6) como unidad especializada en enfermedades respiratorias agudas, con infraestructura y personal capacitado para contingencias sanitarias. Impulsado por su misión social, en noviembre de 2023 se colocó la primera piedra de un nuevo hospital universitario en Salinas Victoria, municipio situado a 33 km al norte de Monterrey, representando un proyecto de descentralización de los servicios para beneficiar a más de 120,000 habitantes de la región norte de Nuevo León. En su conjunto, se extiende el modelo hospital-universitario más allá del campus original y se consolida el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" como referente nacional en asistencia, docencia e investigación.

Figura 6. Antiguo Hospital Civil.



Fuente: Fotografía de los archivos del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL.

Análisis

Integración curricular

El Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” constituye el campo de formación clínica de los programas educativos de pregrado que ofrece la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, particularmente de la Licenciatura en Médico Cirujano y Partero. Este programa está diseñado con un *currículum* de 12 semestres y 339 créditos académicos, de los cuales los primeros seis se desarrollan principalmente en aulas, laboratorios y espacios de simulación de la propia Facultad. A partir del séptimo semestre el estudiante inicia la etapa clínica dentro del Hospital Universitario, con una inmersión en la práctica supervisada que se extiende hasta el término del programa en el duodécimo semestre.

A este periodo formativo se le denomina Internado Rotatorio de Pregrado y representa una de las experiencias clínicas más extensas y estructuradas en todo el país. En este periodo los estudiantes realizan rotaciones por las principales áreas hospitalarias, incluyendo consulta externa, áreas de internamiento, quirófano, urgencias y servicios auxiliares de diagnóstico, particularmente en los departamentos clínicos de mayor relevancia como medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, urgencias y medicina familiar.

La fortaleza del modelo se incrementa por la estructura organizativa compartida entre la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario, porque ambos operan bajo una misma dirección. Esta característica singular permite la sincronía entre el diseño curricular y las dinámicas del campo clínico. Esto asegura que los espacios hospitalarios respondan directamente al propósito y a las competencias establecidas por los programas educativos.

Metodologías y escenarios para la enseñanza-aprendizaje

La estrategia didáctica predominante en el Internado Rotatorio de Pregrado de la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario es el aprendizaje basado en problemas, técnica que promueve el razonamiento clínico a partir de casos reales, en equipos colaborativos de discusión y bajo la guía de un docente supervisor.[9] Esta metodología estimula la autonomía, la toma de decisiones fundamentadas y el pensamiento clínico crítico, al tiempo que orienta la formación hacia la solución de problemas relevantes en contextos reales.

En paralelo, se incorporan principios del aprendizaje situado, fundamento teórico que plantea que el conocimiento se construye a partir de la experiencia concreta y significativa del estudiante dentro del área de práctica.[10] Esto permite que la adquisición de competencias clínicas ocurra en escenarios reales, con evaluación formativa, retroalimentación directa y reflexiva, y bajo una cultura de aprendizaje colaborativo y multidisciplinario.

La formación dentro del Hospital Universitario se da en un entorno colaborativo e interdisciplinario en el que, además de los profesores del área clínica, intervienen médicos residentes de posgrado, personal de enfermería, así como estudiantes de otros programas de las ciencias de la salud. Esta interacción permite desarrollar habilidades comunicativas, actitudes de corresponsabilidad y experiencias significativas en la atención integral del paciente.

Participación formativa en entornos clínicos reales

El médico interno de pregrado colabora activamente en la atención hospitalaria, con funciones acordes con el área en la que rota. Puede desempeñarse como

auxiliar clínico, apoyando la valoración inicial de pacientes, el registro de notas médicas y el seguimiento de casos, siempre bajo la orientación del docente responsable. Asimismo, actúa como observador activo durante procedimientos quirúrgicos o sesiones clínicas, analizando las decisiones terapéuticas y contribuyendo con su interpretación basada en la literatura médica o en sesiones de clase. En otras ocasiones su formación contempla el rol de educador en salud, participando en acciones de orientación preventiva dirigidas a los pacientes y sus familiares.

Además, el Hospital Universitario opera como una plataforma de aprendizaje que trasciende a los estudiantes de medicina y se extiende a múltiples disciplinas relacionadas con la atención a la salud. Las diferentes áreas del hospital, como laboratorio clínico, imagen diagnóstica, banco de sangre, farmacia hospitalaria, farmacovigilancia, nutrición, atención dental, entre otras, reciben de forma regular a practicantes profesionales y prestadores de servicio social, provenientes de otros programas educativos de la misma UANL, como químicos clínicos, biólogos y farmacéuticos, nutriólogos, odontólogos e ingenieros biomédicos.

La participación transversal de diversos programas en un mismo entorno clínico fortalece el modelo del Hospital Universitario y amplía su impacto como institución formadora de profesionales capaces de interactuar, integrarse y corresponder a las necesidades del sistema de salud desde una visión colectiva y multidisciplinaria.

Modelo hospital-escuela ejemplar

La convergencia entre la atención médica, la docencia y la investigación ha sido concebida como el núcleo esencial de un hospital universitario en su forma ideal. Según la visión contemporánea, una unidad académico-asistencial debe ser capaz de integrar al máximo sus tres misiones institucionales y ser reconocida por su excelencia tanto en el ámbito profesional como en el social.[11] El Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” ha logrado consolidar este modelo a través de una organización funcional y académica coordinada, en donde la enseñanza clínica no es una actividad periférica, sino que es parte medular del quehacer institucional.

Tabla 1. Funciones esenciales del hospital universitario como modelo académico-asistencial

<i>Funciones</i>	<i>Propósito central</i>	<i>Manifestación en la práctica</i>
Asistencial	Brindar atención médica de calidad, seguridad y alta especialidad.	Servicios clínicos integrales, unidades quirúrgicas, hospitalización y atención ambulatoria.
Docente	Formar profesionales de la salud con altas competencias clínicas y éticas.	Participación activa de estudiantes en escenarios reales, supervisión docente y estructura curricular integrada.
Investigadora	Generar conocimiento aplicable a la práctica médica y educativa.	Proyectos científicos y líneas de investigación traslacional, representados por publicaciones indexadas y desarrollos tecnológicos.

Fuente: Archivos del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

Discusión

El Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" se consolida, a la luz de lo presentado, como un modelo integral de hospital-escuela, en el que la asistencia, la docencia y la investigación convergen de forma armónica. Su estructura legal, única en México, por ser un campo clínico que pertenece orgánicamente a la Facultad de Medicina, asegura que las decisiones asistenciales y académicas respondan a una misma visión institucional.

La integración curricular demuestra que el Internado Rotatorio de Pregrado constituye una experiencia inmersiva, extensa y supervisada, donde el estudiante transita de la teoría al escenario clínico real, con un acompañamiento docente permanente. Las metodologías activas empleadas potencian el razonamiento clínico, la autonomía y la reflexión crítica, mientras que el entorno interprofesional del Hospital Universitario fomenta competencias colaborativas esenciales para la práctica médica contemporánea.

La calidad de este modelo se certifica y refrenda desde el exterior, mediante tres acreditaciones nacionales e internacionales vigentes: el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) y la Agencia de Acreditación de Programas de Estudio de Ingeniería, Ciencias de la Información, Ciencias Naturales y Matemáticas (ASIN) de Alemania. Estos

reconocimientos avalan la solidez institucional, la pertinencia del programa educativo y la idoneidad del escenario clínico.

El Hospital Universitario integra semestralmente a cerca de 450 médicos internos que, además de rotar por las áreas troncales del hospital, realizan estancias en el Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” y en el Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil de la Secretaría de Salud de Nuevo León, ampliando la cobertura asistencial en la región. Además, la proyección internacional del modelo se sustenta en convenios académicos con la Universidad de Colonia (Alemania) y la Universidad de Lille (Francia), que permiten intercambios semestrales con valor curricular y favorecen la circulación bilateral de estudiantes.

En conjunto, estos elementos confirman que el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” cumple con los estándares nacionales e internacionales de formación médica y contribuye de manera tangible al sistema de salud, al proveer profesionales competentes, generar conocimiento científico y ofrecer servicios asistenciales de alta calidad en los tres niveles de atención.

Propuesta

El Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” se encuentra en una etapa de consolidación estratégica, producto de décadas de desarrollo estructural, expansión académica y madurez institucional. Consideramos que este momento representa una oportunidad propicia para fortalecer su impacto y proyectar su modelo académico-asistencial como un referente replicable, en primera instancia, en el contexto nacional.

Su operatividad, sustentada en una articulación directa con la Facultad de Medicina, con la que comparte estructura orgánica, infraestructura, misión y visión, ha demostrado ser funcional, sostenible y alineada con los estándares contemporáneos de calidad en educación médica. Una fortaleza esencial radica en la proximidad física y administrativa entre la entidad académica y su campo clínico, lo que permite una integración curricular efectiva, continuidad pedagógica, supervisión docente dentro de entornos clínicos reales y atención eficiente a la población.

Con miras a escalar este modelo, el Hospital Universitario podría impulsar su replicabilidad mediante esquemas de observación y asesoría bilateral dirigidos a escuelas y facultades de medicina, interesadas en desarrollar o fortalecer sus campos clínicos. Lo anterior podría acompañarse de la formalización de

convenios interinstitucionales y la sistematización de las buenas prácticas, que han sustentado el funcionamiento exitoso del hospital-escuela de la UANL.

La consolidación del Hospital Universitario como centro de referencia en formación médica ofrece un marco replicable para instituciones que aspiren a integrar de manera efectiva la docencia, la asistencia y la investigación en un solo entorno clínico-académico. De esta forma, el modelo reafirma su pertinencia y operatividad como respuesta concreta a las exigencias contemporáneas de la educación médica y como aportación al fortalecimiento del sistema de salud en la actualidad y en el futuro.

La consolidación del Hospital Universitario como centro de referencia en formación médica ofrece un marco replicable para instituciones que aspiren a integrar de manera efectiva la docencia, la asistencia y la investigación en un solo entorno clínico-académico. Además, tal como se ha señalado, los hospitales universitarios deberían ayudar a guiar la transición hacia la medicina del futuro.[12] Este modelo reafirma su pertinencia y operatividad como respuesta concreta a las exigencias contemporáneas de la educación médica y como aportación al fortalecimiento del sistema de salud, tanto en el presente como en los años venideros.

Referencias bibliográficas

- Samaneh, S., Hamid, R., Pouran, R., y Mohammadreza, M. (2018). Challenges and Opportunities Faced by Teaching Hospitals in the Perception of Stakeholders and Hospital System Managers. *Education in Medicine Journal*, 10(4), 9-21. <https://doi.org/10.21315/eimj2018.10.4.2>
- Patiño-Restrepo, J. F. (2016). El hospital universitario. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 595-596. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55881>
- UANL. (1955). *Ley Orgánica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"*.
- Rodríguez-Sánchez, F. (2013). Perfil del hospital universitario del siglo XXI. *Fundación Educación Médica*, 16(Supl. 3), 3-6.
- Gallegos-Jiménez, N. V. (2013). Hospital Universitario a 80 años de su existencia. *Memoria Universitaria*, 4(40), 6-11. <https://memoria.uanl.mx/index.php/mu/article/view/212>
- Olvera-Sandoval, J. A. (2022). Breve narrativa del hospital escuela: 70 años del Hospital Universitario. *Academia Semper*, 2(12-13), 33-42.
- Acosta-Badillo, S. J. (2023). Primera configuración del campus Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León (1933-1957). *Ciencia Nueva, Revista de Historia y Política*, 7(2), 55-85. <https://doi.org/10.22517/25392662.25391>

- Zorrilla-Núñez, L. F., y Jaramillo-Tallabs. (2010). El Modelo Hospital-Escuela de la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario en la visión del Dr. José Mario Gutiérrez Zambrano: Una narrativa personal. *Medicina Universitaria*, 12(49), 239-243. <http://eprints.uanl.mx/8409/>
- Chávez-Saavedra, G., González-Sandoval, B. V., e Hidalgo-Valadez, C. (2016). Aprendizaje basado en problemas (ABP) a través del *m-learning* para el abordaje de casos clínicos: Una propuesta innovadora en educación médica. *Innovación Educativa*, 16(72), 95-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070628>
- Cid-García, M., Ecuador, E., y Marcillo-Murillo, D. (2023). El aprendizaje situado: Una oportunidad para la práctica pedagógica innovadora, crítica y reflexiva. *Revista Hallazgos* 21, 8(3), 316-329. <https://doi.org/10.69890/hallazgos21.v8i3.639>
- Civeira Murillo, F. (2010). El hospital como centro nuclear para mejorar la enseñanza de la medicina. *Educación Médica*, 13(Supl. 1), S1-S82.
- Raus, K., Mortier, E., y Eeckloo, K. (2019). Past, present, and future of university hospitals. *Acta Clínica Bélgica*, 75(3), 177-184.

Sección VIII:

**Condiciones sociales,
formativas y laborales de
los trabajadores de salud**

Evolución de la educación médica en el país

Salvador B. Valdovinos Chávez

Ante el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, de rezago, así como la mortalidad materna), se ha hecho necesario cambiar el enfoque de la atención a la salud a la prevención y promoción de la salud, incorporando a la población (individuos, familias y comunidades) tareas de gestión propias del cuidado de la salud. Y, por ello, se ha evidenciado desde hace décadas el requerimiento de modelos de atención a la salud con énfasis en la atención primaria, la prevención y la continuidad del proceso de atención, capaces de visualizar el proceso salud-enfermedad de manera sistémica, articulando el nivel molecular con lo clínico, social y ambiental.

Sin embargo, existen discrepancias entre las políticas de salud y la operacionalización del sistema de salud, carencia de políticas de apoyo, inseguridad, falta de presupuesto que afectan la formación y el desempeño profesional de los médicos. Falta brindar mayor impulso y apoyo a la educación médica, a la interacción entre el sector educativo y el sistema de atención.[1]

La educación médica en nuestro país se remonta al origen de la Facultad de Medicina en la Ciudad de México (CDMX) en el siglo XVI, el 20 de septiembre de 1551, cuando el emperador de Alemania, Carlos V (Carlos I de España) expidió una orden para crear la Real y Pontificia Universidad de México. El primer diploma médico de México fue otorgado el 10 de agosto de 1553, originalmente expedido por la Universidad de Lérida en España a Juan Blanco de Alcázar.

En 1768, utilizando los espacios, enfermos y cadáveres del Hospital de Naturales, se creó la Real Escuela de Cirugía y el Anfiteatro Anatómico o Cátedra de Anatomía Práctica, donde se impartieron clases de anatomía descriptiva, fisiología y clínica quirúrgica. Poco antes del fin del régimen colonial en 1805, se

fundó la última e importante cátedra: la de Clínica, encomendada a su promotor, el doctor Luis Montaña, figura de primer orden en la historia de la medicina mexicana. En 1821 la Real y Pontificia Universidad de México se convirtió en Nacional. La reforma de la educación que implementó Valentín Gómez Farías en 1833, con seis Establecimientos de Ciencias, unió los estudios médicos y quirúrgicos. Con la creación de Ciencias Médicas el 23 de octubre de 1833 se empieza a escribir la historia moderna de la educación médica en México.[2]

Contexto de la educación médica en México

Durante la segunda década del siglo xx, la Revolución Mexicana generó un formidable cambio social y derivó en la creación de instituciones en el ámbito social y político. Hubo avances intelectuales en todos los campos del conocimiento y las artes. La medicina no fue una excepción, su clímax lo alcanzó entre 1940 y 1965. En 1957 se fundó la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) con la misión de impulsar el desarrollo permanente de la educación médica de calidad con el objetivo de responder a las necesidades de salud de la sociedad y fomentar la innovación de modelos articulados de formación, atención e investigación; utilizó conocimientos científicos, tecnológicos, bioéticos y ecológicos de vanguardia, vinculando lo local con lo global.

En 1967 se integró el Colegio Médico de México A. C., también conocido como Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica A. C. (Fenacome), establecido con el compromiso de dar apoyo a través de la asesoría para el ejercicio profesional, la regulación y supervisión de la atención médica. Desde su inicio, ambas asociaciones han incluido en sus agendas y actividades la temática de la educación médica con la necesidad de adaptar de manera congruente la formación de médicos acorde con el requerimiento de la creciente demanda de servicios, y así, hacerla progresivamente coherente con los requerimientos de actualización del modelo de atención a la salud tanto a nivel local como global.

Modernización de la educación médica en México

Se puede considerar que la educación médica moderna en México surgió en el Hospital General de México, donde se incuban servicios clínicos de vanguardia que se inician en la investigación clínica y que dieron origen a los institutos nacionales de salud concebidos como entidades que articulan la investigación, la asistencia y la enseñanza. En general, todas las instituciones públicas de salud actuales contemplan el desarrollo del conocimiento. Desde la posrevolución,

Ignacio Chávez promovió la fundación del Instituto Nacional de Cardiología, el primer instituto cardiológico de ámbito internacional que atrajo a estudiantes de todo el mundo. La electrocardiografía clínica fue desarrollada en México por el grupo de Demetrio Sodi y Rodolfo Limón, que realizaron el primer cateterismo cardíaco.

La cibernética se desarrolló en territorio mexicano por el trabajo conjunto de Norbert Wiener y Arturo Rosenblueth, todos en el Instituto Nacional de Cardiología. Otro semillero de investigadores de carácter internacional fue el Hospital Infantil de México bajo la dirección de Federico Gómez Santos. Con su liderazgo se puso énfasis en estudiar la nutrición y la desnutrición, y ahí trabajaron Rafael Ramos Galván, Joaquín Cravioto y Silvestre Frenk, quienes realizaron múltiples contribuciones sobre somatometría, los grados de la desnutrición y su recuperación.[3]

Recientemente, durante la pandemia de infección por coronavirus de emergencia, se requirió migrar a la virtualidad como único punto de apoyo para la enseñanza de la medicina. Lo que hizo evidente la conveniencia de potenciar internamente la creatividad, flexibilidad y asertividad, mediante plataformas de videoconferencia y el empleo de simuladores clínicos. Una de las lecciones más importantes derivadas de la pandemia de covid-19 en Latinoamérica fue la necesidad de fortalecer la atención primaria a la salud. Corresponde a las universidades y a las facultades y escuelas, que forman a los profesionales de la salud, investigar y desarrollar nuevos enfoques para que la atención primaria deje de ser la atención de los problemas simples bajo demanda y se enfrente a la complejidad de la multicausalidad, a la prevención y manejo ambulatorio de lo complejo y de la comorbilidad.[4]

Durante las últimas dos décadas del siglo xx comenzó a formalizarse la investigación educativa en lo que respecta a la formación de médicos, proceso en el cual coexisten un conjunto de posturas teóricas que tienden, por un lado, a la explicación de lo educativo y, por otro, a su comprensión a través del análisis del gran espectro de determinantes que a la fecha persisten, que están insertas en el ámbito social, y de manera progresiva se ha vinculado con los enfoques teórico-metodológicos en la mayoría de las instituciones de educación superior que cuentan con programas para la formación de médicos.[5]

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha señalado: *el sistema de salud de México continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios diferentes y con resultados diferentes.*

El sistema educativo también presenta grandes disparidades y fuertes diferencias de calidad, que van desde la excelencia hasta la mediocridad. La

cobertura en 2015 de la educación superior en México era de tan sólo el 32%, inferior a la de otros países de América Latina como Cuba (95%), Puerto Rico (86%), Venezuela (78%) o Argentina (71%).

Al mercado de trabajo en México ingresan a la par profesionales médicos muy bien formados, así como también un gran número de profesionales con baja calidad en su formación, indistinguibles unos de otros a los ojos de la población.

Se han realizado esfuerzos para tratar de regular la autorización de apertura de nuevas escuelas, no sólo porque no son necesarias en algunas regiones del país, sino porque compiten por los espacios de práctica clínica con las escuelas de calidad. En el sistema de educación en México, en 2017 había 10.7 graduados de medicina por cada 100,000 habitantes, no muy lejano de la media de 12.1 graduados en la OCDE.[6]

La facilidad de apertura de nuevas escuelas privadas se debió a que, en un periodo reciente, la legislación mexicana fue permisiva y demandó mínimos requisitos. Las presiones sociales a favor de incrementar la cobertura en educación superior han producido un gran incremento en el número de estudiantes.

En el año 2015, 126,296 jóvenes estudiaban medicina; concluyeron los estudios 14,781 y se titularon 13,081. En el momento actual existen aproximadamente 165 escuelas o facultades de medicina en el país. La plétora de alumnos ha generado un desajuste entre la demanda de campos clínicos y su disponibilidad. El problema no se limita sólo a la cantidad, sino que también involucra la calidad de la formación clínica. Existen hospitales de alto nivel y gran capacidad resolutive, que no pueden absorber a la mayoría de los alumnos. Asimismo, la educación de médicos generales demanda una formación sólida en atención primaria en salud, que permita ampliar la capacidad resolutive.

Hay quienes sostienen que existe una plétora de médicos, pero los indicadores de la OCDE señalan que el número de empleados en salud en México es el más bajo de los países miembros, con 2.7% de la población económicamente activa; ese organismo también señala que con una estimación de 2.4 médicos por 100,000 habitantes México se encuentra por debajo de la media que es de 3.4 y su distribución no es homogénea: existen zonas del país por encima de esta cifra y por debajo de esta otras menos desarrolladas económicamente.[7]

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) organizó el primer sistema de acreditación de escuelas de medicina en México, y lo operó durante varios años hasta que se consideró necesario crear un organismo distinto, para evitar los conflictos de interés resultantes de que las propias escuelas arbitraran su acreditación. Desde 2002, el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) ha continuado el trabajo iniciado por AMFEM y realiza el proceso de acreditación mediante un instrumento

estandarizado. La fase inicial consiste en un proceso de autoevaluación y, posteriormente, se realiza la visita de pares académicos, que verifican lo señalado en la autoevaluación; por último, un comité emite el fallo correspondiente.

La AMFEM, con la Secretaría de Salud y el COMAEM, propuso modificar la ley para que sólo puedan operar las escuelas con una acreditación inicial y los campos clínicos sólo se otorguen a las instituciones acreditadas. Por su parte, la Secretaría de Educación Pública, en sinergia con la Secretaría de Salud, estudia una propuesta para modificar la ley y el registro de validez oficial de estudios (RVOE), que es el mecanismo por medio del cual se abre multitud de escuelas privadas. Con base en lo anterior, se ha encaminado la realización de un plan nacional para el desarrollo de recursos humanos para la salud, considerando no sólo la formación de médicos, sino también de otros profesionales de la salud. La infraestructura educativa del sector salud debe continuar su modernización, se requiere formar a los profesores y promover el uso de las nuevas tecnologías para desarrollar un proceso de innovación educativa continuo. Además, resulta indispensable abordar de manera simultánea tanto los problemas derivados de la cantidad como de la calidad de la formación.

Referencias bibliográficas

- Cravioto, A., Abreu-Hernández, L., e Infante, C. (2003). La formación de médicos y los nuevos modelos de atención, la superación del sistema fordiano, un proceso de transición. En: Rivero Serrano, O., y Tanimoto, M. (Eds.), *El ejercicio actual de la medicina. Segunda parte* (pp. 25-43). México: Siglo XXI Editores.
- UNAM. (s/f). *La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México es pionera en América Latina y líder regional en la formación de recursos humanos para la salud*. <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion.html>. Consultado el 20 de enero de 2024.
- León-Bórquez, R., Lara-Vélez, V. M., y Abreu-Hernández, L. F. (2018). *Educación Médica en México*, FEM, 21(3), 119-128.
- Marín-Campos, Y. (1990). Aspectos fundamentales para la orientación de la investigación educativa en la formación de médicos. *Rev Mex Ed Med*, 1(1), 33-36.
- Batllore-Gastón, M. (2020). Simulación clínica y la pandemia por covid-19. ¿De dónde venimos? ¿Hacia dónde queremos ir? *An Sist Sanit Navar*, 43(2), 125-129.
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016*. París: OCDE.
- OECD. (2017). *Health at glance 2017: OECD indicators*. París: OECD Publishing.

Marco legal y normativo en México sobre derechos humanos y medicina

Javier Mancilla Ramírez

Miriam B. Torres Vásquez

Ariadna D. Barajas Arteaga

Norma del Carmen Galindo Sevilla

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los derechos humanos como derechos universales que corresponden a todas las personas, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

La medicina se encuentra fuertemente vinculada a este tema, ya que el Estado debe adoptar un enfoque de salud con base en los derechos humanos, que garantice que *todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental*. Este mismo derecho está consagrado en varios instrumentos jurídicos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, los cuales establecen que la finalidad de la protección a la salud es promover el bienestar físico y mental de la persona, prolongar y mejorar la calidad de la vida humana, así como procurar la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud. También debe garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan de manera eficaz y oportuna las necesidades de la población, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, el desarrollo de la enseñanza, la investigación científica y tecnológica para la salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Existen otras leyes, como la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la cual tiene como objetivo principal garantizar el derecho de las personas a la protección de sus datos personales, regular el tratamiento de estos datos por parte de entidades gubernamentales y otros sujetos obligados, y promover una cultura de respeto hacia la privacidad. Así también, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados, así como el derecho a acceder a servicios de salud de calidad sin ser objeto de discriminación de ningún tipo.

El derecho a la información y el consentimiento informado en medicina son fundamentales, ya que promueven la autonomía de las personas en la toma de decisiones sobre su salud. Este proceso debe ajustarse a las necesidades individuales, garantizando que la información médica sea accesible y comprensible, utilizando diferentes modos y formatos de comunicación, según la población atendida. Es obligación de los profesionales de la salud proporcionar información clara y comprensible, lo cual implica que deben estar capacitados para llevar adecuadamente este proceso. En los casos en que la persona no pueda comprender la información, se debe recurrir a un familiar o representante legal, asegurando que se actúe en el mejor interés del paciente.

Así, el enfoque de la formación de médicos y otros recursos humanos en salud debe estar sustentado en los derechos humanos, de tal forma que impulse a los países a desarrollar sistemas de salud que prioricen y garanticen que las leyes, normas y políticas respeten y promuevan el ejercicio efectivo de los derechos, sin que ello afecte su eficacia. Además, estas medidas han servido para promover la igualdad sustantiva en la población y la resiliencia ante las crisis, como sucedió durante y después de la reciente pandemia por covid-19.

Los derechos humanos en el acceso a la salud

Al ser considerada la salud como un derecho humano, se obliga al Estado a ofrecer servicios de calidad a toda la población, especialmente a los grupos vulnerables. En México existe un sistema nacional de salud conformado por instituciones públicas y privadas, cuyo objetivo es garantizar el acceso a la salud, aunque la equidad, el acceso y la calidad de los servicios aún requieren ser ampliamente mejorados.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son dos de las principales instituciones de seguridad social en México. El IMSS está orientado

a atender a quienes trabajan en la economía formal, mientras que el ISSSTE proporciona servicios a los empleados del Gobierno federal y sus familiares. Pemex, la empresa estatal de exploración y explotación de petróleo, al igual que las Fuerzas Armadas, también cuenta con sus propias estructuras de atención sanitaria para sus trabajadores y familias. El Estado también busca atender a la población no asegurada, siendo ésta la mayoría y la más vulnerable, a través de los Servicios Estatales de Salud y el recién creado IMSS-Bienestar, que sustituyó al malogrado Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Asimismo, se han implementado políticas específicas para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, aunque aún existen grandes deficiencias en la infraestructura y el acceso a nuevas tecnologías.

El sector privado, en algunos casos sirve para aliviar la carga del sector público, al ofrecer una atención más rápida y especializada, aunque a un costo que afecta mucho el gasto de bolsillo de las familias y, por definición, no es equitativo desde el punto de vista social. La mercantilización de la salud y la falta de un marco legal adecuado pueden llevar a desigualdades en el acceso a estos servicios, afectando especialmente a quienes no pueden pagar por atención privada.

¿

La ética médica y el modelo formativo de los profesionales de la salud en México

El plan de estudios curricular de medicina en México ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, adaptándose a las necesidades sociales, políticas y de salud, así como a los avances en la ciencia y la medicina. Esta evolución refleja la estrecha relación entre la educación médica, la salud y los derechos humanos en el país. A partir de la década de 1950 surgió un creciente interés por los aspectos ético-humanísticos de la práctica médica, aunque estos temas no se incorporaron formalmente a los planes de estudio hasta 1967 con el Plan de Estudios de ese año. Este periodo marcó el inicio de un enfoque en el derecho a la salud como un principio fundamental en la enseñanza médica, ya que se promovió la equidad en la formación y la obligación ética de los médicos de atender a toda la población, independientemente de su origen social.

Por lo anterior, resulta esencial que los planes de estudio para la formación médica en México no sólo incluyan las competencias técnicas, sino también un enfoque centrado en los derechos humanos. En México, la bioética se ha integrado al programa de medicina como una de las asignaturas indispensables. Esta integración busca abordar los dilemas éticos en la formación médica

mediante metodologías más inclusivas, como la bioética deliberativa, que permite una reflexión plural centrada en los derechos humanos. Actualmente se hace necesaria una innovación curricular que articule diversas herramientas didácticas y tecnológicas de aprendizaje crítico y colaborativo, con énfasis en competencias como el trabajo interdisciplinario y la comunicación asertiva.

Entre los principios éticos universales en la práctica médica se incluyen:

1. *Autonomía*. Derecho del paciente a tomar decisiones sobre su propia salud y tratamiento, respetando su libre voluntad y elección individual.
2. *Beneficencia*. Actuar en beneficio del paciente, promoviendo su bienestar y evitando el daño.
3. *No maleficencia*. Deber de no causar daño; los médicos deben abstenerse de realizar acciones que puedan perjudicar a los pacientes.
4. *Justicia*. Distribución equitativa de los recursos y beneficios en la atención sanitaria, asegurando que todos los individuos, independientemente de su edad o condición, tengan acceso a los avances médicos y derecho a la salud.

La inclusión de la bioética en la formación médica ha sido esencial para afrontar los desafíos del ejercicio médico y el respeto a los derechos humanos, pues promueve una práctica centrada en el ser humano, contribuyendo al bienestar de las personas, familias y comunidades. Además, la bioética es fundamental en áreas clave como el ejercicio médico, la investigación con seres humanos y la formulación de políticas públicas, lo que exige enfoques innovadores y creativos en el desarrollo de habilidades críticas y comunicativas esenciales para la relación médico-paciente y el trabajo en equipo.

En la evaluación de los programas educativos en las escuelas y facultades de medicina se identifica que no siempre cumplen con los estándares necesarios para proteger tanto los derechos de los estudiantes a una educación adecuada como los derechos de la población a recibir atención médica de calidad. Esto se debe, en parte, a las condiciones laborales y educativas adversas que enfrentan los estudiantes, las cuales afectan su salud y la calidad de la atención que brindan. Además, las situaciones de acoso y violencia durante la formación de los estudiantes de medicina destacan la necesidad de un respaldo ético y docente que favorezca un ambiente de respeto y seguridad.

En este sentido, se hace necesario que las escuelas de medicina en México reformen y actualicen sus planes de estudio para integrar de manera efectiva el ejercicio de los derechos humanos. Un modelo formativo con base en los derechos humanos enfatiza la importancia de respetar los derechos de los

estudiantes y profesionales de la salud, asegurando condiciones óptimas para su formación, lo que incluye el respeto a su derecho a una educación, trabajo y vida dignos.

Integrar la inteligencia artificial (IA) con modelos formativos en medicina

Éste puede ser un proceso muy enriquecedor, ya que la IA tiene el potencial de mejorar la educación y la práctica médica a través de un mecanismo de aprendizaje centrado en el estudiante y no en el docente. Algunas estrategias que deben ser consideradas son las siguientes:

1. *Simulación y entrenamiento.* Utilizar simuladores impulsados por IA que reproduzcan situaciones clínicas. Esto permite a los estudiantes practicar habilidades clínicas en un entorno seguro y controlado.
2. *Aprendizaje personalizado.* Implementar plataformas de aprendizaje adaptativo que utilicen algoritmos de IA para personalizar el contenido y el enfoque de aprendizaje según las necesidades y el progreso de cada estudiante.
3. *Asistentes virtuales.* Desarrollar aplicaciones o asistentes virtuales que ayuden a los estudiantes a resolver dudas, revisar conceptos y proporcionar recursos de estudio adicionales.
4. *Análisis de datos.* Incluir herramientas de análisis de datos que permitan a los estudiantes de medicina entender las tendencias, nuevas herramientas de diagnóstico, de tratamiento y de prevención a partir de grandes volúmenes de datos clínicos.
5. *Investigación y desarrollo.* Fomentar la colaboración en proyectos de investigación que integren IA, permitiendo a los estudiantes estar a la vanguardia de las innovaciones en el campo médico.
6. *Estudios de caso interactivos.* Crear casos clínicos interactivos que requieran que los estudiantes utilicen herramientas de IA para analizar datos de pacientes, diagnosticar y sugerir tratamientos.
7. *Evaluación y retroalimentación.* Implementar sistemas de evaluación con base en IA que proporcionen retroalimentación instantánea y detallada sobre el desempeño de los estudiantes en simulaciones y exámenes.
8. *Ética y responsabilidad.* Incluir en los programas formativos un enfoque en la ética en el uso de IA en la medicina, asegurando que los futuros médicos comprendan las implicaciones y responsabilidades.

Para llevarlo a cabo se requiere incluir en la elaboración de nuevos planes de estudio en medicina a expertos en IA, educadores, pedagogos y profesionales de la salud. Además, investigar plataformas y herramientas disponibles que ya están integrando estas tecnologías en la educación médica.

Conclusiones

El marco legal y normativo en México sobre derechos humanos y medicina debe garantizar un acceso equitativo a la salud y el respeto a los derechos humanos fundamentales de los usuarios y los proveedores de servicios de salud. Asimismo, los planes de estudio de medicina en México deben incorporar las nuevas tecnologías de aprendizaje, la ética y los derechos humanos para garantizar una formación integral que produzca los recursos humanos que el país requiere para la atención de sus principales problemas de salud completa en un marco de justicia social. El uso de la inteligencia artificial y otras tecnologías de la información avanzadas en los modelos formativos de las carreras de medicina debe ser considerado también como un derecho de los recursos humanos en formación. Todo esto beneficiará a los futuros profesionales médicos y también la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes.

Referencias bibliográficas

- OMS. (2023). *Derechos humanos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2025). Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 17 de marzo, 15/391. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/cpeum/documento/cpeum.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). Ley General de Salud. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 7 de junio. México: Secretaría General/Secretaría de Servicios Parlamentarios. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Fernández-Tapia, J. (2021). Avances y limitaciones en las políticas públicas de e-Salud en México. *Com Humanitas: Rev. Cienc. Comun.*, 12(1), 152-178.
- Arcos-Orozco, B. A., De la Luz Casas-Martínez, M. L., López-Roldán, V. M., y Bullé-Goyri, V. M. M. (2021). Recomendaciones bioéticas respecto al con-

- sentimiento informado de personas con discapacidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 59(5), 447-456.
- Mesa-Trujillo, D., Espinosa-Ferro, Y., y García-Mesa, I. (2022). Reflexiones sobre bioética médica. *Rev Med Electrónica.*, 44(2), 413-424.
- Vázquez Martínez, F. D., Mota Morales, M. D. L., y Argüelles-Nava, V. G. (2024). Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México: Hacia un nuevo horizonte ético. *Med Ética*, 35(1), 108-169.
- Mendoza González, M. F., Vázquez Martínez, F. D., Mota Morales, M. D. L., Ortiz-Chacha, C. S., Delgado Domínguez, C., Cortés Jiménez, H., *et al.* (2023). Error médico autopercebido: Análisis del enfoque de salud basado en los derechos humanos en México. *Investig Educ Méd.*, 12(46), 79-92.
- Rey, J. (2023). *Enseñanza de la bioética en las escuelas de medicina, una revisión sistemática exploratoria*. [Internet]. [Citado 2025 feb.]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/20448>
- Martínez-Medina, N. (2025). Perspectivas del uso de la inteligencia artificial en medicina. *Medscape*, 6 de enero. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5913434>

El internado médico de pregrado: un año formativo

Rodrigo Villaseñor Echávarri

María José Mulás Torres

José Halabe Cherem

Liz Hamui Sutton

En qué punto el estudiante deja de serlo para convertirse en profesionalista? Es una pregunta sencilla de responder en la mayoría de las profesiones, típicamente marcada por el final de los cursos o el inicio de la primera experiencia laboral. En el caso de la formación del médico, la línea es mucho más difusa, y la transición no está claramente delimitada. El proceso de aprendizaje es continuo; el estudiante siempre será estudiante y el maestro nunca dejará de ser alumno.

No obstante, hay un punto crítico en la formación de todo médico en la que el alumno transita del rol estrictamente académico y científico hacia la integración del carácter asistencial y humano, inherente a su profesión. En ese momento se logra la convergencia entre los conocimientos teóricos y técnicos con la empatía y el humanismo necesarios para abrazar la verdadera esencia del “ser médico”. Más aún, es en esa etapa cuando se comprende el sentido del pronombre posesivo al referirse a “mi paciente”; no como una afirmación de pertenencia, sino como una manifestación del profundo vínculo personal que se establece con el paciente, sustentada por un deseo genuino de bienestar que trasciende el conocimiento técnico y el dominio de la habilidad clínica. Este punto crítico es el internado médico de pregrado, una etapa crucial de transformación caracterizada por la acumulación de experiencias, la adquisición de competencias y la consolidación de la identidad profesional.[1]

El internado médico es una de las etapas más intensas en la formación médica. Por primera vez los estudiantes se integran al equipo de salud en contextos clínicos y se genera una convivencia que conlleva a relaciones significativas que marcan la identidad profesional del interno. En esta etapa afianzan amistades que suelen conservarse de por vida, pero también experimentan el rigor de las jerarquías hospitalarias y el cansancio de las guardias que los modelan en la práctica clínica. En este año se conjuntan los saberes nosológicos con las patologías, y los internos se enfrentan a ejercitar el razonamiento clínico como herramienta para el diagnóstico y tratamiento en el cuidado de los pacientes.

cumplido lo largo de la historia, la educación médica ha sido un tema de gran interés y ha jugado un rol central en la sociedad, incluso mucho antes de que la medicina se estableciera como una profesión formal. En civilizaciones como la egipcia, la educación médica se transmitía de manera práctica bajo un modelo de aprendiz-mentor, en el cual el alumno aprendía mediante la observación hasta alcanzar la independencia. En el Renacimiento, la disección humana se convirtió en una parte esencial de la educación médica, y las universidades establecieron anfiteatros anatómicos para enseñar anatomía mediante la observación directa.

Con el tiempo, la necesidad de una interacción directa con los pacientes se hizo evidente, y los estudiantes comenzaron a trasladarse del anfiteatro y los laboratorios, a los hospitales. Aunque en las escuelas médicas se empezaron a estructurar currículos más organizados y se establecieron hospitales universitarios para facilitar el aprendizaje a través de la práctica clínica, su participación era predominantemente pasiva, limitándose a observar y contemplar, sin intervenir de forma directa en el proceso de atención de los enfermos.

En México, este modelo pasivo prevaleció hasta que a principios del siglo xx apareció por primera vez el término “internado médico de pregrado” en el *Diario Oficial de la Federación*, como una herramienta para integrar a los estudiantes de manera directa en el flujo de trabajo cotidiano de los hospitales, haciéndolos responsables de forma activa de todas las etapas de la atención a los pacientes. En 1934, el doctor Ignacio Chávez, entonces director de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, estableció que las prácticas clínicas correspondientes al internado médico de pregrado debían abarcar un año completo. Posteriormente, en 1952 un decreto presidencial llamó a la participación de las instituciones nacionales de salud en el entrenamiento de los estudiantes durante ese año de formación.[2]

Desde entonces, el internado médico de pregrado se ha incorporado en todos los currículos universitarios de la licenciatura en medicina en México.

Este periodo consiste en un año consecutivo e ininterrumpido de prácticas hospitalarias, donde los estudiantes tienen contacto directo con los pacientes y, más importante aún, asumen responsabilidades sobre su atención.[3]

El internado médico de pregrado representa el primer enfrentamiento verdadero con la fragilidad de la vida humana y la complejidad del sufrimiento. Su objetivo va más allá de la simple acumulación de conocimientos técnicos, procedimientos, habilidades de exploración física e interrogatorio. Busca despertar una profunda empatía, una ética sólida y un compromiso inquebrantable con el bienestar de los demás, a través de la responsabilidad directa sobre el cuidado de los pacientes.

Hasta este punto, los estudiantes habrán interactuado con pacientes de manera pasiva, “sombreando” a sus profesores, sin tomar decisiones directas ni intervenir de primera mano en el proceso de atención. Como médicos internos de pregrado, adquieren un rol en el frente delantero dentro de la cadena operativa de un hospital. El interno de pregrado deja la seguridad de las rondas colectivas para enfrentarse de manera individual al paciente y sus familiares, consumando así el acto esencial de “hacer medicina”.

En la experiencia de la mayoría de los médicos el internado es el año más importante en su carrera profesional, ya que, como preámbulo al egreso de la licenciatura de médico general, adquieren las competencias necesarias para ejercer la profesión. En las seis rotaciones por las que transita (medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, urgencias y medicina familiar) el interno de pregrado participa en los procesos de atención con particularidades diversas que le darán una amplia gama de experiencias necesarias para desempeñarse de acuerdo con el contexto clínico o social en el que se encuentren.

Entonces, ¿el internado médico de pregrado es el punto de transición cuando el médico realmente comienza a serlo? Para los cuatro autores, la respuesta es clara y contundente: el internado médico de pregrado es un año formativo, que transforma al estudiante de fondo para convertirlo en médico.

Referencias bibliográficas

- Athié, J. A., Gutierrez, M. C., y Salís, M. C. (1985). La importancia del internado de pregrado en la formación del médico en el Plan de Estudios 1985 de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev Fac Med UNAM*, 33, 5.
- Tapia Villanueva, R. M., Núñez Tapia, R. M., Syr Salas Perea, R., y Rodríguez-Orozco, A. R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super.*, 21(4). Universidad

Michoacana de San Nicolás de Hidalgo-Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”/Escuela Nacional de Salud Pública.
Gasca García, A., Urbina García, R., Flores Echavarría, R., y Lloret Rivas, A. (2005). Nuevos modelos educativos en el internado médico de pregrado. La participación de la Universidad Víctor Ríos Cortázar. *Reencuentro*, 42, 0, abril.

Retos y perspectivas del servicio social médico en el sistema de salud mexicano

Nora Castro Montes

El sistema de salud mexicano enfrenta un momento crucial de transformación, donde el servicio social médico, pilar histórico de la atención primaria desde 1936, requiere una profunda reflexión sobre su papel en la salud pública contemporánea. Esta práctica, que ha servido como puente entre la formación académica y el ejercicio profesional, representa simultáneamente una oportunidad y un desafío para el sistema sanitario nacional.

Definición

El servicio social médico es una actividad obligatoria para los estudiantes, con una duración de 12 meses, que busca vincular el aprendizaje académico con la práctica clínica en escenarios reales, particularmente en comunidades marginadas. Su objetivo principal es ofrecer atención médica básica y el desarrollo de competencias técnicas, éticas y sociales en los pasantes.

Historia

El servicio social fue instituido en 1936 como una estrategia para combatir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales de México. Desde entonces ha evolucionado bajo distintos marcos normativos, como la NOM-009-SSA3-2013, que establece criterios para su implementación. A lo largo de las décadas, el pasante de servicio social ha tenido un sentido utilitario para el sector salud, ahorrando una gran cantidad de recursos en la

cobertura sanitaria, al tiempo que impide la contratación de médicos generales en comunidades alejadas.

Marco normativo: entre la tradición y la necesidad de cambio

La regulación actual del servicio social, sustentada en la NOM-009-SSA3-2013, establece los criterios fundamentales para su operatividad, la cual requiere reformarse.

Sin embargo, la realidad contemporánea demanda que esta reforma responda a los desafíos emergentes:

1. Garantía de seguridad en zonas de alto riesgo.
2. Supervisión efectiva del ejercicio clínico de los pasantes por médicos adscritos a cada unidad.
3. Disponibilidad de recursos esenciales.
4. Equidad en las experiencias formativas de pasantes en todas las jurisdicciones.

Sostenibilidad financiera

- Creación de partidas presupuestales específicas para ofrecer becas federales justas, incremento en el seguro de vida.
- Desarrollo de incentivos para médicos titulados contratados en zonas rurales.
- Optimización de recursos mediante redes de atención integradas.

Análisis

El servicio social ha tenido impactos significativos tanto en las comunidades como en la formación profesional de los estudiantes.

Impacto positivo en el sistema de salud

1. *Cobertura de atención primaria.* Proporciona servicios de salud en comunidades alejadas, aun donde no hay personal médico titulado que le acompañe.
2. *Promoción de la salud.* Los pasantes realizan actividades preventivas y educativas que fortalecen la cultura de prevención.
3. *Reducción de desigualdades.* Atiende a poblaciones vulnerables que carecen de acceso a servicios básicos.

Impacto favorable en la formación profesional

- Desarrollo de competencias clínicas y éticas.
- Exposición a las desigualdades sociales y determinantes en salud, en el primer nivel de atención, formando un pensamiento más crítico sobre situaciones reales.
- Construcción de habilidades en resolución de problemas y adaptación a contextos desafiantes.

La metamorfosis del médico en formación

El tránsito del aula a la práctica comunitaria marca una transformación fundamental en la identidad profesional del médico en formación. Este proceso va más allá de la mera aplicación de conocimientos clínicos, implica una profunda transformación personal y profesional que abarca:

- La construcción de una nueva identidad profesional en contextos desafiantes.
- El desarrollo de resiliencia ante limitaciones de recursos y de afectaciones a su salud socioemocional.
- La adaptación a realidades socioculturales diversas.
- El fortalecimiento de competencias en autonomía clínica.

La paradoja del servicio social

El sistema actual presenta una contradicción fundamental: mientras busca garantizar atención médica en zonas marginadas, frecuentemente coloca esta responsabilidad en manos de profesionales en formación, generando tres dilemas principales:

1. Calidad vs. cobertura.
2. Formación vs. responsabilidad asistencial.
3. Seguridad del pasante vs. necesidades comunitarias.

Discusión

Aunque el servicio social tiene múltiples beneficios, también enfrenta desafíos significativos:

1. *Dependencia excesiva.* Muchas unidades de salud dependen exclusivamente de pasantes, sin la supervisión de un médico titulado, lo que afecta la calidad de la atención a pacientes y la formación del estudiante.
2. *Inseguridad.* Los pasantes frecuentemente trabajan en zonas con altos niveles de violencia, estando en riesgo su integridad.

3. *Supervisión insuficiente.* La falta de tutores capacitados que acompañen al pasante en el programa académico y operativo limita el aprendizaje y la calidad del servicio.
4. *Falta de recursos.* Las sedes carecen de insumos mínimos necesarios para una atención adecuada.

Propuesta de transformación integral

Modernización del modelo:

1. Transformar el servicio social en un programa opcional, además de la diversificación de opciones, incrementar las plazas federales en investigación y creación de plazas estatales en esta área, además de ofrecer alternativas con un enfoque de género y de condiciones particulares de los pasantes.
2. Permanencia de médicos titulados que trabajen en comunidades rurales como adscritos responsables de la unidad, otorgándoles incentivos económicos y profesionales.
3. Implementar sistemas de telemedicina de apoyo y acompañamiento continuo para los pasantes.

Hacia un nuevo paradigma

1. La transformación del servicio social requiere de un enfoque que equilibre una formación académica de calidad con la atención médica segura y efectiva, además del desarrollo profesional continuo para tener un impacto social mensurable en el sistema de salud mexicano.
2. *Supervisión y tutoría.* Considerar un sistema de mentoría robusto con médicos titulados que guíen y acompañen las actividades y la salud socioemocional de los pasantes.
3. *Uso de tecnología.* Incorporar herramientas digitales para monitorear y apoyar a los pasantes de manera remota, además de fomentar la capacitación virtual continua, práctica y útil.
4. *Seguridad.* Establecer protocolos de seguridad interinstitucionales con los gobiernos locales jurisdiccionales, para garantizar la integridad física y emocional de los estudiantes.

Conclusiones

El servicio social médico es una herramienta clave para la promoción de la equidad en salud y la formación de médicos en México. No obstante, las trans-

formaciones en el sistema de salud y los desafíos actuales exigen una revisión profunda de su estructura y propósitos. Más allá de ser un requisito académico, el servicio social debe concebirse como una oportunidad estratégica para apoyar en los servicios de salud de las comunidades marginadas, sin comprometer la seguridad y el bienestar de los pasantes.

Deberán considerarse algunas de las implicaciones más importantes respecto al derecho humano a la formación de recursos para la salud, ya que debe darse desde y para los derechos humanos, con la finalidad de garantizar el derecho a la educación superior de los estudiantes y el derecho a la salud de los pacientes.

Son muy importantes la supervisión, la modernización de las modalidades de operación y la garantía de equidad en las experiencias formativas de los estudiantes. Asimismo, se deben contemplar alternativas al modelo tradicional, como la contratación directa de egresados para cubrir plazas en zonas rurales, regulando la carga asistencial y administrativa de los pasantes y promoviendo un enfoque más sostenible y profesionalizado.

La propuesta de convertir el año de servicio social en una modalidad flexible, opcional y con incentivos claros para los participantes permitiría atraer a médicos titulados y egresados comprometidos con las comunidades más necesitadas. Esto garantizaría que los pasantes no enfrentaran condiciones laborales críticas y que las comunidades recibieran atención de calidad de manera continua.

En síntesis, el mayor reto en el servicio social es que debe transformarse para reflejar las necesidades contemporáneas del sistema de salud en México y las aspiraciones de los futuros médicos. Sólo a través de estas reformas será posible mantener la perspectiva de su relevancia y del impacto, tanto en la formación profesional como en la salud pública del país.

Referencias bibliográficas

- García-Solís, E. (2021). Servicio social en medicina: ¿Debe continuar? *Rev Conamed*, 26(2), 98-100.
- Graue Wiechers, E. (2012). Perspectivas en el futuro cercano. *Gac Méd Mex.*, 148, 294-301.
- Jongitud Zamora, J. (2021). El servicio social en la formación de recursos humanos en salud, una crítica desde los derechos humanos. *Enfoques Jurídicos*, UV, 2, 7-27.
- Nigenda, G., y Sánchez, G. (2023). Modernización del servicio social médico en zonas rurales. *Salud Pública Mex.*, 65(1), 34-40.
- Secretaría de Salud. (2023). *Lineamientos del servicio social en medicina*. México: Gobierno de México.

Las residencias de especialidades médicas

Saturnino Ramón Ruiz Salazar

El sistema de residencias médicas en México es un programa de formación posgraduada, diseñado para preparar a los médicos que recién egresan de la licenciatura en medicina para ingresar al área de especialización en medicina deseada. Éste se convierte en nuestro país en un programa único caracterizado por mantener una educación guiada con un enfoque teórico y práctico, con la capacidad de otorgar a los residentes las habilidades y conocimientos necesarios para brindar atención médica de calidad.[1,2]

En la actualidad, el sistema de residencias médicas en México está regulado por la Secretaría de Salud (ss) y la Comisión Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).[3]

El sistema de residencias médicas en México es un programa fundamental para la formación de médicos especialistas. Sin embargo, este programa también tiene una serie de retos que deben ser superados para garantizar que los residentes reciban la formación y el apoyo que necesitan para desempeñarse de manera efectiva en la práctica de la medicina.[4]

Definición

Una residencia médica es un programa de formación posgraduada que tiene una duración de entre dos y cinco años, dependiendo del área de especialización formativa. Éste puede a la vez subespecializarse con una duración extra de dos a tres años e incluso cursar una alta especialización con una duración adicional de uno a dos años. Durante este tiempo los residentes trabajan a tiempo completo en un hospital u otra institución de salud, bajo la supervisión de un médico especialista, en jornadas mixtas (matutinas y vespertinas), con tiempo de formación complementaria (guardias ABC, ABCD, ABCDE) cada tercer a quinto día.[5,6]

El objetivo de una residencia médica es preparar a los médicos para ejercer la práctica de la medicina en una especialidad determinada. En la que serán guiados por un profesor titular y varios adjuntos para así poder adquirir los conocimientos mínimos necesarios para desempeñar la especialidad requerida.[7]

Historia

El sistema de residencias médicas en México tuvo su origen en el siglo XIX, cuando se comenzaron a impartir cursos de especialización en algunas instituciones de salud. Sin embargo, no fue sino hasta la década de 1940 que se estableció un sistema formal de residencias médicas, con el apoyo de la Secretaría de Salud y la Asociación Médica Mexicana.[1,8]

En la actualidad, el sistema de residencias médicas en México está regulado por la Secretaría de Salud y la Comisión Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).[3,9]

Análisis

El sistema de residencias médicas en México tiene una serie de beneficios, entre los que se incluyen:

- La formación de médicos especialistas altamente capacitados, que pueden brindar atención médica de calidad.
- El desarrollo de la investigación médica, ya que participan en proyectos de investigación.
- La mejora de la calidad de la atención médica en México, ya que brindan atención médica a los pacientes. [10]

Sin embargo, el sistema de residencias médicas también tiene una serie de retos, entre los que se incluyen:

- La escasez de plazas de residencia limita el acceso a este programa para los médicos recién egresados.[3]
- Las largas jornadas de trabajo, que pueden provocar estrés y agotamiento.[7]
- La falta de reconocimiento profesional: a menudo son mal pagados y carecen de prestaciones laborales. [9]

Discusión

La escasez de plazas de residencia es uno de los retos más importantes que enfrenta el sistema de residencias médicas en México. En la actualidad, la de-

manda de plazas de residencia supera la oferta en aproximadamente un 50%. Esto significa que, cada año, miles de médicos recién egresados no pueden acceder a este programa de formación.[3,5]

Las largas jornadas de trabajo son otro reto importante que enfrentan los residentes. En México, suelen trabajar entre 12 y 14 horas diarias, siete días a la semana. Esto puede provocar estrés, agotamiento y problemas de salud.[1]

La falta de reconocimiento profesional es otro reto que enfrentan los residentes. En México, a menudo son mal pagados y carecen de prestaciones laborales. Esto puede desalentar a los médicos de participar en este programa de formación.[9,4]

Possible solución al problema

En relación con el análisis de los beneficios y retos del sistema de residencias médicas en México, se pueden formular las siguientes recomendaciones para mejorar este programa:

- Incrementar el número de plazas de residencia. Esto permitiría ampliar el acceso a este programa para los médicos recién egresados.
- Reducir las jornadas de trabajo. Esto ayudaría a prevenir el estrés y el agotamiento en los residentes.
- Mejorar el reconocimiento profesional de los residentes. Esto podría lograrse a través de un aumento salarial y el otorgamiento de prestaciones laborales.

Además de estas recomendaciones, también se podrían implementar otras medidas, como las siguientes:

- Fortalecer la supervisión. Esto ayudaría a garantizar que los residentes reciban una formación de calidad.
- Promover la investigación médica en las residencias. Esto contribuiría al desarrollo de la ciencia y la tecnología en salud.
- Atender las necesidades específicas de los residentes de las zonas rurales. Esto ayudaría a garantizar que la población rural tenga acceso a médicos especialistas.

El futuro del sistema de residencias médicas en México

El futuro del sistema de residencias médicas en México es incierto. Por un lado, existe un consenso general sobre la importancia de este programa para

la formación de médicos especialistas; por otro, el sistema enfrenta una serie de retos que deben ser superados para garantizar que los residentes reciban la formación y el apoyo que necesitan para desempeñarse de manera efectiva en la práctica de la medicina.[7,10]

Conclusión

El sistema de residencias médicas en México es un programa fundamental para la formación de médicos especialistas. Dicho programa presenta una serie de retos que deben ser superados para garantizar que los residentes reciban la formación y el apoyo que necesitan para desempeñarse de manera efectiva en la práctica de la medicina. Las modificaciones de manera participativa en el sistema de salud donde se involucren todos los participantes de este (residente, médico adscrito, profesor, directivos, gobierno, etc.) generarán cambios positivos que propicien mejores sistemas de atención y excelencia.

Referencias bibliográficas

- Academia Nacional de Medicina de México. (2022). *Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias*. México: ANMM.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). (2023). *Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC)*. México: Conacyt.
- Comisión Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). (2022). *Sistema Nacional de Residencias Médicas*. México: CIFRHS.
- Gobierno de México. (2024). *Convocatoria de ingreso a residencias médicas cursos de entrada indirecta ciclo 2024-2025*. México: Gobierno de México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2023). *Programa de Residencias Médicas*. México: IMSS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Formación de recursos humanos en salud en América Latina y el Caribe: Desafíos y oportunidades*. Washington, DC: OPS.
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2022). *Plan de estudios de la Licenciatura en Medicina*. México: SEP.
- Secretaría de Salud (SSA). (2020). *Programa Nacional de Salud 2020-2024*. México: SSA.
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2023). *Programa de Residencias Médicas*. México: UNAM.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Ginebra: WHO.

Actualidad y comparativa de los salarios del trabajador de salud

Uriel Sandoval Valenzuela

El salario es la retribución que recibe el trabajador por la prestación de sus servicios laborales. Puede ser de tipo económico o en especie. Se compone del salario base y diferentes bonos, como ejemplo: puntualidad y asistencia, educación, transporte, canasta básica, entre otros.

El personal de la salud lucha constantemente con la precariedad de los sueldos, teniendo que laborar en dos plazas con la intención de tener una remuneración económica digna, que otorgue una estabilidad a su familia en economía, salud y educación. Como lo citan A. Llano y J. Senyacen: *En México, se cuenta con un déficit de trabajadores de la salud, esto es uno de los principales obstáculos para prestar servicios de atención de salud eficaces y esenciales*. Además, las remuneraciones a los trabajadores de la salud son inferiores a la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).[1]

La pandemia de covid-19 que vivieron los prestadores de la salud dejó varias cicatrices. Una de muy alto impacto en la atención de salud, fue la deserción de médicos en los hospitales de atención pública, y específicamente de especialistas, de quienes ya se contaba con una plantilla muy limitada, sobre todo en las especialidades quirúrgicas. Las consecuencias repercutieron directamente en mermar la atención especializada a muchos pacientes. Debido a la emergencia sanitaria, el presupuesto para la creación de plazas y basificación del personal médico fue incrementado por la Secretaría de Salud (SSA), lo cual resultó en una acción insuficiente para eliminar el déficit de trabajadores de la salud. Se necesita invertir más en el sistema de salud; una opción es homologar incentivos económicos del personal de salud.[1]

Hace varios años que las plantillas de los hospitales se fueron disminuyendo, derivando en la desigualdad de los salarios en los prestadores de salud, la sindicalización, la falta de una pensión digna, así como el desinterés de los políticos de altas esferas, quienes tienen gran impacto en la gestión de leyes para que mejoren las condiciones de los trabajadores de salud y tomando como prioridad el tema de salud. Por lo que es preciso brindar las condiciones necesarias para lograr un óptimo desenvolvimiento y, por ende, llegar a lograr los objetivos en materia de salud propuestos a distinto nivel. Es allí donde las remuneraciones, los términos contractuales y otros tipos de incentivos cumplen una función importante.[2]

El incremento de cirugías en la medicina privada como es el tema de cirugías estéticas y bariátricas ha desencadenado un desinterés por parte de los médicos anestesiólogos para pertenecer a hospitales públicos, como los de la SSA, que son los más afectados. Ya que no se cuenta con personal suficiente para llevar a cabo las cirugías programadas y sólo se atiende en determinados turnos las cirugías de urgencia, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.

La desigualdad de sueldos en los profesionales de la salud es muy frecuente, y es la causa de desmotivación en el capital humano. Un ejemplo de los trabajadores de la SSA es que existen tres niveles para el personal de enfermería: auxiliar de enfermería, enfermero general titulado y enfermero especialista; a su vez hay nuevamente tres niveles en cada rubro: A, B y C.[3]

Todo lo anterior no aplica para el personal de contrato, sólo es para personal de base sindicalizado como lo cita el tabulador del área médica y paramédica de la SSA de 2020. Expuesto en los anexos 1, 2, 3, lo cual no difiere para los médicos, médicos especialistas y, por último, los médicos de contrato, quienes no tienen acceso a salario digno, ni a seguridad social adecuada. Todo esto causa gran desmotivación y falta de sentido de pertenencia a la misión de hospitales públicos, repercutiendo en la atención de los pacientes que no tienen acceso a otra seguridad social que no sea la que otorga la SSA.[3]

Como lo cita A. Ramírez 2023 en el periódico *Ovaciones*, la comparativa de sueldos aplicables a los trabajadores de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar (IMSS-Bienestar) autorizados por la Secretaría de Hacienda, en donde quienes están en la SSA en la zona económica 3, por ejemplo como médico general, pueden ubicarse en alguna de las tres categorías A, B o C, percibiendo entre \$19,483 y \$22,099 MNX; mientras que en el IMSS-Bienestar de la misma zona cuenta con solamente una categoría de médico general, y perciben un sueldo total de \$20,959.30 MNX. Lo mismo sucede con los médicos especialistas, químicos, técnicos y trabajadoras sociales.[4,5]

Y con mayor diversificación se encuentra el área de enfermería, en donde en salud empiezan como auxiliar A y B; enfermera general A, B y C; y enfermera especialista A, B y C, con sueldos desde \$10,960 hasta \$18,609 MXN. Pero en el IMSS sólo contemplan auxiliar de enfermería, enfermera de atención clínica y enfermera especialista, con percepciones de \$11,745.75, \$13,393.73 y \$14,729.77 MXN.

El personal de enfermería, que es el grupo más amplio en el personal de la salud, ya que llega a duplicar o triplicar la plantilla de médicos, ha levantado la voz en cuanto a la modificación de los salarios en los últimos años. Perdieron la categorización de nueve niveles a cuatro, como lo cita Israel Aguilar Esquivel del periódico *Infobae* 2023.

Existen cuatro tipos de plazas que pueden ser ocupadas por quienes acrediten preparación en la rama de la enfermería. No obstante, el ingreso por concepto de salario dependerá del nivel de especialización, así como de las funciones y labores que tengan a su cargo. En ese sentido, entre mayor sea el rango, mayor será el ingreso.[6,7]

De acuerdo con el tabulador de salarios para el personal de base del IMSS-Bienestar, las plazas de enfermería son las siguientes:

- Auxiliar de enfermería en hospital rural (HR): \$5,531.18 MXN netos.
- Auxiliar de enfermería en unidad médica rural (UMR): \$5,531.18 MXN netos.
- Enfermera especialista quirúrgica en hospital rural (HR): \$7,619.90 MXN netos.
- Enfermera general en hospital rural (HR): \$6,619 MXN netos.[7]

Los salarios del personal del IMSS que se exponen en la página de tabulador de sueldos no son ni de cerca lo que perciben los trabajadores de esa dependencia, ya que en la actualidad es considerada la institución pública que mejores prestaciones ofrece a su personal. Pero todo esto no es observable en la página de tabulación de sueldos, como lo refieren los anexos 4 y 5.

El ingreso del programa IMSS-Bienestar ha sido una incertidumbre para el personal de atención sanitaria, ya que se especula que desaparecerían los incentivos logrados por los sindicatos en los últimos años, causando indignación en los trabajadores por la baja en los salarios, como lo refiere la publicación del periódico *El Nacional* de 18 de julio 2023, donde expresa el título: “El personal de salud perderá hasta 36% de su salario por IMSS-Bienestar”.

El personal médico y de enfermería de la SSA perderá entre 13 y 36% de sus percepciones con su paso al organismo público descentralizado: IMSS-Bienestar, que ya está entrando en operación como sustitución del Instituto de

Salud para el Bienestar (Insabi) en diversas entidades, incluida la Ciudad de México (CDMX).

El tabulador de las condiciones generales de trabajo (CGT) del OPD-IMSS-Bienestar (27.3.23), considerando el salario global integrado, marca una pérdida neta de entre 36 y 13% para todas las categorías de los equipos de salud que pasarán a formar parte de éste, respecto a las condiciones de la SSA, que también corresponden al apartado B.[5]

Referencias bibliográficas

- Llano, A., y Senyacen, J. (2021). *Sueldos y salarios en el sector salud: 6 abril 2021*. <https://ciep.mx/sueldos-y-salarios-en-el-sector-salud-ano-internacional-de-los-trabajadores-de-la-salud/>
- Karim Pardo, A. B., Marcelino Andia, C. D., Amado Rodríguez, A., Walter Pérez, E., y Betsy Moscoso. (2011). A remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: Análisis comparativo entre el ministerio de salud y la seguridad social, 2009. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 28(2), 342-351. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v28n2/a24v28n2.pdf
- Secretaría de Salud. (2020, mayo 1). *Secretaría de Administración y Finanzas. Tabuladora rama médica, paramédica y grupo afín*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/632073/tabulador_ramamedica_paramedica_2020_brutos_hijnn.pdf
- Comisión IMSS-SNTSS. (2022). *Tabulador de sueldos para personal de base (vigente a partir del 16 de octubre de 2022 y hasta el 15 de octubre de 2023)*. <https://sntss.org.mx/filesupdates/tabulador-de-sueldos-2022-2023.pdf>
- Vega, Andrea. (2023, julio 18). *Personal de salud perderá hasta 36% de su salario por IMSS-Bienestar*. CDMX. <https://www.nmas.com.mx/nacional/imss-bienestar-personal-de-salud-perdera-parte-de-su-salario-con-transformacion/>
- Ramírez, Aída. (2023). Sueldos de IMSS son conforme a la función que desempeña el trabajador en igualdad de circunstancias. *Ovaciones*, 17 de mayo. <https://ovaciones.com/sueldos-de-imss-son-conforme-a-la-funcion-que-desempeña-el-trabajador-en-igualdad-de-circunstancias/>
- Aguilar Esquivel, Israel. (2023). ¿Cuánto gana una enfermera del IMSS-Bienestar? Éste es el salario de una trabajadora en el programa sustituto del Insabi. *Infobae*, 29 nov. México. [Ghttps://www.infobae.com/mexico/2023/11/30/cuanto-gana-una-enfermera-del-imss-bienestar-este-es-el-salario-de-una-trabajadora-en-el-programa-sustituto-del-insabi/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20informaci%C3%B3n,los%20mxn%207%20mil%20619](https://www.infobae.com/mexico/2023/11/30/cuanto-gana-una-enfermera-del-imss-bienestar-este-es-el-salario-de-una-trabajadora-en-el-programa-sustituto-del-insabi/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20informaci%C3%B3n,los%20mxn%207%20mil%20619)

Ilustración 1. Anexo 1

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
TABULADOR RAMA MEDICA, PARA MEDICA Y GRUPO AFIN
VIGENCIA 1 DE MAYO DEL 2020

COD/ISO	NIVEL	PUESTO	ZONA				ZONA			
			II				II			
			SUELDO BRUTO MENSUAL	ASIGNACION BRUTA MENSUAL	AGA BRUTA MENSUAL	TOTAL BRUTO MENSUAL	SUELDO BRUTO MENSUAL	ASIGNACION BRUTA MENSUAL	AGA BRUTA MENSUAL	TOTAL BRUTO MENSUAL
01 RAMA MEDICA										
M01002	SN	MEDICO ESPECIALISTA EN AREA NORMATIVA	19,083.37	13,597.36	7,716.64	40,407.37	21,125.92	14,617.92	8,892.38	44,546.22
M01003	SN	MEDICO GENERAL EN AREA NORMATIVA	16,412.00	12,149.36	5,473.57	34,034.93	18,221.37	13,422.11	5,921.33	37,564.81
M01004	SN	MEDICO ESPECIALISTA "A"	19,083.37	8,916.72	12,399.42	40,409.51	21,125.92	11,158.73	12,280.50	44,545.15
M01005	SN	CIRUJANO DENTISTA ESPECIALIZADO	18,633.86	9,693.63	11,820.21	40,147.70	20,666.54	11,201.48	12,307.52	44,177.54
M01006	SN	MEDICO GENERAL "A"	16,412.00	9,577.15	8,043.64	34,032.79	18,221.37	10,478.01	8,865.43	37,564.81
M01007	SN	CIRUJANO DENTISTA "A"	15,804.10	8,576.90	7,929.30	32,310.30	17,431.64	9,400.32	8,897.73	35,640.19
M01008	SN	MEDICO GENERAL "B"	17,175.16	9,614.55	9,395.47	36,185.18	18,636.90	10,753.71	10,365.80	39,596.41
M01009	SN	MEDICO GENERAL "C"	18,633.86	9,693.63	11,586.64	40,014.13	20,666.54	11,201.48	12,307.52	44,177.54
M01010	SN	MEDICO ESPECIALISTA "B"	19,839.29	9,386.92	13,212.65	42,438.86	22,320.66	11,113.95	13,436.00	46,870.51
M01011	SN	MEDICO ESPECIALISTA "C"	22,780.95	11,170.49	12,770.24	46,701.58	25,133.32	12,192.10	14,255.64	51,581.06
M01012	SN	CIRUJANO MAXILO FACIAL	19,083.37	8,916.72	12,399.42	40,409.51	21,125.92	10,926.84	12,491.32	44,544.08
M01014	SN	CIRUJANO DENTISTA "B"	16,439.94	9,089.84	8,368.64	34,398.42	18,265.18	9,766.30	8,729.71	36,761.19
M01015	SN	CIRUJANO DENTISTA "C"	17,263.96	10,373.27	8,359.96	35,997.09	19,210.92	11,319.02	9,269.38	39,799.33
M01016	SN	FISICO MEDICO	22,760.95	11,170.49	12,770.24	46,701.58	25,133.32	12,192.10	14,255.64	51,581.06

Ilustración 2. Anexo 2

SECRETARIA DE SALUD										
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS										
DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS										
TABULADOR RAMA MEDICA PARA MEDICA Y GRUPO AFIN										
VIGENCIA 1 DE MAYO DEL 2020										
CODIGO	NIVEL	PUESTO	ZONA I				ZONA II			
			SUELDO BRUTO MENSUAL	ASIGNACION BRUTA MENSUAL	A.G.A. BRUTA MENSUAL	TOTAL BRUTO MENSUAL	SUELDO BRUTO MENSUAL	ASIGNACION BRUTA MENSUAL	A.G.A. BRUTA MENSUAL	TOTAL BRUTO MENSUAL
M02084	SN	SUPERVISORA DE TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	13,597.26	6,445.57	4,354.70	24,397.53	15,075.29	6,593.26	4,610.11	26,648.66
M02085	SN	TRABAJADORA SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	10,230.09	5,345.83	4,394.24	20,571.16	11,201.48	6,428.27	4,635.75	22,265.50
M02086	SN	TECNICO EN TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	9,418.89	4,935.50	2,941.97	17,216.52	10,395.79	5,333.96	3,042.41	18,773.16
M02087	SN	ENFERMERA ESPECIALISTA "B"	12,421.86	7,183.98	5,045.04	25,250.88	13,708.36	8,594.00	5,601.81	27,902.17
M02088	SN	QUIMICO "B"	15,894.10	8,575.90	7,929.30	32,310.30	17,431.64	9,400.62	8,807.73	35,640.15
M02089	SN	QUIMICO "C"	16,439.94	9,150.76	8,810.93	34,401.63	18,265.18	9,924.45	8,569.42	36,759.15
M02090	SN	QUIMICO JEFE DE SECC. DE LAB. DE ANALISIS CLINICOS "B"	17,050.13	10,349.77	8,068.23	35,468.13	18,952.31	11,155.53	8,260.56	38,368.42
M02091	SN	QUIMICO JEFE DE SECC. DE LAB. DE ANALISIS CLINICOS "C"	17,263.86	10,373.27	8,359.96	35,997.09	19,210.52	11,319.02	8,269.38	39,799.32
M02092	SN	BIOLOGO "B"	15,894.10	8,575.90	7,929.30	32,310.30	17,431.64	9,400.62	8,807.73	35,640.15
M02093	SN	BIOLOGO "C"	16,439.94	9,150.76	8,810.93	34,401.63	18,265.18	9,924.45	8,569.42	36,759.15
M02094	SN	LABORATORISTA "B"	9,941.76	4,874.79	2,266.58	17,133.15	10,893.71	5,824.39	2,000.47	18,644.92
M02095	SN	TECNICO LABORATORISTA "B"	8,941.10	4,692.99	1,840.20	16,274.29	10,893.71	5,824.39	2,000.47	17,718.58
M02096	SN	AUX. DE LABORATORIO Y/O BIOTERIO "B"	8,487.13	4,137.30	1,524.94	14,149.45	9,377.30	4,599.74	1,524.94	15,511.98
M02097	SN	CITOTECNOLOGO "B"	9,841.10	4,932.68	1,840.20	16,274.29	10,893.71	5,824.39	2,000.47	17,718.58
M02098	SN	MICROSCOPISTA CX. PALUDISMO	8,491.64	1,902.32	1,491.64	16,072.00	10,604.10	4,399.02	2,167.20	17,670.32
M02099	SN	PASANTE DE PSICOLOGIA	8,295.84	2,810.09	1,524.94	12,630.87	8,593.80	3,782.28	1,524.94	14,778.52
M02100	SN	PASANTE DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL	8,295.84	2,810.09	1,524.94	12,630.87	8,593.80	3,782.28	1,524.94	14,778.52
M02101	SN	ENFERMERA GENERAL TITULADA "C"	14,142.37	7,251.78	5,382.74	26,776.89	15,637.40	8,007.32	5,920.26	29,568.98
M02102	SN	ENFERMERA GENERAL TITULADA "B"	15,005.63	7,107.52	6,165.05	28,278.20	16,556.43	7,910.07	6,784.79	31,251.38
M02103	SN	ENFERMERA ESPECIALISTA "D"	15,005.63	7,214.38	6,408.98	28,329.53	17,387.83	7,748.79	7,048.75	32,185.28
M02104	SN	ENFERMERA ESPECIALISTA "C"	16,248.66	7,337.27	7,860.33	31,446.26	17,852.61	8,530.43	8,330.59	34,713.63
M02105	SN	TERAPISTA PROFESIONAL EN REHABILITACION	14,142.37	8,577.96	4,068.76	26,776.89	15,637.40	9,303.67	4,627.21	29,568.18
M02106	SN	PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "A"	13,537.99	6,194.45	4,686.74	24,422.23	14,794.62	6,453.51	5,426.55	26,664.68
M02107	SN	PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	13,517.21	5,994.23	6,016.44	25,437.88	14,855.64	6,494.12	6,620.22	27,980.18
M02108	SN	SUPERVISORA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	13,517.21	5,994.23	6,016.44	25,437.88	14,855.64	6,494.12	6,620.22	27,980.18
M02109	SN	SUPERVISORA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	13,517.21	5,994.23	6,016.44	25,437.88	14,855.64	6,494.12	6,620.22	27,980.18
M02110	SN	SUPERVISORA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN AREA MEDICA "B"	13,517.21	5,994.23	6,016.44	25,437.88	14,855.64	6,494.12	6,620.22	27,980.18
M02111	SN	ANATOMICO	14,142.37	8,577.96	4,068.76	26,776.89	15,637.40	9,303.67	4,627.21	29,568.18
M02112	SN	LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA NUTRICION	13,525.00	6,317.00	3,494.00	23,336.00	14,943.00	7,135.00	3,967.80	25,929.00
M02113	SN	MAESTRO EN CIENCIAS DE LA NUTRICION	14,208.63	6,823.70	3,624.82	24,657.15	15,692.97	7,411.01	3,851.90	27,071.94
M02114	SN	PARTERA ASISTENCIAL	9,339.06	4,403.60	1,982.32	15,724.98	10,373.27	4,797.86	2,336.04	17,507.16
M02115	SN	LICENCIADO EN SALUD PUBLICA	10,370.07	6,115.75	4,195.48	20,681.30	11,436.58	7,170.46	4,698.81	23,305.65

Ilustración 3. Anexo 3



COMISIÓN IMSS-SNTSS
PARA LA REVISIÓN SALARIAL 2022 DEL CONTRATO COLECTIVO
DE TRABAJO 2022 - 2023



TABULADOR DE SUELDOS PARA PERSONAL DE BASE
(VIGENTE A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE DEL 2022 Y HASTA EL 15 DE OCTUBRE DE 2023)

CATEGORÍA	JORNADA	SUELDO HORA-MES	SUELDO MENSUAL	ESC
EDUCADORAS				
Educadora	6.0	825.32	4,952.04	Aut.
Educadora	6.5	825.32	5,364.58	Aut.
Educadora	8.0	825.32	6,602.58	Aut.
ELECTROCARDIOGRAFISTAS				
Electrocardiografista	8.0	823.92	6,591.34	Aut.
ELEVADORISTAS				
Elevadorista	6.5	578.80	3,762.08	Aut.
Elevadorista	8.0	578.80	4,630.46	Aut.
ENFERMERÍA				
Auxiliar de Enfermería General	8.0	691.40	5,531.18	Aut.
Auxiliar de Enfermería en Salud Pública	8.0	691.40	5,531.18	Aut.
Enfermera General	8.0	835.42	6,683.32	1
Enfermera Especialista	8.0	952.48	7,619.90	2
Enfermera Jefe de Piso	8.0	1,159.24	9,273.66	3
ESTOMATÓLOGOS				
Estomatólogo	8.0	1,349.60	10,796.84	Aut.
FARMACÉUTICOS				
Auxiliar de Farmacia	6.5	727.16	4,726.82	1
Auxiliar de Farmacia	8.0	727.16	5,817.24	1
Ayudante de Farmacia	8.0	812.68	6,501.46	2
Oficial de Farmacia	8.0	942.70	7,541.64	3
Coordinador de Farmacia	8.0	1,109.22	8,873.60	4
FONOAUDIÓLOGOS				
Fonoaudiólogo	6.0	891.34	5,348.08	Aut.
Fonoaudiólogo	8.0	891.34	7,130.76	Aut.
GUARDAVIDAS				
Guardavidas	6.5	636.86	4,139.60	Aut.
GUARDERÍAS				
Oficial de Puericultura	6.5	650.16	4,225.94	1
Oficial de Puericultura	8.0	650.16	5,201.22	1
Técnico de Puericultura	8.0	705.18	5,641.42	2
HELIOGRAFIISTAS				
Heliografista	8.0	755.38	6,043.02	Aut.
HISTOTECNÓLOGOS				
Histotecnólogo	6.0	891.34	5,348.08	Aut.
Histotecnólogo	8.0	891.34	7,130.76	Aut.

Ilustración 4. Anexo 4



COMISIÓN IMSS-SNTSS
PARA LA REVISIÓN SALARIAL 2022 DEL CONTRATO COLECTIVO
DE TRABAJO 2022 - 2023



TABULADOR DE SUELDOS PARA PERSONAL DE BASE

(VIGENTE A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE DEL 2022 Y HASTA EL 15 DE OCTUBRE DE 2023)

CATEGORÍA	JORNADA	SUELDO HORA-MES	SUELDO MENSUAL	ESC
INGENIEROS				
Pesante de Ingeniero	6.5	710.16	4,616.02	Aut.
Ingeniero	6.5	1,271.12	8,262.38	Aut.
Ingeniero	8.0	1,271.12	10,168.92	Aut.
INHALOTERAPEUTAS				
Inhaloterapeuta	6.0	891.34	5,348.08	Aut.
Inhaloterapeuta	6.5	891.34	5,793.74	Aut.
Inhaloterapeuta	8.0	891.34	7,130.76	Aut.
INTENDENCIA				
Auxiliar de Servicios de Intendencia	6.5	551.82	3,586.82	1
Auxiliar de Servicios de Intendencia	8.0	551.82	4,414.54	1
Ayudante de Servicios de Intendencia	8.0	639.32	5,114.58	2
Oficial de Servicios de Intendencia	8.0	690.26	5,522.12	3
INTENDENTES				
Intendente	8.0	743.14	5,945.06	Aut.
LABORATORISTAS				
Auxiliar de Laboratorio	6.0	714.14	4,284.72	Aut.
Auxiliar de Laboratorio	8.0	714.14	5,713.10	Aut.
Laboratorista	6.0	937.56	5,625.56	Aut.
Laboratorista	8.0	937.56	7,500.54	Aut.
LAVANDERIAS CENTRALES Y HOSPITALARIAS				
Operador de Servicios de Lavandería	6.5	636.84	4,139.60	1
Operador de Servicios de Lavandería	8.0	636.84	5,094.70	1
Oficial de Servicios de Lavandería	6.5	687.56	4,469.22	2
Oficial de Servicios de Lavandería	8.0	687.56	5,500.54	2
LIMPIEZA E HIGIENE				
Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas	8.0	551.82	4,414.54	1
Ayudante de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y No Médicas	8.0	639.32	5,114.58	2
MACHETEROS				
Machetero	6.5	567.22	3,686.60	Aut.
Machetero	8.0	567.22	4,537.68	Aut.
MASAJISTAS				
Masajista	6.5	544.46	3,538.94	Aut.
MÉDICOS				
Médico General	8.0	1,103.74	8,829.88	Aut.
Médico No Familiar	8.0	1,453.74	11,629.94	Aut.
Médico Familiar	8.0	1,453.74	11,629.94	Aut.

Sección IX:

**Propuesta de mejoras de
salud en la población**

La salud en todas las políticas

Danfne Goretti Delgado Machuca

Desde hace algunos años el sector salud enfrenta situaciones complicadas que necesitan soluciones actuales y precisas. El aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, los efectos del envejecimiento prematuro, las situaciones de desigualdad social y las enfermedades epidemiológicas emergentes incrementan los costos a nivel mundial en la situación de salud.

Un enfoque relevante dentro de este ámbito es el de “salud en todas las políticas” (HIAP, por sus siglas en inglés: Health Inequalities Portales). Consiste en una estrategia política que tiene como finalidad integrar y articular las acciones de diferentes sectores con el fin de alcanzar beneficios comunes para la salud y el bienestar colectivo.[1] Esta estrategia se basa en la premisa de que la salud de la población se ve influenciada por una amplia gama de factores sociales, económicos, ambientales y políticos que se encuentran distribuidos a través de diferentes ámbitos de las políticas públicas.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una visión general del concepto de HIAP, explorar su historia y analizar su relevancia.

Definición

Las políticas sanitarias, también conocidas como políticas de salud, desempeñan un papel crucial en la salud pública de los países. Estas políticas son fundamentales para mantener a la población segura y saludable mediante la implementación de leyes y regulaciones a nivel local, estatal y federal. Su importancia radica en que afectan directamente la salud y el bienestar social a través de diversas estrategias y normativas.

Un enfoque relevante dentro de HIAP es el que busca promover la salud y el bienestar, integrando consideraciones de salud en la formulación e implemen-

tación de políticas en diferentes sectores. Reconoce que los determinantes de la salud, como el transporte, la educación y la vivienda, están frecuentemente fuera del ámbito sanitario, pero pueden tener un impacto significativo en la salud de la población.[2]

HIAP es una estrategia política que tiene como finalidad integrar y articular las acciones de diferentes sectores con el fin de alcanzar beneficios comunes para la salud y el bienestar colectivo.¹ Esta estrategia se basa en la premisa de que la salud de la población se ve influenciada por una amplia gama de factores sociales, económicos, ambientales y políticos que se encuentran distribuidos a través de diferentes ámbitos de las políticas públicas.

Historia

El enfoque de salud en todas las políticas (HIAP) se originó en Finlandia en la década de 1970.[3] Inicialmente, se concibió como una respuesta a la creciente evidencia de que los determinantes sociales de la salud tenían un impacto significativo en los resultados de salud.[3] Con el tiempo, la conceptualización de HIAP se consolidó a través de iniciativas como la Carta de Ottawa de 1986 y la Declaración de Adelaida de 2010, que enfatizaron la necesidad de incorporar la salud en todas las políticas públicas para mejorar la equidad en salud.[4]

Durante el periodo del Estado fuerte y dictatorial en México, se instauró una política sanitaria basada en la ideología positivista moderna, liderada por los “científicos” del gabinete porfirista. Esta política promovió un fuerte impulso hacia la atención médica hospitalaria, especialmente en el centro del país, manteniendo la Dirección General de Beneficencia creada por Juárez, pero separando su responsabilidad sanitaria.[5]

A finales del siglo XIX, durante el periodo porfirista, la salud pública comenzó a funcionar de manera autónoma del Consejo Nacional de Salubridad y pasó a la Secretaría de Gobernación bajo la dirección del doctor Liceaga, un destacado científico de la medicina y la microbiología. Durante su gestión, que duró 28 años (reflejo de prestigio personal pero también de antidemocracia), se iniciaron investigaciones científicas sobre tifo y enfermedades infecciosas; se creó el Instituto Antirrábico y se promulgó el primer Código Sanitario del continente (1891). Además, se realizó el Congreso Interamericano de Salubridad, que dio origen a la Unión Sanitaria Panamericana, antecesora de la Oficina Sanitaria Panamericana (ahora Organización Panamericana de la Salud: OPS).

Nuestro país ha enfrentado rezagos históricos que han impedido la plena realización del derecho a la protección de la salud de su población. A estas deficiencias estructurales debe agregarse la disrupción de servicios de pro-

moción, prevención y atención de la salud durante la pandemia de covid-19. Es fundamental retomar los servicios interrumpidos como consecuencia de la pandemia y remontar rezagos históricos para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud pública.[6]

Análisis

El análisis sobre la “salud en todas las políticas” revela varios componentes clave necesarios para su implementación exitosa:

1. *Intersectorialidad*. Requiere de la colaboración entre diferentes sectores para abordar problemas complejos que afectan la salud, tales como la pobreza, la educación y el acceso a servicios. [7]
2. *Evidencia*. Es crucial basar las políticas en evidencia científica sólida que haga visible la relación entre las decisiones de políticas y los resultados en salud.[2] La medicina basada en la evidencia (MBE) contribuyó al auge de las guías de práctica clínica (GPC), como una forma de mejorar la calidad. Sin embargo, las GPC son insuficientes para lograr de forma integral un servicio de calidad. Si están correctamente elaboradas, es decir, si se basan en evidencia y contienen todo el proceso de atención e indicadores para su monitorización, que cuando se implementen pueden contribuir de manera importante a la efectividad y eficiencia de la atención médica. Pero se suelen limitar a proponer recomendaciones para las decisiones clínicas, con escasa o nula referencia al contexto organizacional donde se implementarán. [6]
3. *Participación ciudadana*. La inclusión activa de la comunidad en la formulación de políticas asegura que éstas sean pertinentes y respondan a las necesidades reales de la población.[1]
4. *Evaluación de impacto en la salud (EIS)*. Instrumento que permite predecir y evaluar los efectos positivos y negativos de las políticas en la salud.[8]

La evaluación permanente de las acciones y resultados alcanzados por los sistemas de salud es una de las principales expresiones de la rectoría del Estado y una de las mejores formas de garantizar que sus objetivos estratégicos se puedan alcanzar. Estas acciones tienen una tendencia creciente en el mundo y actualmente no existe ningún país que pueda organizar seriamente su sistema de salud sin llevarlas a cabo.[9]

Hoy en día existe suficiente evidencia sobre el impacto negativo de las desigualdades sociales en la salud. Ante esta realidad, es necesario incorporar

la perspectiva de la salud y el bienestar en la planificación política para mejorar la salud poblacional y la equidad en salud.

Discusión

La implementación de HIAP enfrenta diversos desafíos en la actualidad, entre ellos:

Coordinación intersectorial. La colaboración entre diferentes sectores puede ser difícil debido a las distintas prioridades y objetivos. Para superar esto, es fundamental la creación de estructuras y mecanismos de cooperación eficaces.[10]

Sostenibilidad política. La consistencia y continuidad de las políticas a lo largo del tiempo son clave para el éxito de HIAP. Esto implica la necesidad de un compromiso político sostenido y el desarrollo de capacidades institucionales.[1]

Equidad. Las políticas deben diseñarse teniendo en cuenta la equidad para reducir las disparidades en salud entre diferentes grupos poblacionales.[7]

Las desigualdades socioeconómicas y geográficas afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud.[11]

Enfermedades crónicas y no transmisibles. El aumento de enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer representa una carga significativa para los sistemas de salud.[12]

Resistencia a antibióticos. La creciente resistencia a los antibióticos amenaza la efectividad de tratamientos para infecciones comunes.[13]

Impacto del cambio climático en la salud. El cambio climático está afectando la salud a través de fenómenos como olas de calor, enfermedades transmitidas por vectores y eventos extremos.[14]

Tecnología y salud digital. La integración de tecnologías digitales en la salud plantea desafíos relacionados con la privacidad, la seguridad de los datos y la equidad en el acceso.[15]

Preparación y respuesta a epidemias. La preparación para emergencias sanitarias globales, como pandemias, requiere sistemas de respuesta eficaces y coordinados.[16,17]

Estos desafíos representan áreas clave en las que los responsables de políticas públicas deben centrarse para mejorar la salud global y local.

Propuestas

Para avanzar en la implementación de HIAP, se pueden considerar las siguientes propuestas:

1. *Fortalecimiento de la gobernanza.* Creación de consejos intersectoriales de salud que incluyan representantes de diversas áreas gubernamentales y de la sociedad civil.
2. *Capacitación y sensibilización.* Formación de funcionarios y profesionales en la relevancia de HIAP, así como también metodología para su integración en políticas sectoriales.
3. *Integración de EIS.* Incorporación sistemática de la evaluación de impacto en la salud en todas las etapas del ciclo de políticas.
4. *Fomento de la investigación.* Promoción de estudios que identifiquen y cuantifiquen los efectos de políticas no sanitarias en la salud poblacional.

Referencias bibliográficas

- Kickbusch, I. (2010). *Implementing Health in All Policies*. Adelaida.
- Organization, W. H. (2021). *Health in All Policies: Framework for Country Action*.
- Leppo, K. O. (2013). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health.
- Organization, W. H. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa.
- Eibenschutz, C. (1992). *Historia de la política sanitaria en México. Estudios políticos*.
- Rivera, J. B. (2021). *Síntesis sobre políticas de salud: Propuestas basadas en evidencia*. México: Instituto Nacional para la Salud Pública.
- Rudolph, L. C.-M. (2013). *Health in All Policies: A guide for state and local governments*. American Public Health Association/Public Health Institute.
- Brownson, R. C. (2017). Understanding evidence-based public health policy. *American Journal of Public Health*.
- Garrido-Latorre, F. M. (2011). Evaluación de los programas y servicios de salud en México. En: Garrido-Latorre, Francisco, & López-Moreno, Sergio, *Evaluación salud pública de México*.
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Marmot, M. (2020). The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. *The Lancet*.
- Roth, G. A. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors. *Journal of the American College of Cardiology*.
- Ventola, C. L. (2015). *The Antibiotic Resistance Crisis: Part 1: Causes and Threats*. P&T.

- Haines, A. e. (2021). The Impacts of Climate Change on Health: A Review of the Evidence. *The Lancet*.
- Gagnon, M.-P. e. (2016). Health Adoption by Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Biomedical Informatics*.
- Ranney, M. L. (2020). Critical Supply Shortages: The Need for Pandemic Preparedness. *New England Journal of Medicine*.
- Sanz, E. (2015). Salud en todas las políticas. Apuntes para el paso a la acción. *Revista de Ciencias Sociales*, pp. 122-147.

Perspectiva y actualidades del sistema de salud en México

Lenin Torres García

Adrián Enrique Hernández Muñoz

Sujey Ugalde-Barrón

Vanessa Elizabeth López-Zapata

El hombre sabio se da cuenta de que la salud es su posesión más valiosa. Hipócrates

Actualmente, la salud pública (SP) y la atención primaria en salud (APS) han postulado la necesidad de que se cumplan las *funciones esenciales de la salud pública* (FESP), las cuales actúan como indicadores que las autoridades deben cumplir para así evaluar, investigar y prevenir alteraciones de salud en las comunidades.[1,2] Igualmente, las FESP contemplan la identificación de inequidades en el estado de salud, así como el análisis de los factores responsables de la mala salud. Estos últimos elementos se implican al momento de analizar las causas de las necesidades de salud de una comunidad, vinculándose con los determinantes sociales de la salud.[1]

Tomando en cuenta lo anterior, la SP se enfrenta a nuevos desafíos, tales como la reemergencia de las enfermedades infecciosas y los cambios en aspectos sociopolíticos y económicos que determinan la equidad en la salud.[2] Por ejemplo, la velocidad a la que se expandió la pandemia de covid-19, pasando súbitamente de un brote contenido a una epidemia global, genera la necesidad de fortalecer las FESP. La alteración que causó este padecimiento en la vida cotidiana puso no sólo en evidencia las brechas en la capacidad de respuesta

de los sistemas de salud, sino también la necesidad de un fortalecimiento de las capacidades de inteligencia de estos mismos sistemas.[1]

Ante ello, en México uno de los desafíos más importantes relacionados con los sistemas de salud es el relativo a los recursos humanos, su disposición y su capacitación como fuerza laboral.[3] De hecho, las nuevas propuestas que marca la Organización Panamericana de la Salud a las FESP son que éstas busquen orientar el desarrollo de políticas de salud pública a través de la colaboración intersectorial entre el personal de salud y los miembros de la comunidad. Contemplan la introducción de paradigmas cualitativos, los cuales identifiquen inequidades en relación con la salud, abordando las condiciones propias de cada comunidad y, de esta manera, garantizando el acceso universal a servicios de salud pública.[2]

Esto último significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones.[3] El principal reto para garantizar el derecho a la salud consiste en universalizar la cobertura sin provocar alteraciones por la heterogeneidad en la calidad y la oferta de las prestaciones de los sistemas públicos de salud. Para que esto se logre, será necesario dotar a los servicios de salud de suficientes recursos materiales, financieros y humanos, al igual que una organización adecuada para que funcione en beneficio de la población sin cobertura de seguridad social.[4]

En México existe el objetivo sanitario de contar con un sistema de salud que materialice el derecho a la salud, disminuya las inequidades de salud en las comunidades y les entregue a sus habitantes un servicio de atención integral. Sin embargo, algunos de los desafíos de la APS mexicana son atender las consecuencias de la segmentación del sistema de salud, al igual que un acceso universal a la salud.[5] Hay que recordar que algunos de los 11 elementos de las FESP implican la vigilancia epidemiológica, apoyada en la promoción y gestión de la investigación. Estos puntos y otros resaltan, de nuevo, la importancia de la participación y movilización social, la inclusión de actores estratégicos y la transparencia, y el aseguramiento del uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias.[1]

Por otro lado, la SP y la APS están cada vez más conectadas a nivel mundial, con enfermedades que pueden propagarse rápidamente a través de las fronteras. En este nuevo enfoque, se analiza y observa el sistema de salud como un todo integrado y holístico, el cual propone un sistema global de salud como uno de los pilares de interés de la salud pública global o *salud global*. Para lograr

el cometido de la salud global se necesita sumar gobernanza de la salud y justicia igualitaria en la atención médica internacional, complementándose con políticas globales, movimientos sociales ciudadanos por la salud y un mejor desarrollo de las teorías que iluminen este camino.[5]

En este último punto se diferencian fundamentalmente las posiciones europeas y del norte, frente a las latinoamericanas. Las diferencias con el norte anglosajón también dependen de la interpretación del orden mundial actual, las relaciones locales-globales, la liberalización del comercio y el efecto que tienen estos elementos en la atención clínica. Por otra parte, la integración del mercado global y el incremento en los flujos internacionales de patógenos conllevan desafíos crecientes para las políticas y la práctica de la salud global. Uno de esos efectos lo constituye el cambio en los patrones epidemiológicos de las enfermedades transmisibles, ya que la apertura de rutas de viaje y comercio entre países se ha visto acompañada de la propagación de estas enfermedades y sus vectores.[1,5]

Con lo anteriormente mencionado se puede entender que la interconexión y la interdependencia entre los países y regiones pueden generar beneficios importantes para la atención médica global, pero también pueden perjudicar al haber una propagación internacional de epidemias. En este contexto cobra suma importancia asegurar la salud de las poblaciones y comunidades, sobre todo en eventos de carácter extraordinario que se presentan como una emergencia de salud global con alcance nacional e internacional. Esta nueva transición epidemiológica se pudo apreciar con la pandemia de covid-19 y cómo es que afectó no sólo en un contexto local, sino también internacional.[1]

Sin embargo, ¿cuál es entonces el reto que tienen la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud al atender estos problemas en México? Los retos y desafíos que buscan atender ambas instituciones son apoyar al país en el control y eliminación no sólo de estas nuevas enfermedades infecciosas transmisibles, sino también contribuir a la respuesta sanitaria que se está dando debido a la transición demográfica de las comunidades, lo cual conlleva el aumento de las enfermedades no transmisibles y los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables. La extensión territorial del país mexicano, su organización constitucional de índole federal y el acceso segmentado al sistema público de salud condicionan que la cooperación técnica genere iniciativas y trabajo sin dificultades.[6]

No obstante, hay nuevas propuestas y actualidades de investigación, sobre todo refiriéndonos al uso de datos y tecnología para comprender mejor las enfermedades y desarrollar intervenciones más efectivas. Tal es el caso del con-

cepto de salud pública de precisión (SPP), el cual se asemeja al de la medicina clínica de precisión, pero sobre un eje poblacional. Igualmente, SSP se entiende como el uso de herramientas diagnósticas y de tratamientos que se dirigen de forma específica a las necesidades individuales de los pacientes, basándose en características genéticas, psicosociales y biomarcadores. Tomando en cuenta la variabilidad individual, ambiental y el estilo de vida de cada persona. Aunque es importante recordar que los factores de riesgo individuales solo explican de forma limitada la variación del riesgo de enfermedad a nivel de la población.[7]

Las diferencias en la salud de los individuos parecen ser atribuibles en gran medida a sus condiciones de vida diarias que se acumulan a lo largo de la vida, existiendo un limitado poder explicativo de los factores de riesgo a nivel individual. Así, independientemente de que la medicina de precisión logre su objetivo a nivel del paciente individual, es probable que no se produzcan los cambios esperados en la salud poblacional solo con ello. Por tanto, parece razonable buscar el equilibrio entre la atención individual y los factores de riesgo poblacionales evitables que aparecen en las condiciones de la vida diaria.[8] Hacia este campo y camino de la SPP es de suma importancia el uso de los macrodatos y la inteligencia artificial; la digitalización de los sistemas de salud está generando inmensas cantidades de datos de carácter clínico y demográfico, para cuyo análisis se requiere de sistemas de computación cada vez más complejos y *software*, con la perspectiva de optimizar procesos, diagnósticos y tratamientos. Algunos casos de uso de macrodatos en salud pública incluyen las enfermedades infecciosas, la ciencia de la salud ambiental, la salud comunitaria, la epidemiología, la salud materno-infantil, o la seguridad laboral.[8,9]

Sin embargo, como otro punto muy importante, está el de la atención de enfermedades no transmisibles, como es el caso de las enfermedades de salud mental. Los resultados de la carga global de la enfermedad muestran que en población mexicana los trastornos depresivos y de ansiedad están entre las primeras 10 causas de los años vividos con discapacidad (AVD), mientras la esquizofrenia y el trastorno bipolar se ubican entre las primeras patologías crónicas. Los análisis presentados sugieren que la pandemia de covid-19 modificó la tendencia de los trastornos mentales, incrementándose la prevalencia de estos padecimientos; aumento que no se había registrado en ningún lustro. También se observó que los principales trastornos fueron por depresión y ansiedad, representando más del 60% de los AVD totales por trastornos mentales en la población adulta.[10] Esta necesidad de atención no sólo de padecimientos

transmisibles, sino también de crónicos anímicos, se vuelve un reto importante para la SP y la APS, no sólo en ámbitos mexicanos sino también en ejes globales.

Atención a los problemas de salud mental poblacionales

La carga global de las enfermedades muestra de manera contundente el cambio en las condiciones de salud de la población a partir de integrar los daños por muerte prematura, los ocasionados por vivir con un familiar enfermo y los por la discapacidad generada por una o varias enfermedades. La importancia de identificar las enfermedades que más contribuyen a estos daños radica en la posibilidad de priorizar las políticas de salud que pueden reducir dichos daños. En México, como bien se acaba de comentar, los problemas de salud mental están entre las primeras causas de AVD, las cuales mostraron una tendencia al aumento posterior al inicio de la pandemia de covid-19. Ante ello, es urgente implementar modelos de atención dirigidos a reducir el sufrimiento y los daños ocasionados por padecer padecimientos anímicos. Ante este panorama de incremento de padecimientos psiquiátricos, se recomienda enfocar las políticas públicas hacia enfoques de promoción de la salud y prevención de enfermedades, las cuales lleguen a todas las comunidades.[10] Atender esta brecha implica mejorar la APS a través de una reingeniería que permita la atención y seguimiento de enfermedades crónicas, aumentar la capacidad de los hospitales generales para atender los padecimientos y sus comorbilidades, así como trabajar en mejorar las condiciones para que las personas que enferman puedan vivir dentro de su comunidad.

Conclusión y últimas reflexiones

En cuestión de la atención sobre enfermedades transmisibles, ya se han desarrollado varias vacunas y diferentes métodos de prevención, pero mientras la población menosprecie la importancia de la vacunación, así como la atención a enfermedades no transmisibles como los padecimientos de salud mental, la lucha para mejorar la APS no podrá resolverse a corto plazo. Sin embargo, como se pudo comentar, ya hay nuevas técnicas de atención médica no sólo a nivel comunitario y de precisión, como es el caso de la SPP, sino también en ejes internacionales, como es el caso de la salud global. Esto es importante porque en nuestro país, el seguir analizando y presentando nuevas actualidades para la erradicación de las enfermedades permitirá mejorar las perspectivas de atención de la SP.

Referencias bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas; una renovación para el siglo XXI: Marco conceptual y descripción*. Paho.org. [Internet]. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Funciones esenciales de salud pública*. [Internet]. Paho.org. <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
- Molina Leza, J., Ruiz Larios, J. A., Zamora Ramos, E., y Bejarano Medellín, R. (2021). *Desafíos de la atención primaria de salud en México: Coordinación de análisis estratégico y evaluación*. [Internet]. Gob.mx. 2021. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/informe_desaf_os_aps_enero_2021_final.pdf
- Vanegas, L. L. (2020). La economía de la salud en México. *Revista de la CEPAL*, 132. [Internet]. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/74a9aa45-9f50-44b7-ac54-b9a1e7dfaed4/content>
- Franco-Giraldo, A. (2016). Salud global: Una visión latinoamericana. *Rev Panam Salud Pública*, 39(2), 128-136.
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Acerca de OPS/OMS México*. [Internet]. Paho.org. <https://www.paho.org/es/mexico/acerca-opsoms-mexico>
- Angélica Rocío, B., et al. (s/f). *Herramienta digital para soporte a la toma de decisiones en salud pública de precisión a través de la farmacogenómica poblacional, en Colombia*. (Tesis de maestría). <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/a34ba1c0-821a-406b-967c-9b0b4f0c111e>
- Fundación Gaspar Casal. (2021). *Salud pública de precisión*. Madrid, España: Libroacadémico.
- Lanzagorta Ortega, D., Carrillo Pérez, D. L., y Carrillo Esper, R. (2023). Inteligencia artificial en medicina: Presente y futuro. *Gac Méd Méx*, 158(91), 17-21. [Internet]. doi: <https://doi.org/10.24875/gmm.m22000688>
- Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., et al. (2021). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gac Med Mex.*, 159, 527-538.

El camino a un sistema de salud universal

Dulce María Ramírez Saavedra

El derecho a la protección de la salud constituye un derecho humano, el cual se encuentra fundamentado y enmarcado dentro del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Aun cuando es una obligación el hacerlo cumplir para la Federación y las entidades federativas, a la fecha es un derecho que no logra ser efectivo, equitativo e igualitario para todas las personas en el territorio mexicano.

Y es que la salud, la enfermedad y la muerte son una referencia que refleja las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en que transcurrió la vida de toda persona, condiciones que varían en lo individual y lo colectivo. En México, el derecho a la protección de la salud depende de las oportunidades que tengan las personas para poder acceder a él, factores como la pobreza, empleo formal o informal, educación, residencia, vivienda, movilidad, economía, cambios demográficos, ambientales, la transición epidemiológica, la existencia de diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados, la verticalidad en los programas de salud, diferencias entre el Gobierno federal y los estatales y municipales, la existencia de diferentes fuentes financiadoras de recursos, la designación de presupuesto, entre otros factores que determinan un estado de desigualdad e inequidad entre las personas.

Actualmente en México, uno de los factores más importantes que define el acceso a la salud es si las personas cuentan o no con seguridad social, la cual está asociada al empleo formal y que va acompañada de prestaciones como son la vivienda, guardería, pensiones o fondos de ahorro para el retiro, siendo éstos algunos de los beneficios resultado de contar con un empleo formal que, por mucho, depende de la economía, inversión y del crecimiento del producto interno bruto (PIB) en el país. La seguridad social se encuentra fragmentada en

subsistemas de atención a la salud como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), IMSS-Bienestar para los estados adheridos al acuerdo, y para los estados no adheridos están los Servicios Estatales de Salud. Éstos dos últimos fueron creados para prestar servicios de salud a aquellas personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social; así como también está abierta a toda la población con o sin seguridad social, la medicina privada, con una amplia oferta y servicios diversos que van desde hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, organizaciones civiles, etcétera.

A este panorama complejo donde factores múltiples como el tipo de seguridad social, la segmentación para el acceso a los servicios en los subsistemas de atención a la salud, la variación en la cartera de servicios entre ellos, se le suma el nuevo panorama epidemiológico, con un incremento en enfermedades de alto costo provocadas en su mayoría por hábitos y estilo de vida poco saludables, falta de cultura y educación en salud, escasa y deficiente comunicación con toda la ciudadanía. Además de la falta de mecanismos estandarizados para la portabilidad y la accesibilidad, que hacen difícil proveer servicios de salud únicos, universales, con calidad, eficientes, eficaces y que den cobertura universal, igualitaria y equitativa en salud a la población en el país.

Definición

Un sistema de salud universal se define como aquel sistema donde la universalidad permite proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios y de calidad suficiente para que sean eficaces y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a gastos que le resulten catastróficos, es decir generen un gasto de bolsillo tan grande que la persona sea incapaz de soportar. [1]

Para lograr contar con un sistema de salud universal se requiere tener una cobertura efectiva de los servicios de salud donde los servicios estén disponibles y accesibles y, una vez garantizado el acceso, se reciba la atención requerida, sin discriminación alguna, con igualdad, oportunidad, suficiencia, calidad técnica y trato digno, lo cual exige equidad en salud y entender al sistema de salud como una expresión de justicia social con resultados de salud, asistencia sanitaria y bienestar de la población. [2,3,4]

Para cualquier país, el lograr contar con un sistema de salud universal requiere hacer una transformación integral de todos los subsistemas de aten-

ción a la salud, a fin de generar una carretera única que permita el acceso a los mismos servicios a todas las personas, indistintamente de su situación laboral o de la institución en la que solicite el servicio, generando así una cobertura efectiva de servicios de salud; sin embargo, para poder crear esta carretera se requiere de muchas voluntades alineadas a un enfoque sistémico y no individualista, un marco jurídico fortalecido, un alto compromiso por todas las instituciones y sus integrantes como líderes estratégicos, capaces, eficientes y con conocimiento, todos enfocados hacia un mismo fin: mejorar la salud de los mexicanos.

Historia

En México se han realizado diversas acciones con la finalidad de hacer efectivo el derecho humano de protección a la salud, desde 1943, con la creación de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, instituciones creadas con la finalidad de ser prestadoras de servicios de salud a la población con seguridad social; en 1983 con la inclusión del derecho de protección a la salud en la Constitución y al expedirse la Ley General de Salud, siguiendo así con diversas reformas de Estado y la centralización del sector; en 1996 con la descentralización de los servicios de salud hacia los estados, una descentralización fallida al final, incompleta y sin una estructura homologada para cada estado, creándose así 32 estructuras distintas, con diferentes líneas de mando, procesos y servicios a lo largo de todo el país. En 2003, con la creación del Seguro Popular, con un esquema de financiamiento basado en paquetes de salud y un catálogo único de servicios, a fin de dar cobertura y aseguramiento en salud, actuando como mecanismo de protección financiera para la población desprotegida de seguridad social, siendo al final sólo un esquema para cubrir parcialmente y no en su totalidad los servicios de salud. En 2013, con la inclusión de la estrategia para avanzar hacia la construcción de un sistema nacional de salud universal establecida dentro del Plan Nacional de Desarrollo,[1,2] en 2016 con la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, en 2020 con la creación primero del Insabi para después extinguirse y dar paso a la creación de una nueva institución, el IMSS-Bienestar como prestador de servicios para la población que no cuenta con ningún servicio de salud al no tener seguridad social, siendo éstos, entre muchos otros esfuerzos, los que han ido dando rumbo en cuanto a los servicios de salud que existen en México y estableciéndose así la infraestructura con la

que contamos en el país para la oferta de servicios de salud para la población. Sin embargo, pese a todos los esfuerzos realizados, el acceso a la salud en el país sigue siendo difícil, ineficiente, desigual y de mala calidad. A esto se suma el hecho de que en México durante las últimas tres décadas se ha visto una fuerte transición epidemiológica hacia las enfermedades cardio-metabólicas, el cáncer, y las enfermedades mentales que generan incapacidad a temprana edad y que requieren de un incremento en el presupuesto asignado debido a los grandes costos para su atención, transición que vino a agravarse con la pandemia y en la postpandemia con el incremento en el sedentarismo, la ingesta de alimentos procesados, el aislamiento, con el uso e interacción social mediante el uso de plataformas o tecnologías de la información, esto sin olvidar que el presupuesto destinado para salud en México no ha incrementado, ni tampoco la infraestructura, o la capacidad instalada de las instituciones que integran al sector salud.

Análisis

La Organización Mundial de la Salud señala tres variables para definir el avance en la cobertura universal en un país: 1) la amplitud de la afiliación; 2) la amplitud de las prestaciones o intervenciones, y 3) la proporción de gastos en salud que realmente están cubiertos con recursos públicos, es decir todo lo que no es gasto de bolsillo, (4) de tal forma que la cobertura en salud a través de un sistema de salud eficaz debe ser no sólo para el beneficio directo de la gente, sino también debe ser un impulsor para el desarrollo y la competitividad del país.²

En este orden de ideas, en cuanto a la amplitud de la afiliación, en el país cerca del 45% de la población cuenta con un empleo formal, lo que le permite tener algún tipo de seguridad social, mientras que el otro 55% trabaja en la informalidad y no cuenta con ningún tipo de seguridad social. Esto es un punto crucial, ya que en México, según seas población con o sin seguridad social, o si cuentas con los recursos económicos suficientes para poder acceder a un seguro de gastos médicos o para pagar de forma particular servicios en la medicina privada, entonces variará la disponibilidad, eficiencia, eficacia, insumos, equipamiento de vanguardia y calidad en el servicio de salud que recibas.

En cuanto a la amplitud de las prestaciones o intervenciones, se tiene una gran diversidad de servicios en cada una de las instituciones y en cada estado de la República, variando de acuerdo con las necesidades y con las aportaciones del estado, por lo que es difícil establecer las prestaciones o atenciones que brindan los servicios de salud en el país para un primer, segundo o tercer nivel de atención.

La proporción de gastos en salud que realmente están cubiertos con recursos públicos en relación al gasto de bolsillo que realiza la persona para su atención, al día de hoy es difícil cuantificarlos, ya que, pese a los esfuerzos por mantener la capacidad instalada necesaria para dar cobertura a la población y por mantener abastecidos los servicios con insumos, medicamento y equipamiento suficiente acorde con la demanda, los recursos siguen siendo insuficientes e inconstantes, lo que genera que la mayoría de las veces la población termine cubriendo con gasto de bolsillo un porcentaje de la atención, destinándolo en su mayoría para la compra de medicamentos o para conseguir estudios o consultas privados al tener una negativa para la atención, por no contar con ellos o por un diferimiento prolongado para su atención, entrando a listas de espera interminables. Todo esto nos sigue indicando de forma repetida que, pese a las iniciativas para transformar y asegurar el derecho a la salud, en México, aún estamos lejos de lograr o de acercarnos a un sistema de salud universal.

Discusión

La fragmentación de la prestación de servicios de salud en subsistemas como son las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud en el país, dificulta el aprovechamiento de la capacidad instalada y de los recursos con que se cuenta para brindar la atención a la salud a la población, las diferentes barreras burocráticas instruidas por cada institución para poder acceder a los mismos, las diferentes políticas y marco legal aplicable, la diferencia en la oferta de servicios entre instituciones e incluso entre estados, la diferencia de intervenciones disponibles, la diferente capacidad instalada con que cuentan de acuerdo con la población asignada por área de circunscripción, así como la heterogeneidad en la calidad de la atención médica y sus procesos,[6] nos hace ver la necesidad imperante de resolver esta fragmentación en subsistemas para convertirlo en un solo sistema de salud.

Esfuerzos ya realizados como el buscar una cobertura universal, hablando de afiliación a través de programas sociales como Solidaridad, Prospera, Oportunidades, sólo han funcionado como mecanismos de coerción para buscar que las personas se acerquen a los servicios de salud y poder acercar paquetes de atención básica en salud, siendo la mayoría sólo un beneficio colateral a un apoyo social o económico gubernamental destinado para grupos vulnerables, y, en otros casos como la afiliación al Seguro Popular como prestador de servicios de salud para población sin seguridad social, ofreciendo sólo ciertos servicios acorde con los catálogos, o actualmente IMSS-Bienestar como prestador de

servicios de salud para toda persona que no cuenta con ninguna seguridad social, todas sin ser prestaciones de salud justas o equitativas, ya que en México a la persona que cuenta con un empleo formal y que contribuye pagando su aportación para poder contar con servicios de salud acorde con la seguridad social, obtiene servicios de salud deficientes y de mala calidad, mientras que para las personas que no tienen seguridad social, se ofrecen servicios de salud sin costo y con una mejor calidad.

En definitiva, para poder avanzar y lograr la universalización de los servicios de salud, es necesario realizar un cambio estructural de mayor alcance y profundidad, con una verdadera suma de esfuerzos y compromiso sobre un camino muy largo pero certero hacia la universalización del sistema de salud, la cual al día de hoy solamente se logrará cuando la prioridad sea brindar equidad en salud, sin partidos, sin colores, sin política, donde los determinantes sociales de la salud, el acceso y la calidad de los servicios, como resultados finales, sean una expresión de justicia social para las personas.[4]

Propuesta

Como propuesta inicial, resulta fundamental un cambio de paradigma, dejando de pensar en que la prestación de servicios de salud debe enfocarse en los más necesitados o los más desprotegidos, ya que entonces seguirán creándose servicios para personas necesitadas, y desde ese enfoque siempre serán incompletos, insuficientes y de mala calidad, cuando, al contrario, cualquier servicio de salud simplemente debe proveerse como servicio para toda la ciudadanía. Resulta imprescindible crear una necesidad urgente de cambio y sustentarla en la ética y principios de valor a la vida humana, el deber social de su protección y su conservación, un derecho igual para todos para un sistema de salud eficaz.[2]

Al ser un plan de transformación a largo plazo, las personas que sostengan y procuren el cambio deberán ser líderes con compromiso, capacidad legal, ética y técnica, conocimiento y habilidades de estrategia, pero sobre todo con conciencia de su responsabilidad ante esta tarea titánica, con mayor compromiso a la tarea que a cualquier partido o filiación, con verdaderos estrategas.

Se requiere de un reordenamiento por completo de la prestación de servicios públicos de salud, siendo necesario redefinir los mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones a fin de garantizar un uso más eficiente de los recursos y de la capacidad instalada de los establecimientos. La apuesta por una atención transversal y universal en el primer nivel de atención, a través de una reorganización sanitaria, analizando y contemplando la totalidad de

establecimientos de salud por región y determinando carteras de servicios homologadas para la provisión de servicios entre los subsistemas públicos de seguridad social para un primer nivel de atención, lo cual pudiera ser de primera intención una solución para acercar los servicios de salud de forma universal y de acceso para todos. De tal forma que los recursos se distribuyan acorde con la población de cobertura por regiones, independientemente del subsistema que los otorgue de una forma más estandarizada. Es importante fortalecer la atención primaria a la salud (APS) creando redes de servicios integrales, regionalizadas, con intervención de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedad con referencia oportuna hacia un segundo nivel de atención. [4] Es fundamental asegurar la prestación de servicios escalonados, para el tránsito entre niveles de atención sin limitación, dependientes de la complejidad diagnóstica o terapéutica, incrementar los servicios que se ofrecen de acuerdo con la demanda y asegurar su protección financiera para su continuidad. Igual de importante resulta el mejorar el desempeño de los recursos humanos para la salud, no sólo desde las habilidades y competencias, sino como servidores públicos basar su atención en principios constitucionales de respeto a los derechos humanos, imparcialidad, honradez, eficacia, eficiencia, legalidad y transparencia; es importante reforzar el valor de la empatía en cada servidor público involucrado en la atención de los servicios de salud en todo el país.

A fin de mejorar la comunicación entre los subsistemas y el movimiento de pacientes entre uno y otro, es imprescindible apostarle a las tecnologías de la información en salud y contar con un expediente clínico electrónico único y un padrón general de salud que permita la portabilidad para el acceso a las diferentes instituciones de salud de acuerdo con el tipo de derechohabencia y relacionar su aseguramiento en tiempo real, esto no sólo para asegurar el registro de las atenciones prestadas sino también para fortalecer los sistemas de información e inteligencia en salud, contando con mejor información en tiempo real que permita evaluar indicadores de impacto y de la calidad de los servicios para poder tomar mejores decisiones.

Promover la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud resulta fundamental, por lo que se deberá tener como objetivo el que la ciudadanía considere seriamente la importancia de acercarse de forma preventiva a los servicios de primer nivel, para detectar de forma oportuna cualquier alteración o necesidad de atención y en términos de autocuidado, a fin de que las personas se conviertan en líderes y tomadores de mejores decisiones para sí mismos, desde lo individual y en la colectividad. Es importante contar con más y mejores mecanismos de comunicación entre gobierno y ciudadanos para

el acceso a los servicios de salud, estando el Estado obligado a informar a los ciudadanos sobre los establecimientos y servicios que están disponibles para su atención, así como para atender sus quejas e inquietudes.

Para esto es necesario contar con reformas legislativas aplicables a cada una de las instituciones de salud y a cada entidad federativa, impulsando además políticas públicas intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud, requiriéndose entre muchas otras, el establecer y homologar en todo el país quienes son autoridad sanitaria, determinar y hacer cumplir las atribuciones para cada secretario de Salud en cada estado y hacer del marco legal una responsabilidad a cumplir, partiendo de una armonización normativa que permita generar una mejor programación y ejercicio de recursos en la prestación de servicios.[5,4]

Para reducir las brechas socioeconómicas en la población, es necesario desde nivel federal generar mecanismos para la formalidad en el empleo, eficientar el uso de los recursos e incrementar el PIB para el gasto público en salud, pudiendo también incrementar los recursos a través de financiamientos por servicios prestados al sector privado.[6,7,8]

La realidad actual permite ver como una utopía el hecho de poder contar en México con un sistema único y universal de servicios de salud, donde se garantiza el acceso sin ningún tipo de discriminación por situación laboral, género, etnia, capacidad económica, posición política, orientación sexual o cualquier otra.[4]

Suena utópico, mas para México la universalidad del sistema de salud se traduciría en la accesibilidad y cercanía de los servicios de salud de una forma organizada entre todos los subsistemas, con estándares y mecanismos claros sistematizados de atención, que con la suma de todos y con un mismo objetivo en común, que es el hacer cumplir con el Estado de derecho, es posible. Sólo necesitamos saber por dónde empezar.

Referencias bibliográficas

- Sepúlveda, J. (2013). Opciones de universalización y cobertura efectiva en México. *Salud Pública de México*, 55(6), 659.
- Martínez, N. (2013). *Un sistema en busca de salud*. (1ª edición). Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría de Salud. (s/f). *Acuerdo nacional hacia la universalización de los servicios de salud*.
- López, A. O., y Jarillo, S. E. (2015). ¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud. *Medicina Social*, 10(1).

- Linares, P. N., y López, A. O. (2023). Inequidades en la salud en México. *Gaceta Médica de México*, 149, 591-597.
- Levy, A. S. (2011). ¿Universalización de la salud o de la seguridad social? *Gaceta Médica de México*, 147, 455-468.
- López, A. O., y Jarillo, S. E. (2015). ¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud. *Medicina Social*, 10(1).
- Gomez-Dantés, *et al.* (2023). Origin, impacts, and potential solutions to the fragmentation of the Mexican health system: A consultation with key actors. *Health Research Policy and Systems*, 21, 80.

Anticiparse a la enfermedad: políticas de prevención en salud en México

Georgina Elizabeth Félix Bermúdez

La historia de la salud pública en México está marcada por una constante lucha por anticiparse a la enfermedad. Múltiples estrategias preventivas han permitido proteger a la población antes de que los padecimientos se convirtieran en epidemias o crisis sanitarias. Desde los albores del siglo XIX se entendió la importancia de la higiene pública y se instauraron las primeras campañas sanitarias; actualmente prevalecen los programas modernos de vacunación, control de vectores y promoción de estilos de vida. En este documento se busca revisar, a partir de la literatura, la evolución de las políticas de prevención en nuestro país, destacando sus logros, limitaciones y desafíos vigentes. A través de este recorrido se pretende valorar la importancia histórica de la prevención en la construcción del sistema de salud mexicano y proponer estrategias que permitan consolidar una cultura sanitaria sólida y equitativa para las próximas generaciones.

Historia

A partir de la etapa colonial, la salud pública en México fue un asunto secundario. Sin embargo, al iniciar el siglo XIX comenzaron los primeros intentos sistemáticos por prevenir enfermedades, principalmente mediante la vacunación contra la viruela y las cuarentenas. La creación del Consejo Superior de Salubridad en 1841 y su fortalecimiento bajo el liderazgo del doctor Eduardo Liceaga a finales del siglo XIX, marcaron el inicio de una visión institucionalizada de la prevención. Durante el Porfiriato se realizó la primera Exposición de Higiene en 1910 y se consolidó el control de enfermedades epidémicas como el tifo y la fiebre

amarilla. La Revolución Mexicana, por su parte, evidenció las carencias sanitarias del país, y en 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública, con la intención de federalizar los servicios de salud y llevar la prevención a todo el territorio nacional.

En el siglo xx la participación de la Fundación Rockefeller en campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo, y la instauración del Programa de Vacunación Universal en 1991, fueron ejemplos de políticas que colocaron a la prevención como eje prioritario de la atención sanitaria. En paralelo, se desarrollaron campañas de educación higiénica, control de vectores y promoción de la salud materno-infantil.[1]

Actualidad

Una de las grandes líneas preventivas es la vacunación, la cual ha logrado incrementar la sobrevida infantil por encima de límites inimaginables, siempre y cuando la cobertura de vacunación sea la adecuada (mayor a 90% en niños de 0 a 12 años). Ésta garantiza prevenir enfermedades potencialmente mortales/discapacitantes, como tuberculosis, hepatitis B, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis, infecciones graves por *Haemophilus influenzae* tipo B y neumococo; deshidratación por gastroenteritis por rotavirus, neumonía por influenza, sarampión, rubeola, parotiditis, entre otras.

Por lo que es importante señalar que a pesar de que México llegó a ser un referente mundial en la cobertura vacunal, con el esquema nacional de vacunación, actualmente ha dejado caer los porcentajes de cobertura hasta sólo el 49.8% de niños y niñas menores de un año, alrededor del 50% en infantes de seis años, y sólo 27.9% de los adolescentes (12 a 19 años).[2]

En la punta del *iceberg* tenemos el caso del sarampión, el cual es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal, totalmente prevenible por vacunación. La cual constituye un desafío para la salud preventiva mundial, ya que desafortunadamente varios países de Europa no la incluyen como obligatoria en su población infantil, y ponen en riesgo el contagio asociado a importación. En México, desde el año 2000 los casos eran principalmente por importación, y se había logrado erradicar la transmisión endémica. Sin embargo, en 2025 se han confirmado 421 casos, con un caso fatal. Este aumento es alarmante, ya que representa un incremento de 11 veces en comparación con los 205 casos notificados en el mismo periodo de 2024.[3]

Son muchas las enfermedades susceptibles de ser prevenidas, tanto infecciosas como no infecciosas. Actualmente, con el fenómeno de inversión de la

pirámide poblacional, las enfermedades crónico-degenerativas están colocando a nuestro país en los primeros lugares mundiales en prevalencia, como es el caso de la obesidad y síndrome metabólico. Sin embargo, es muy interesante observar cómo en nuestro país esta tendencia del mundo moderno se conjuga con estadísticas que aún muestran enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad en todas las edades.

Conclusiones

Anticiparse a la enfermedad ha sido un principio rector en la política sanitaria mexicana. Sin embargo, los retos logísticos, económicos y socioculturales han condicionado su alcance. A pesar de los éxitos históricos como la erradicación de la viruela en 1951 o la poliomielitis en 1994, las desigualdades regionales y la centralización de los recursos en la capital han limitado el impacto de las campañas preventivas en zonas rurales e indígenas.[4]

El esfuerzo preventivo inicial se enfocó en problemas sanitarios urbanos, dejando rezagadas a las poblaciones rurales hasta bien entrado el siglo xx. Con la implementación de las Unidades Sanitarias y la federalización de los servicios de salud se buscó revertir esta tendencia, aunque persisten brechas de acceso y cobertura. Actualmente México enfrenta un doble desafío: mantener los logros en la prevención de enfermedades transmisibles y atender de forma preventiva problemas crónicos no transmisibles, como obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. La experiencia histórica enseña que la prevención eficaz requiere voluntad política, participación comunitaria y adecuación cultural.

Propuestas

A partir de esta revisión se proponen las siguientes estrategias para fortalecer la prevención en salud en México:

1. Reforzar los programas de prevención primaria mediante campañas masivas de vacunación, higiene y control de vectores, asegurando cobertura nacional.
2. Actualizar las políticas sanitarias para integrar la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, desde el primer nivel de atención.
3. Recuperar y modernizar los esquemas de educación higiénica y promoción de la salud, en las escuelas y comunidades rurales, retomando modelos exitosos del siglo xx.
4. Descentralizar los recursos y servicios preventivos, priorizando a las zonas de alta marginación y pueblos originarios.

5. Crear un archivo histórico digital que recopile las campañas y logros sanitarios del país, para difundir el valor de la prevención entre la población.
6. Fomentar una cultura de autocuidado desde la infancia, utilizando tecnologías de la información y redes sociales para campañas de prevención.

Por lo tanto, constituye un desafío mayúsculo para los gobiernos el lograr establecer una estrategia de salud que tenga suficiente alcance para atender las prioridades en prevención, invirtiendo mayor presupuesto al fortalecer el primer nivel de atención.

Referencias bibliográficas

- Gudiño Cejudo, M. R., Aguilar Cervantes, I., y Pérez Montfort, R. (Coords.). (2010). *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México. Historia en imágenes*. Secretaría de Salud/Sanofi Pasteur/CIESAS.
- Álvarez-Contreras, Cristina, Flores-Navarro, María Fernanda, López-Tirado, Melissa, *et al.* (2024). Vacunación infantil en México: Situación actual y su impacto a la salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 1, 29-38.
- Secretaría de Salud. (s/f). *Situación epidemiológica de sarampión*. Gob.mx. Gobierno de México.
- Aréchiga Córdoba, E. (2009). Educación, propaganda o dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33.
- Agostoni, C. (2008). *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Fortalecimiento de los procesos de atención médica

Damfne Goretti Delgado Machuca

El sistema de salud en México ha experimentado transformaciones significativas en las últimas décadas, reflejando tanto avances como desafíos persistentes. Desde la perspectiva de la comunidad académica en salud, se reconoce la necesidad de un enfoque integral que aborde las desigualdades en el acceso, la calidad de la atención y la eficiencia del gasto público (Alcalde-Rabanal, 2024).

La transformación del sistema público de salud en México se centra en el desarrollo y la ejecución de los servicios de salud en el país. Hasta ahora, la práctica médica tradicional ha sido fundamentalmente “reactiva”, es decir, el médico interviene cuando aparece la enfermedad. Sin embargo, los avances teóricos, tecnológicos y conceptuales en medicina a lo largo de la última década han permitido vislumbrar una transición hacia una medicina “anticipatoria”, basada en la salud más que en la enfermedad. Este nuevo paradigma se traduce en una medicina personalizada, predictiva, preventiva y participativa, orientada no sólo a la ausencia de enfermedad, sino al bienestar físico, mental y social (Kershenobich, 2024).

El sistema de salud mexicano está conformado por tres componentes principales que operan en paralelo:

1. Esquemas de seguro social basados en el empleo.
2. Servicios de asistencia pública para personas sin seguridad social, respaldados por un esquema de protección financiera.
3. Un sector privado integrado por proveedores de servicios, aseguradoras y fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos y dispositivos médicos (González Block, 2020).

México cuenta con un sistema de salud mixto, compuesto por instituciones públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SSA) y el IMSS-Bienestar, así como una creciente participación del sector privado. A pesar de los esfuerzos por alcanzar una cobertura universal, persisten disparidades significativas en el acceso y la calidad de los servicios, especialmente en zonas rurales y marginadas (Secretaría de Salud, 2020).

Evolución y estructura del sistema de salud mexicano

Históricamente se han implementado reformas estructurales en búsqueda de una operación más eficiente que contribuya a la equidad y a la justicia social. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la última modificación orgánico-estructural del sistema de salud, relacionada con la recentralización de los servicios. A través de un análisis legislativo de dicha reforma y una investigación documental del periodo 1970-2018, se identificaron los principales cambios organizacionales y su impacto (Vargas-Ruiz, 2023).

El sistema de salud mexicano ha atravesado importantes transformaciones desde el siglo xx. Su origen formal se remonta a la década de 1940 con la creación del IMSS en 1943, destinado a atender a trabajadores del sector formal. En 1959 se fundó el ISSSTE para cubrir a los empleados del sector público (Secretaría de Salud, 2020).

Durante décadas, el sistema se caracterizó por un enfoque fragmentado y desigual, con múltiples instituciones que ofrecían cobertura según el tipo de empleo o condición socioeconómica. En 2003 se creó el Seguro Popular para brindar cobertura a la población sin seguridad social. Sin embargo, en 2020 fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), cuyo objetivo fue garantizar atención médica gratuita y universal. No obstante, su implementación ha sido criticada por falta de claridad operativa y financiera (Frenk, 2011).

Actualmente el sistema se divide en tres grandes sectores: el público (IMSS, ISSSTE, Insabi, Sedena, Semar, Pemex), el privado y las organizaciones no gubernamentales. Esta estructura mantiene un modelo fragmentado y segmentado que genera desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios.

Desafíos persistentes en el acceso y la calidad de la atención

A pesar de los avances tecnológicos y políticos en el sector salud, persisten múltiples desafíos relacionados con el acceso equitativo y la calidad de la atención.

Uno de los principales problemas es la desigual distribución de los servicios, especialmente en zonas rurales o marginadas, donde escasean los recursos humanos y materiales. Esta situación genera largos tiempos de espera, desabasto de medicamentos y atención fragmentada, lo cual compromete la continuidad del cuidado (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

En cuanto a la calidad de la atención, existen retos importantes como la falta de capacitación continua del personal, errores médicos y una débil implementación de estándares de calidad. Además, factores sociales y económicos, como la pobreza y el bajo nivel educativo, agravan las barreras para acceder a una atención efectiva. Estas condiciones perpetúan las brechas de salud entre distintos grupos poblacionales (World Health Organization [WHO], 2021).

Superar estos desafíos requiere políticas públicas centradas en la equidad, mayor inversión en infraestructura y talento humano, así como un enfoque integral que contemple los determinantes sociales de la salud. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2022, el 44% de la población que requirió atención médica acudió al sector público, mientras que el 48.8% optó por servicios privados, incluyendo personas con seguridad social. Este dato refleja una falta de confianza en los servicios públicos y una percepción de mayor calidad en el sector privado. Además, se estima que cerca de 5,700 centros de salud carecen de personal médico, especialmente en comunidades rurales (Bautista-Arredondo, 2023).

Reformas recientes y su impacto en el sistema de salud

En los últimos años México ha impulsado reformas significativas en su sistema de salud, con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la equidad. Una de las más relevantes fue la desaparición del Seguro Popular en 2020, sustituido por el Insabi. Con esta reforma se pretendía garantizar atención médica gratuita a las personas sin seguridad social. No obstante, enfrentó múltiples desafíos, entre ellos la insuficiencia de infraestructura, escasez de personal y una reducción en la cobertura efectiva (Campos-Navarro, 2021).

También se implementaron cambios en la compra y distribución de medicamentos, centralizando los procesos para combatir la corrupción y reducir costos. Sin embargo, estos ajustes provocaron desabasto y retrasos, afectando directamente a pacientes, especialmente aquéllos con enfermedades crónicas (Ruelas-González *et al.*, 2022). En resumen, aunque las reformas apuntan hacia un modelo más equitativo y universal, su impacto ha sido mixto, evidenciando tanto avances como retrocesos.

Perspectivas desde la comunidad académica de salud

La comunidad académica en salud enfrenta el reto de formar profesionales capaces de responder a las crecientes necesidades del sistema, marcadas por desigualdades sociales y retos estructurales. En este contexto, se enfatiza la necesidad de una educación médica con enfoque integral, comunitario y preventivo, que supere el modelo hospitalocéntrico tradicional (González-Block, 2020).

Las instituciones académicas han comenzado a reestructurar los planes de estudio para incluir competencias interculturales, éticas y de atención primaria, promoviendo una formación con sensibilidad social. También se reconoce la importancia de la investigación como herramienta para generar evidencia y formular políticas públicas. Sin embargo, persisten barreras como el financiamiento limitado y la burocracia institucional (Mendoza, 2021).

Desde la academia se impulsa un modelo basado en la atención primaria de salud que priorice la prevención, la equidad y la participación comunitaria. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha promovido la vinculación entre la investigación y la docencia, con el objetivo de formar profesionales capaces de abordar los determinantes sociales de la salud y fortalecer los sistemas locales (INSP, 2023).

Propuestas para fortalecer el sistema de salud

El sistema de salud en México enfrenta retos como la falta de cobertura universal efectiva, desigualdades regionales, escasez de personal médico y deficiencias en infraestructura. Para fortalecerlo, es necesario avanzar hacia un modelo integral que priorice la prevención, garantice el acceso equitativo y aumente la inversión pública en salud. Una propuesta clave es la consolidación del Sistema Nacional de Salud bajo un esquema universal, financiado progresivamente mediante impuestos generales, eliminando la fragmentación entre instituciones como el IMSS, ISSSTE y el Insabi (Frenk, 2022).

Se debe también reforzar la formación y retención del personal médico en zonas rurales mediante incentivos laborales y educativos (OPS, 2023). Asimismo, el uso estratégico de tecnologías digitales y la interoperabilidad de los sistemas de información médica pueden mejorar la eficiencia y la atención centrada en el paciente.

Otras propuestas destacadas incluyen:

- El fortalecimiento de la atención primaria mediante inversión en formación y retención de personal.

- La implementación de telemedicina y telesalud para zonas de difícil acceso.
- Reformas educativas que incorporen enfoques interprofesionales y centrados en la comunidad.
- Y la promoción de la participación comunitaria en la toma de decisiones (*Gaceta Parlamentaria*, 2023).

En este sentido, se diseñó el modelo de atención para la salud MAS-Bienestar, un esquema de cuidados integrales que reúne estrategias, procedimientos, herramientas y recursos necesarios para brindar atención en instituciones públicas. Este modelo contempla cinco ejes:

1. Promoción de la salud mediante autocuidado y actividades colectivas.
2. Prevención de enfermedades a través de intervenciones como la vacunación.
3. Tratamiento oportuno y adecuado.
4. Rehabilitación para optimizar la funcionalidad.
5. Cuidados paliativos, enfocados en aliviar el sufrimiento por enfermedades graves.

Además, incluye cinco elementos esenciales de la atención primaria: gestión poblacional, organización de servicios, acceso, servicios efectivos y atención centrada en la persona (Robledo, 2024).

Conclusión

El sistema de salud en México enfrenta un panorama complejo, marcado por una estructura fragmentada, desigualdades persistentes y reformas con resultados mixtos. A pesar de los esfuerzos para avanzar hacia la cobertura universal, las disparidades en acceso y calidad siguen siendo evidentes, especialmente en comunidades rurales y marginadas. La desaparición del Seguro Popular y la creación del Insabi han generado incertidumbre operativa, mientras que los cambios en la distribución de medicamentos y la centralización de servicios han tenido efectos adversos. La comunidad académica destaca la necesidad de un enfoque preventivo, comunitario y equitativo, así como de una formación médica integral centrada en los determinantes sociales de la salud. Para fortalecer el sistema se requiere una inversión pública sostenida, la integración de tecnologías digitales, la consolidación institucional y el impulso del modelo MAS-Bienestar. Sólo mediante una visión integral, participativa y basada en

evidencia será posible garantizar el derecho a la salud para toda la población mexicana, reduciendo las brechas y mejorando sustancialmente la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

- Alcalde-Rabanal, J. E., Molina-Rodríguez, J. F., Díaz-Portillo, S. P., Hoyos-Loya, E., & Reyes-Morales, H. (2024). El sistema de salud de México: Análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 677-688. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/16214>
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., & Colchero, M. A. (2023). Utilización de servicios de salud en México: Cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*.
- Campos-Navarro, R. (2021). El Insabi y los retos del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 63(2), 123-125. <https://doi.org/10.21149/12345>
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. (2022). *Reforma y sistema de salud en México: Una visión integral*. Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. M. (2011). The democratization of health in Mexico: Financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(7), 495-502. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082842>
- Gaceta Parlamentaria. (2023). *Propuestas de la comunidad académica para el fortalecimiento del sistema de salud*. Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/GacetaParlamentaria>
- González-Block, M. A., & De la Sierra-de la Vega, L. A. (2020). Health systems in transition: Mexico health system review. *Pan American Journal of Public Health*, 44, e105. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.105>
- González-Block, M. Á., Reyes Morales, H., Hurtado, L. C., Balandrán, A., & Méndez, E. (2020). Mexico: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(2), 1-222. PMID: 33527902.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). *Vinculación de la práctica de investigación y docencia en el INSP*.
- Kershenobich, D. (2024). Perspectivas sobre la transformación del sistema de salud. *Salud Pública de México*, 66(5), 767-773.
- Mendoza, L., & Ruiz, J. (2021). Desafíos de la investigación en salud en instituciones académicas mexicanas. *Salud y Sociedad*, 13(1), 45-58.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Acceso y cobertura universal de salud*. <https://www.paho.org/es/temas/acceso-cobertura-universal-salud>

- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina: Lecciones y desafíos*. <https://www.paho.org/es/documentos/fortalecimiento-sistemas-salud>
- Robledo, Z. (2024). La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 66, 767-773.
- Ruelas-González, M. G., García-Peña, C., & Reyes-Morales, H. (2022). Impacto de las reformas en el abasto de medicamentos en México. *Revista Médica del IMSS*, 60(1), 45-50. <https://doi.org/10.24875/rmimss.21000047>
- Secretaría de Salud. (2020). *Informe sobre la situación de la salud en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/>
- Secretaría de Salud. (2020). *Sistema de salud en México: Evolución y desafíos*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud>
- Vargas-Ruiz, M. M. (2023). Sistema de salud mexicano: De la descentralización hacia la recentralización. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 36, 193-221. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2023.36.17880>
- World Health Organization. (2021). *Quality of care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-of-care>

Participación social y comunitaria en el desarrollo sostenible en salud municipal

Hilda Rangel Flores

Actualmente el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con un modelo de atención con un enfoque principalmente curativo, dificultando llevar a cabo actividades integrales que ayuden a garantizar una vida sana y a promover el bienestar a lo largo del curso de vida. Esto es esencial para el desarrollo sostenible y la construcción de sociedades prósperas. El acceso a la salud y al bienestar es un derecho humano. Aunque en los últimos años se ha avanzado en este aspecto, aún es insuficiente para lograr la igualdad en el acceso, la calidad y el humanismo de la asistencia sanitaria.¹

Los programas que se proponen en este documento se remontan al principio básico de la salud pública, esto es, atender las causas de las causas, acorde con las cuatro líneas estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).² Una característica importante es que estos programas pueden ser abordados desde un nivel local a través del municipio, desarrollo sostenible en salud municipal (DSSM).

Definiciones de acuerdo con la OMS

- *Participación social en salud.* La participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colecti-

1 https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf

2 <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud#:~:text=En%20la%20estrategia%20se%20establecen,el%20financiamiento%2C%20con%20equidad%20y>

vamente, asumen diferentes niveles de compromiso y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y, en general, contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática.³

- *Participación comunitaria en salud.* Es el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Lo anterior les permite ser agentes de su propio desarrollo, en lugar de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo.⁴
- *Desarrollo sostenible en salud.* El desarrollo sostenible implica cómo debemos vivir hoy si queremos un futuro mejor, ocupándose de las necesidades presentes sin comprometer las oportunidades de las generaciones futuras de cumplir con las suyas. La supervivencia de nuestras sociedades y de nuestro planeta común apuesta por un mundo más sostenible.⁵

Antecedentes

La participación social y comunitaria, con liderazgo municipal, ha demostrado ser parte de la solución a los problemas reales y sentidos en salud de la población.⁶ Son diversos los factores que favorecen una participación efectiva en salud; éstos dependen tanto de la población como de los proveedores de salud o de políticas en salud. Se evidencia el papel de la información como una variable clave en la participación, por lo que es crucial generar estrategias informativas y educativas en cuanto a la participación en salud. Se rescata la importancia de la participación autónoma, de abajo hacia arriba, y promovida desde

3 Ops. [1994]. *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*. Washington, DC: OPS.

4 Organización Mundial de la Salud. [s/f]. *Conferencia Alma Ata*. [Internet]. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm; Carta Ottawa. [Internet.] Disponible en [paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf](http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf); AP más necesaria que nunca. [Internet.] [Consulta mayo de 2011.] Disponible en <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>.

5 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2023/08/what-is-sustainable-development/>

6 Farnsworth, S. K., Böse, K., Fajobi, O., Souza, P. P., Peniston, A., Davidson, L. L., Griffiths, M., y Hodgins, S. [2014]. Community engagement to enhance child survival and early development in low- and middle-income countries: An evidence review. *J Health Commun.*, 19(sup1), 67-88. doi: 10.1080/10810730.2014.941519. PMID: 25207448; PMCID: PMC4205914.

lo local, generando la participación de la comunidad de forma espontánea y representativa. Éstos son elementos importantes para determinar la aceptación e impacto de los programas o servicios de salud. Son múltiples los beneficios asociados con la participación en salud: el control en la planificación, priorización de necesidades, así como la toma de decisiones acertadas que pueden originar cambios de comportamiento en las poblaciones, incremento en la calidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, generando impactos importantes en los resultados y en el gasto en salud.

Un ejemplo es el municipio de Xochitepec en el estado de Morelos, en donde, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública, ha llevado a cabo planes de acción en promoción de la salud. Hace ya más de 15 años que se diseñó el primer Programa Municipal para Atención Integral (Promai), basándose en el Diagnóstico integral de salud poblacional (DISP) y el Diagnóstico municipal en salud (DMS). Este programa inicial fue la prevención y control del dengue con participación social sostenible (Promai-dengue).

Los Promai dan la oportunidad de actuar de manera local en los problemas generales de salud y de garantizar que toda la población, no sólo la de mayor poder adquisitivo, pueda acceder a las acciones preventivas e integrales que se realizan de manera consensuada en todas las localidades que constituyen el municipio. Estas acciones, después de ser puestas en práctica y aceptadas por la población, posteriormente se transforman en política pública y son revisadas por el departamento jurídico para ser aprobadas por el Cabildo municipal y así poder ser publicadas en el periódico oficial *Tierra y Libertad* del estado de Morelos. Cabe destacar que este Promai actualmente es ley para el estado de Morelos.⁷

Con el objetivo de equidad y bienestar en salud, se propone este DSSM para incrementar el control y cuidado sobre su salud, buscando fortalecer y mejorar la capacidad individual, familiar y comunitaria, así como abordar los determinantes sociales de la salud a través de una participación significativa y un trabajo intersectorial.

Metodología

Para implementar un Promai, posterior al DISP y al DMS, se priorizan los programas a intervenir y posteriormente se diseña cada programa que se implementará en tres etapas:

⁷ <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/leydenguedomo.pdf>

1. *Realizar el diagnóstico del problema:* mediante la búsqueda de información en fuentes oficiales, así como la recolección de información mediante encuestas y/o entrevistas.
2. *Socializar los resultados con la comunidad:* apoyados por un equipo local multidisciplinario, de acuerdo con sus habilidades, capacidades y competencias, se decide la manera de intervenir en su comunidad. De esta forma ayudan a definir y priorizar las actividades en las que puede incidir, logrando así que la población asuma un papel relevante en la promoción, prevención y control.
3. *Aplicar la intervención o política pública:* la información obtenida pasa al Centro de Investigación para la Protección del Ambiente y la Salud Pública del municipio, donde las comisiones de investigación, ética y bioseguridad revisan las propuestas para su aprobación. Cuando éstas son aprobadas u observadas, se envían al jurídico y al Cabildo.

Todo este proceso es financiado por el municipio, con el fin de reorganizar insumos (materiales, humanos y económicos existentes), no duplicar acciones y tomar en cuenta los programas federales, estatales y municipales, así como los actores sociales, y es coordinado actualmente por el INSP. Con el liderazgo municipal, toda la información que se genera en salud y sus determinantes sociales se integra en un espacio municipal, denominado Observatorio Municipal en Salud. Se analiza la información y es utilizada para generar evidencia científica, divulgación y socialización de los conocimientos, de tal manera que, juntos, comunidad y municipio, den solución a los problemas de salud pública en beneficio de toda su población.

Conclusión

Es importante resaltar que a lo largo de 15 años se han mantenido estos programas que tienen su base en la participación comunitaria, logrando el involucramiento de distintas administraciones políticas con diferente ideología, incluyendo el costo del programa y el trabajo que conlleva, desde el liderazgo municipal. Poner como prioridad a la población para garantizar una vida sana para todos exige un compromiso firme, en donde los beneficios compensan los costos. La participación de la comunidad y del Gobierno municipal es fundamental para promover y proteger nuestra salud y la de nuestro entorno, incluyendo la disponibilidad de agua, drenaje, servicios municipales de recolección de residuos, así como la descacharrización, para la prevención y el control del dengue. Se puede y debe sensibilizar a nuestra comunidad sobre la

importancia de la buena salud y de un estilo de vida saludable, pero se deben dar las condiciones para llevarlas a cabo; por ejemplo, promover en las comunidades y organizaciones la actividad física, tomando en cuenta a la población más vulnerable, y mejorar los espacios públicos como unidades deportivas, espacios seguros, bien iluminados y con instructores accesibles para todos. Es por eso que la participación social y comunitaria, así como la voluntad política, son factores importantes en esta propuesta de Promai.

Para lograr la equidad y el bienestar en salud fue necesario realizar intervenciones educativas, incrementar el control sobre la salud y fortalecer las capacidades individuales, familiares y comunitarias para mejorarlas. Otro aspecto muy importante fue abordar los determinantes sociales de la salud con el municipio a través de propuestas consensuadas con la misma comunidad, de tal manera que ellos determinen el qué hacer y cómo hacerlo. El trabajo intersectorial y multidisciplinario es fundamental para elaborar las estrategias y líneas de acción.

Como se observa en el desarrollo del documento, los programas comparten actividades en común, facilitando la propuesta, aplicación y desarrollo, haciendo que éstos sean mucho más económicos, eficaces, sostenibles y sustentables, lo que permite incluir más programas. Promover la vida activa comunitaria, contribuir a y atender las necesidades socioeconómicas, psicológicas, de educación, alimentarias, humanitarias, legales y biomédicas. Favorecer cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud individual, familiar y comunitaria. Al formar y capacitar al personal tanto del Ayuntamiento como de la población, el conocimiento se queda en la propia comunidad; de esta manera se garantiza la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz dentro del municipio, buscando soluciones a sus necesidades.

Los municipios que repliquen esta metodología incrementarán el control y cuidado sobre la salud de su población, desde el punto de vista de la prevención, fortaleciendo y mejorando la capacidad individual, familiar y comunitaria, además de abordar los determinantes sociales de la salud a través de una participación significativa y un trabajo intersectorial.

Referencias bibliográficas

- https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf
- <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud#:~:text=En%20la%20estrategia%20se%20establecen,el%20financiamiento%2C%20con%20equidad%20y>

- OPS. (1994). *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*. Washington, DC: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Conferencia de Alma-Ata*. [Internet]. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm; Carta Ottawa. [Internet]. Disponible en paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf; AP más necesaria que nunca. [Internet]. [Consulta mayo de 2011]. Disponible en <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>
- <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2023/08/what-is-sustainable-development/>
- Farnsworth, S. K., Böse, K., Fajobi, O., Souza, P. P., Peniston, A., Davidson, L. L., Griffiths, M., y Hodgins, S. (2014). Community engagement to enhance child survival and early development in low- and middle-income countries: An evidence review. *J Health Commun.*, 19(sup1), 67-88. doi: 10.1080/10810730.2014.941519. PMID: 25207448; PMCID: pmc4205914.
- <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/Leydenguedomo.pdf>

Vigilancia epidemiológica: propuestas para su fortalecimiento

Alberto Juárez Lira

Los datos de enfermedades o condiciones de salud que inicialmente era importante estudiar fueron las epidemias por su capacidad para provocar discapacidad y/o muerte; sin embargo, en la actualidad la vigilancia epidemiológica puede incluir cualquier evento de importancia para la salud pública y no sólo es exclusiva para las enfermedades transmisibles.

Definición

La vigilancia epidemiológica se define como la “recopilación, análisis e interpretación de datos sobre la frecuencia, distribución y consecuencias de enfermedades o condiciones de salud, para su uso en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública”.[1]

Historia

En México, la vigilancia epidemiológica se centra en 146 enfermedades agrupadas según sus características compartidas: 1) enfermedades prevenibles por vacunación; 2) enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo; 3) enfermedades infecciosas del aparato respiratorio; 4) enfermedades de transmisión sexual; 5) enfermedades transmitidas por vector; 6) zoonosis; 7) otras enfermedades exantemáticas; 8) otras enfermedades transmisibles; 9) enfermedades de interés local o regional; 10) enfermedades bajo vigilancia sindrómica; 11) enfermedades no transmisibles; 12) nutrición; 13) displasias y neoplasias; 14) defectos al nacimiento; 15) enfermedades neurológicas

de salud mental, y 16) accidentes. Cada evento de importancia para la salud pública puede tener su propia norma, guía o documento de referencia para su vigilancia epidemiológica particular; en cualquier caso, lo fundamental es tener la capacidad para: a) describir clínicamente de forma breve (definición operacional) cada evento bajo vigilancia, y b) identificar la definiciones de: *caso* (persona con enfermedad o evento bajo estudio), *caso sospechoso* (persona con sintomatología inespecífica de la enfermedad o evento bajo estudio), *caso probable* (persona con signos y síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo estudio), *caso confirmado* (persona con signos y síntomas de la enfermedad o evento bajo estudio y pruebas de laboratorio positivas), y *caso descartado* (persona con signos y síntomas de la enfermedad o evento bajo estudio y pruebas de laboratorio negativas).[2]

Análisis

Cada evento susceptible de vigilancia supone áreas de mejora en cualquiera de los bloques fundamentales u organizaciones que se vinculan e interrelacionan en un sistema de salud; por lo tanto, conviene desarrollar propuestas desde la perspectiva de algún modelo usado en salud pública. Utilizaremos el modelo preventivo en salud (tabla 1) para abordar las propuestas que pueden fortalecer la vigilancia epidemiológica en nuestra región.

Tabla 1. Prevención a nivel poblacional

<i>Prevención</i>	<i>Objetivos</i>
Primordial	Mantener mínimos los riesgos
Primaria	Reducir la incidencia
Secundaria	Reducir la prevalencia
Terciaria	Minimizar el sufrimiento Facilitar la adaptación Reducir secuelas y discapacidades

Fuente: OMS.

Propuesta

Prevención primordial

1. Fomentar políticas públicas inclusivas y participativas que reformulen el enfoque epidemiológico tradicional y prioricen los determinantes sociales de la salud.[3] La vigilancia epidemiológica puede fortalecerse al incluir conocimiento y prácticas de diferentes áreas del conocimiento (p. ej., ciencias sociales y ciencias del comportamiento) para fomentar actividades que tomen en cuenta los determinantes sociales de la salud: a) estructurales, como la posición social; b) intermedios, como los servicios de salud, y c) proximales, como el sexo.
2. Implementar estrategias multisectoriales con enfoque cultural y comunitario para prevenir enfermedades o condiciones de salud de importancia para la salud pública.[4] La comunidad o población debe aprender a organizarse para el logro de objetivos comunes en salud, lo que favorece la pertenencia a un grupo social y la creación de capacidades de respuesta en salud. Esta organización debe favorecerse con la formación y participación activa de los denominados promotores de salud comunitaria (actores sociales de la propia comunidad).

Prevención primaria

3. Utilizar la vigilancia epidemiológica espacial priorizando áreas geográficas con incidencia de enfermedades o condiciones de salud de importancia para la salud pública.[5] El desarrollo de capacidades tecnológicas específicas en el campo de la salud, como el conocimiento y la práctica de la epidemiología espacial, puede ayudar en procesos que en la actualidad se realizan de forma ineficiente e irregular. La capacidad tecnológica contemporánea tiende a ser mejorada día a día, por lo que es importante la capacitación continua.
4. Diseñar estrategias de alfabetización en salud para contrarrestar la infodemia que retrasa el acceso y la provisión de los servicios de salud. [6] Una gran proporción de la población requiere mayores oportunidades de alfabetización general, pero en particular, el conocimiento en salud tiende a ser muy bajo en cualquier estrato social de la población. El acceso a servicios de salud es el primer paso para regularizar esta alfabetización en salud, pero se debe priorizar una atención primaria fortalecida para la provisión de estos servicios.

Prevención secundaria

5. Realizar encuestas poblacionales para rastrear factores de riesgo de enfermedades o condiciones de salud de importancia para la salud pública. [7] Los diagnósticos poblacionales son indispensables para la academia y la investigación, pero también deben proveer datos de forma continua que permitan una mejor toma de decisiones para ajustar las respuestas en salud e incidir de forma estratégica en aquellos factores de riesgo que se pretende modificar en la población objeto de estudio.
6. Fortalecer la vigilancia ocupacional y escolar para la detección precoz de enfermedades o condiciones de salud de importancia para la salud pública.[8] La vigilancia epidemiológica puede ser difícil de realizar en poblaciones dispersas o de difícil acceso, pero existen clústeres o agrupamientos sociales “naturales” que se deben aprovechar para la detección oportuna de eventos en salud; éste es el caso de escuelas y centros laborales, en donde se pueden aplicar esquemas de vigilancia dinámicamente perfectibles a lo largo del tiempo.

Prevención terciaria

7. Crear sistemas de alerta temprana por recaídas o complicaciones de enfermedades o condiciones de salud de importancia para la salud pública.⁹ Reducir secuelas de enfermedades y facilitar la adaptación ante eventos en salud discapacitantes son elementos que habitualmente no se toman en cuenta en la vigilancia epidemiológica tradicional, al considerar que la oportunidad para la notificación ya ha sucedido en el pasado. Sin embargo, las secuelas podrían: a) ser el indicio de eventos en salud que no fueron notificados —lo que señala áreas de oportunidad futura—, y b) ser el indicio de eventos que probabilísticamente pueden volver a ocurrir en el mismo individuo u otros individuos a su alrededor inmediato.
8. Incorporar la telemedicina en la vigilancia epidemiológica de enfermedades crónicas y accidentes.¹⁰ Las tecnologías de la comunicación a distancia ofrecen muchas oportunidades para los profesionales de la salud, lo que incluye la vigilancia epidemiológica. Se pueden protocolizar los diagnósticos susceptibles de notificación en el monitoreo remoto de pacientes para que, además de consultas médicas, los sistemas informáticos ayuden en la notificación inmediata de eventos de importancia para la salud pública.

Discusión

Las propuestas aquí planteadas para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica no son las únicas que se pueden discutir en espacios de reflexión como nos convoca este texto, pero son un punto de partida para su discusión. Nos parece importante resaltar que cualquier planteamiento de mejora debe partir de la óptica de una teoría (visión sistemática de un fenómeno) y/o un modelo (aspecto concreto de la realidad) en salud; en particular, la salud pública. La propuesta de utilizar el modelo preventivo en salud ofrece la ventaja de plantear objetivos poblacionales desde los cuales se pueden desarrollar diferentes elementos de respuesta para concretarlos.

Finalmente, cualquier estrategia que pretenda mejorar la vigilancia epidemiológica que se lleva a cabo en México debe partir del conocimiento de las 146 enfermedades o eventos bajo estudio por los profesionales de la salud. En el caso particular de la profesión médica, es imperativo dominar las definiciones operacionales, definiciones de caso, caso sospechoso, caso probable, caso confirmado y/o caso descartado, para un correcto funcionamiento de la vigilancia en el sistema de salud; poner a un lado estas enfermedades en ámbitos clínicos especializados y subespecializados, impide la notificación oportuna y contribuye a la falta de control poblacional de muchos eventos en salud de observancia obligatoria nacional e internacionalmente.

Referencias bibliográficas

- National Library of Medicine (NLM). (2025). *Vigilancia epidemiológica – MeSH*. [Internet]. [Citado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68062665>
- Secretaría de Salud - México. (2021). *Vigilancia epidemiológica convencional de casos nuevos de enfermedad. Definiciones operacionales de enfermedades sujetas a vigilancia convencional*. [Internet]. Dirección General de Epidemiología. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/DefinicionesOperacionales_Padecimientos_Sujetos_a_VE.pdf
- Paim, J. S. (2021). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. [Internet]. (1ª edición). Universidad Nacional de Lanús. [Citado el 17 de julio de 2025]. Disponible en: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/16>
- Suárez-Colorado, Y. P. (2023). Estrategias para la prevención del suicidio. *Med UPB*, 42(1), 76-84.

- Morrison, C. N., Mair, C. F., Bates, L., Duncan, D. T., Branas, C. C., Bushover, B. R., *et al.* (2024). Defining Spatial Epidemiology: A Systematic Review and Re-orientation. *Epidemiol Camb Mass.*, 35(4), 542-555, 1 de julio.
- Hasannejadasl, H., Roumen, C., Smit, Y., Dekker, A., y Fijten, R. (2022). Health Literacy and eHealth: Challenges and Strategies. *Jco Clin Cancer Inform.*, 6, e2200005, septiembre.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., *et al.* (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002*, 70(11), 1-16, 3 de diciembre.
- Palacios Nava, M. E., Moreno Sánchez, A. R., Paz Román, M. D. P., García García, J. J., y Nava Hernández, R. (2018). Situation of Occupational and Environmental Health in Mexico. *Ann Glob Health.*, 84(3), 348-359, 31 de agosto.
- Taramasco, C., Rimassa, C., y Acevedo, J. (2024). Challenges in surveillance of all cancer cases: The Chilean National Cancer Registry. *Medwave*, 24(01), e2771-e2771.
- Galván, P., Cane, V., Samudio, M., Cabello, A., Cabral, M., Basogain, X., *et al.* (2014). Implementation of a community tele-epidemiological surveillance system using information and communication technologies in Paraguay. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*, 35(5-6), 353-358.

Innovación del sistema sanitario

Abraham Adolfo Montalvo Parra

El sistema público de salud en México se encuentra ante una disyuntiva estructural: falta de recursos financieros (sobre todo tecnológicos) y baja cobertura en sus servicios. Estamos teniendo actualmente cambios demográficos y epidemiológicos con consecuencias en la demanda de servicios de atención a la salud. La mayoría de los recursos en salud se enfocan en las grandes ciudades, así como en llevarlos al resto del país, a lugares de difícil acceso, resultando en complicaciones tanto logísticas como económicas, sin mencionar el caso de la infraestructura necesaria y el cumplimiento de una plantilla de especialistas suficientes. Ante la complejidad de estos retos, se tienen algunas estrategias para atenderlos, al menos de manera parcial; por ejemplo, la incorporación de nuevas tecnologías, lo cual ya está influyendo de manera importante tanto en los procesos técnicos como en las percepciones y la toma de decisiones de los médicos, logrando que los hospitales y los lugares en donde se brinda atención de salud estén mejorando y actualizando sus procesos organizacionales.

La innovación médica afecta de manera universal a todas las personas. Promete nuevas maneras de prevenir, diagnosticar y supervisar los problemas de salud; promueve el desarrollo de nuevos medicamentos y dispositivos para abordar el tratamiento de las enfermedades pero, sobre todo, eleva las expectativas de curarlas.

La innovación médica resulta de un proceso complejo e interactivo en el que intervienen bases de conocimiento especializadas, tecnologías, trayectorias de aprendizaje, competencias organizativas, modelos de experiencia, así como otros factores y competencias intangibles.

En julio de 2023 se llevó a cabo una reunión en donde el director de la Organización Panamericana de la Salud (ops), doctor Jarbas Barbosa, comentó:

[...] si la región de las Américas desea revertir el impacto de la pandemia de la covid-19, los países deben desarrollar e implementar urgentemente sistemas basados en la atención primaria de salud que consideren los contextos epidemiológicos en constante cambio y las necesidades de la población en el siglo XXI.[1]

No sólo por la pandemia, sino por el avance en sí de toda la tecnología en la que estamos envueltos, todo evoluciona, todo mejora, todo cambia y el área de la medicina no es excepción. Todas las crisis nos ofrecen áreas de oportunidad para mejorar en todos los sentidos, y así debe ser con la pandemia que acabamos de pasar. La cual nos demostró que la salud no sólo está en hospitales, clínicas o áreas de atención de la salud, sino que se proporciona desde los hogares, las escuelas y nuestro lugar de trabajo. Es por lo que está en manos de todos nosotros construir un sistema de salud resiliente que proteja y, sobre todo, garantice el derecho a la salud, por medio de la inversión y la innovación, aprendiendo y superando crisis, agilizando logros, creando día con día un futuro con salud para todos.

En torno al año 2050 se estima que la población de mayores de 65 años será predominante, de manera que la pirámide poblacional se invertirá debido a que la tasa de natalidad se encuentra disminuyendo. Así, la calidad de vida en la sociedad se erige como objetivo fundamental a mejorar en la medida en que la esperanza de vida se incrementa. Circunstancia para la que profesionales y expertos de administraciones, instituciones y empresas están trabajando con el objetivo de buscar siempre la innovación en políticas públicas de salud, mientras tratan de aprovechar los recursos disponibles.

La innovación es la capacidad de generar e implementar nuevos conocimientos. La posibilidad de desarrollarla depende de la capacidad de liderazgo organizativo orientado a la creatividad y a la aplicación de cambios que añaden valor a la sociedad. Debemos buscar efectividad y eficacia durante todo el proceso. Estos dos conceptos, innovación y creatividad, tienen relación, pero no van de la mano.

No cabe duda de que esta pandemia marcó un antes y un después en el sistema de salud existente en el mundo, pero como se mencionó, también ayudó a detectar áreas de oportunidad, ya que surgió la creatividad necesaria para la creación de innovación. Con esto se logró integrar nuevas tecnologías y fortalecer las existentes. La tecnología ofrece la generación de nuevas herramientas que se venían implementando en nuestro sistema de salud, o que están en proceso de hacerlo. La innovación en tecnología tiene como objetivo mejorar

la salud del paciente en todas sus vertientes: calidad de atención, experiencia, relación médico-paciente, posibilidades terapéuticas, etc. Pero, sobre todo, está enfocada en el diagnóstico oportuno, ya que sin un buen diagnóstico el tratamiento no será el ideal. La tecnología ayudará con este objetivo y, como ejemplo, está la inteligencia artificial, que se encuentra instalada en algunos hospitales del mundo con el objetivo ferviente de priorizar el diagnóstico y, en algunos, hasta el tratamiento.

Los avances en el área de la salud son clave para mejorar el abordaje de las enfermedades y su prevención. La velocidad con la que se generan nuevos productos, como fármacos o equipos, es ahora mayor que nunca.

En el área de la salud, sin duda el corazón artificial total por impresión tridimensional (3D) ha sido una innovación relevante. La velocidad con la que avanzan las tecnologías como impresión 3D, inteligencia artificial, datos masivos (del inglés: *big data*), la salud digital o la telemedicina obliga a esforzarnos por actualizar nuestro entendimiento en el para qué y el cómo implementarlas en las instituciones de salud y, sobre todo, a evaluar el impacto que generan en el sistema.

La salud es uno de los sectores más innovadores. Sin embargo, el acceso a la innovación y a la financiación es un reto. La innovación es un pilar sobre el que se sustenta el crecimiento de nuestro país y cuanto más rápido sea, mejor será el rendimiento que se conseguirá en cualquier campo, pero especialmente en el de la salud.

Mejorar el cuidado, mejorar la salud y reducir los costos son los objetivos principales hacia los que trabajan los proveedores, las compañías de ciencias para la vida y el gobierno de acuerdo con el artículo de Deloitte: “Top 10 de innovaciones para el cuidado de la salud: Alcanzando más con menos”.

Pero ¿cómo lograr un desempeño innovador que realmente cambie el sector y que proporcione más con menos, es decir, más valor, mejores resultados, mayor comodidad, mejor acceso y, sobre todo, a un menor costo?

La transferencia de tecnología de instituciones de investigación en salud a empresas que generan nuevos tratamientos médicos ha producido grandes beneficios para la salud pública a nivel mundial.[3] El problema es que en México existen importantes rezagos en los indicadores de innovación, ya que hay barreras culturales, regulatorias y financieras que bloquean y obstaculizan la innovación en el país. A pesar de eso, en los últimos años hemos visto la aplicación de algunas iniciativas útiles que nos hacen pensar que avanzan en la dirección correcta.

Por ejemplo, tenemos la genómica, que es uno de los proyectos más ambiciosos que se están llevando a cabo en medicina. Se trata de crear un sistema orientado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes en el mexicano. La creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen) está orientada hacia la investigación y el desarrollo de una medicina genómica, con el principal objetivo de mejorar la calidad de vida en nuestro país. Cabe mencionar que el poder desarrollar políticas públicas que den prioridad al uso de tecnología en los sistemas de salud es un área de oportunidad que deberíamos aprovechar, integrando políticas genómicas nacionales, en conjunto con sistemas internacionales, y con eso crear las bases de datos que ayudarán a los científicos y expertos a lograr tener avances y cumplimiento en esta área. Haciendo posible el ofrecer tratamientos más precisos, pero sobre todo más actualizados y de acuerdo con el estado de los pacientes.

Otro ejemplo es la robótica. Con esta innovación los cirujanos pueden realizar procedimientos remotos al operar sistemas robóticos desde una ubicación distante. Esta tecnología tiene el potencial de cerrar la brecha en la accesibilidad de la atención médica, brindando intervenciones quirúrgicas oportunas en áreas remotas y desatendidas. El robot que domina el campo de la cirugía robótica actualmente es el *Da Vinci*. En el mundo, de acuerdo con la empresa creadora de este sistema quirúrgico, hasta el año 2020 se habían realizado más de un millón de cirugías por robots. Sin embargo, dos terceras partes de los robots cirujanos se encuentran en Estados Unidos. En México tenemos 10 robots y las cirugías por medio de esta tecnología se concentran en la Ciudad de México, aunque también existe esta tecnología en Nuevo León y en Jalisco; en Baja California y Sonora mediante el *ROSA® Knee System* y el *Cyberknife*, y no con *Da Vinci* hasta este momento.

Se están buscando alternativas viables y separadas del *Da Vinci*, entre ellas la investigación de Johnson y Google que busca crear un robot que va a incorporar toda la información de Google en el momento en que se esté realizando la cirugía.[4]

Otro campo que seguramente revolucionará los tratamientos médicos es la impresión 3D en el área médica. Consiste en tomar un modelo digital de un objeto para después producir el mismo en capas sucesivas de un material adecuado, con el objetivo de darle volumen a ese objeto previamente digitalizado. En los últimos años esta innovación científica ha tenido un auge muy grande, con múltiples aplicaciones en la medicina moderna.[5] Los avances actuales que se tienen en este campo médico están centrados en las prótesis. Sin embargo, se han desarrollado algunas investigaciones en el ámbito farma-

céutico y en la ingeniería de tejidos. Por todo el país existen compañías capaces de crear prótesis de extremidades, de oído, así como dentales, completamente a la medida del paciente. Éstas son cómodas por obvias razones y altamente eficaces, así como muy resistentes al uso continuo. En cuanto al progreso de la impresión 3D de órganos, que se ha registrado fuera de México, se ha desarrollado desde la impresión del primer corazón en 3D, el uso de técnicas como la estereolitografía o el láser con materiales biológicos, en la Unión Europea y en algunos hospitales en Estados Unidos. Sin embargo, es fácil imaginar que en un futuro no muy lejano podrán imprimirse órganos vitales para personas que necesiten un trasplante en nuestro país, disminuyendo con esto los problemas de compatibilidad que son la principal causa de rechazo en pacientes que son trasplantados.

No debemos dejar de lado la famosa inteligencia artificial (IA), que está haciendo estragos en todos los niveles. En la medicina se está aprovechando este crecimiento tecnológico, ya que por medio del uso de algoritmos y aprendizaje automático se puede detectar, diagnosticar y tratar enfermedades; esto se ha convertido en un área importante de las ciencias de la vida. Se ha mencionado que ésta es la mayor revolución sanitaria del siglo XXI. La IA puede detectar enfermedades precozmente y realizar diagnósticos más precisos con mayor rapidez que los medios convencionales hasta este momento.[6] Por mencionar un ejemplo, en el cáncer de mama se está permitiendo revisar las mamografías 30 veces más rápido y con una precisión de casi el 100%, reduciendo la necesidad de biopsias.

Mientras tanto, un algoritmo de aprendizaje profundo desarrollado por la empresa sanitaria *Qure.ai* está trabajando en la detección precoz del cáncer de pulmón. Afirman que un estudio demostró una mejora del 17% en la interpretación de radiografías de tórax con IA, en comparación con las lecturas de rayos X convencionales; actualmente se ha asociado con el gigante farmacéutico *AstraZeneca* con el objetivo de ampliar la tecnología para reducir la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en todo el mundo.

Por último, pero no menos importante, tenemos el vendaje inteligente, que por medio de sensores acelera el proceso de cicatrización de las heridas. Investigadores de la Universidad de Stanford, en Estados Unidos, han desarrollado este vendaje inteligente que se ha mostrado prometedor para acelerar la reparación tisular. Esto favorecería en primera instancia a las heridas en pacientes sanos, es decir, las adquirieron por motivo de algún accidente. Pero definitivamente quienes saldrían más beneficiados son los pacientes que padecen de enfermedades crónico-degenerativas como la *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2)

y/o la hipertensión arterial, quienes, al no tener un buen sistema inmunitario, tardan más tiempo en sanar sus heridas (si es que las sanan), terminando algunos en amputaciones debido a una complicación de dichas heridas. El nuevo vendaje inteligente se compone de circuitos inalámbricos que utilizan sensores de impedancia para controlar la progresión de la cicatrización.

Si la herida está progresando lentamente o se detecta una infección, los sensores informan a una unidad central de procesamiento para que aplique más estimulación eléctrica en el lecho de la herida, acelerando el cierre del tejido y reduciendo la infección. Los datos de los sensores se pueden seguir en un teléfono inteligente. La estimulación eléctrica, también conocida como galvanotaxis, acelera la migración de queratinocitos al lugar de la herida, limita las infecciones bacterianas y evita el desarrollo de biopelículas en las superficies de las heridas, para así promover el crecimiento de los tejidos y ayudar a su reparación. Los investigadores y pioneros en este tema ya han comprobado que lograron aprovechar esta tecnología al integrarla con datos de biosensores en tiempo real para ese tratamiento automatizado.

Desgraciadamente, estas últimas dos innovaciones aún no las tenemos en nuestro país, pero seguramente estarán en un futuro no muy lejano.

Existen otras innovaciones alrededor del mundo como los microchips, el suministro médico a través de drones, la estimulación nerviosa para la recuperación en pacientes con derrame cerebral y hasta los quirófanos híbridos. Desgraciadamente, en nuestro país necesitamos un cambio cultural y más apoyo en el área de la salud para la inversión en estas tecnologías, ya que la aplicación de las mismas implica cambios al interior de las organizaciones para que esto se refleje en las estructuras técnicas y cognitivas de los personajes que tienen la facultad de cambiar las percepciones, tanto individuales como grupales, para la toma de decisiones. Esto no queda aquí, ya que conlleva también un cambio sustancial en los procesos de aprendizaje en los diversos cúmulos de información y conocimiento, así como el tiempo que llevará en la modificación de los procesos de coordinación.

Frente al futuro, hay varias medidas que se deben tomar, iniciando por hacer un análisis administrativo y, de ahí, detectar el área de oportunidad y generar la estrategia que nos dará la mejor solución. Debemos buscar ese cambio cultural, aumentar la confianza entre la parte pública y la privada para entre todos encontrar las soluciones más aptas e idóneas para el paciente.

El uso y la implementación de tecnologías deben llegar a nuestro sistema de salud para mejorar el trato hacia los pacientes y, sobre todo, a los adultos mayores, ya que serán la mayor parte de la consulta y serán quienes se atende-

rán en mayor medida debido a la inversión de la pirámide poblacional. Con la llegada de estas tecnologías se mejorará el tiempo de diagnóstico y, por ende, de su tratamiento; asimismo, disminuirán las demandas en el área de la salud.

El crecimiento de la demanda de atención sanitaria de calidad por parte de una población más exigente, el problema generalizado de la cronicidad, el envejecimiento poblacional y una atención primaria con escasez de médicos plantean desafíos significativos que es necesario enfrentar.

La tecnología ayudará a hacer mejores pruebas, más precisas, pero no debemos dejar de lado el trato humano y digno hacia el paciente.

Referencias bibliográficas

<https://www.paho.org/es/noticias/20-7-2023-inversion-innovacion-e-implementacion-pilares-para-buen-funcionamiento-atencion>.

<https://balancesociosanitario.com/sanidad/innovacion-tecnologica-y-digitalizacion-en-el-nuevo-escenario-sanitario>.

Pérez-Orive, J., e Ibarra Ponce de León, J. C. (2019). Innovación en salud en México: Retos importantes y un largo camino que recorrer. *Salud Pública de México*, 61(4, jul-ago), 545-548, 5 de junio. [Citado 1 de febrero de 2024].

<https://www.economista.com.mx/arteseideas/Cirugia-robotica-en-Mexico-presente-o-futuro-20190218-0147.html>.

<https://rgtconsultores.mx/blog/la-impresion-3d-en-la-medicina>.

<https://es.weforum.org/agenda/2023/03/5-innovaciones-que-estan-revolucionando-la-salud-mundial/#:~:text=La%20innovación%20en%20el%20servicios,detectar%20y%20tratar%20las%20enfermedades>.

El paradigma de la salud en México: perspectivas sociales, científicas y éticas

Fernando Manuel Guerrero Meza

Andrea Munguía-Sánchez

El sistema de salud en México ha atravesado diversas transformaciones a lo largo de su historia, impulsadas por factores sociales, culturales, económicos, tecnológicos y éticos. Comprender el proceso evolutivo de la sociedad y el paradigma que la rige en materia de salud es una exigencia fundamental para analizar y atender con eficacia las necesidades reales de la población. Esto no sólo permite evaluar la calidad de la atención médica curativa, sino que también abre la puerta a la implementación de políticas públicas que impulsen un modelo más preventivo, equitativo y centrado en las personas.

En esta propuesta de capítulo se analiza el paradigma actual de la salud en México desde una perspectiva crítica, científica y bioética. Se examina el estado del sistema sanitario, la calidad de la atención, la incorporación de avances tecnológicos y la urgencia de un enfoque ético que reconozca la dignidad humana, especialmente en los grupos más vulnerables. La atención médica no puede entenderse sólo como una prestación de servicios, sino como una obligación del Estado que garantice y proteja los derechos humanos, la dignidad de nuestros pacientes y una práctica clínica con calidad que, como médicos, estamos llamados a ejercer.

Definición

El paradigma se entiende como un conjunto de ideas, métodos y teorías aceptados por una comunidad que permiten establecer modelos de acción para resolver

problemas y responder a eventos en un contexto histórico determinado.[1] En salud, el paradigma refleja la manera en que una sociedad entiende el proceso de salud y enfermedad, así como el papel del Estado, los profesionales de la salud y la ciudadanía para ofrecer una respuesta a la necesidad. No obstante, al igual que el ser humano, la salud y su ejercicio deben adaptarse y transformarse frente a los desafíos que plantea cada época y sus cambios socioculturales.

En México, el paradigma actual sigue estando fuertemente centrado en la atención de la enfermedad por encima de su prevención, en el uso de técnicas tradicionales más que en la ciencia de frontera, y en una visión del paciente como un caso clínico a resolver, en lugar de una persona con valores y múltiples dimensiones que conforman su identidad. Esta perspectiva cosifica al ser humano en un objeto de intervención, ignorando el derecho a una atención integral que respete su integridad en todas las etapas de la vida.

Historia

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, en el seguro popular de 2003 el enfoque ha sido principalmente curativo, asistencialista, orientado a la atención de la población económicamente activa y mínimamente a población vulnerable; posteriormente, tras la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) en 2020 el enfoque fue centralizado buscando atender necesidades más plenas en los derechohabientes.[2]

No obstante, un factor común en estas iniciativas ha sido la escasa inversión en ciencia, investigación e innovación tecnológica. México ha carecido de políticas sólidas que fomenten el desarrollo científico en salud, la producción de evidencia médica local y la incorporación de tecnologías apropiadas. Esta omisión debilita la capacidad del país para responder con eficacia a sus propias necesidades sanitarias.

En bioética, la dignidad humana, el trato justo a poblaciones vulnerables y la integración de comités éticos no han sido prioridades estructurales. La pandemia de covid-19 evidenció esta carencia, observándose la desigualdad entre salud pública y privada, la desconfianza ciudadana y la ausencia de mecanismos institucionales que garanticen decisiones clínicas y políticas éticamente justificadas. La relación entre las instituciones de salud, su personal y los derechohabientes ha presentado fricciones que, lejos de buscar el bien común y el crecimiento social, han favorecido la desconfianza entre los involucrados.[3,4]

Análisis

El sistema de salud en México refleja un modelo en transición. Si bien ha logrado atender algunas necesidades básicas de la población, persisten grandes desigualdades y deficiencias estructurales. Entre los principales problemas está la fragmentación del sistema, lo que genera distintas normativas, duplicidad de funciones, ineficiencia administrativa y diferencias sustanciales en la calidad y cobertura de los servicios.

En el primer nivel de atención se observan carencias en infraestructura, personal capacitado y recursos básicos, lo que limita su capacidad de resolver problemas de salud comunes y prevenir enfermedades. Esto genera una saturación del segundo y tercer nivel, donde se prioriza la atención curativa, costosa y reactiva.[5]

A nivel tecnológico, aunque existen intentos de digitalizar expedientes clínicos e incorporar plataformas de salud digital, su implementación es desigual y frecuentemente sin la capacitación para el personal. Además, la falta de políticas públicas orientadas a la investigación impide la creación de soluciones tecnológicas adecuadas al contexto nacional.[6]

En bioética, existen deficiencias como la falta de comités de investigación y bioética integrados por personal formado en el campo que favorezcan el análisis de temas como son: la producción de protocolos sobre consentimiento informado, la toma de decisiones clínicas en contextos de escasez, la búsqueda de la equidad en el acceso a tratamientos avanzados y la lucha por la dignidad del ser humano mediante un trato humanitario y de calidad.

Factores como la falta de empatía y comprensión, la sobrecarga de trabajo, la precarización laboral y la falta de recursos generan una baja calidad del trato humano.[7] Esto ha provocado una creciente desconfianza de la población hacia el sistema público, lo que aumenta su preferencia por servicios privados, que no todos pueden costear, generando en el paciente no sólo la inquietud por su padecimiento sino además el cómo podrá solventarlo sin afectar a aquellos que están cercanos a él o que incluso dependen de su presencia como sustento de una familia.[8]

El sistema de salud requiere no sólo reformas técnicas, sino una transformación ética, tecnológica y cultural que permita resignificar la atención médica como un derecho humano al cual todos estamos llamados y no como un servicio condicionado por la economía, el nivel social, su accesibilidad o las características personales de cada individuo.[9]

Discusión

A pesar de los esfuerzos realizados, el paradigma de salud en México no ha evolucionado de forma integral. Las reformas implementadas han respondido más a crisis agudas que a una planificación a largo plazo. La realidad es que la salud sigue siendo concebida como un gasto y no como una inversión en bienestar, desarrollo y justicia social.[1]

La falta de coordinación entre niveles de gobierno e instituciones, la ausencia de políticas públicas que favorezcan la investigación, y la desconexión con las necesidades reales de las comunidades son obstáculos que deben ser superados. A esto se suma una ética médica reducida a valores individuales, sin estructuras colectivas que garanticen decisiones compartidas, justas y responsables.

El uso de tecnología avanzada como la inteligencia artificial o los expedientes clínicos electrónicos centrados en el paciente representa una gran oportunidad. Sin embargo, su implementación debe ir acompañada de marcos éticos, formación profesional y políticas de inclusión digital para evitar ampliar la brecha entre zonas urbanas y rurales, o entre usuarios digitalizados y aquellos que no lo están.

La rehumanización de la atención es también un imperativo ético. Sin dignidad en el trato, sin empatía en la consulta, sin tiempo para escuchar, la medicina pierde su sentido. Esta transformación exige revalorar el papel del profesional de la salud como agente ético y social, no sólo técnico. Relegar la ética a un plano secundario y la ausencia de espacios institucionales para deliberar dilemas morales en la práctica clínica, profundizan la crisis actual.[10]

Asimismo, la escasa participación de profesionales de la salud, pacientes y comunidades en la formulación de políticas impide una lectura adecuada de las necesidades locales. La burocratización de los procesos desalienta la innovación y crea apatía entre los trabajadores de salud.

Para generar un sistema sanitario más justo e innovador, resulta prioritario invertir en infraestructura, investigación y formación de recursos humanos con alto sentido ético y científico. Sólo con instituciones sólidas y humanas será posible abordar con eficacia los problemas de salud que enfrenta el país y ofrecer verdaderas opciones de vida a la población.

Propuesta

Para poder generar un cambio del paradigma de la salud en México es necesario implementar una reestructuración de las instituciones y sus reformas administrativas, con ello se propone:

1. La reorientación del modelo de atención enfocado en la prevención y promoción de la salud.
2. Unificar y fortalecer los sistemas de salud para dirigir los esfuerzos al desarrollo de una equidad en el acceso a la salud.
3. Fomentar la participación del personal de salud y los ciudadanos para incentivar una conciencia de autocuidado y corresponsabilidad.
4. Favorecer el desarrollo de normativas que apoyen el progreso innovador, así como atender a las necesidades éticas de la población.
5. Creación de comités de bioética clínica e investigación en todos los niveles del sistema de salud que incentiven la colaboración interinstitucional.
6. Revalorar el papel del profesional de la salud como un agente de cambio desde la perspectiva científica, social y ética, mejorando la imagen de los sistemas de salud y dignificando la labor médica para un crecimiento y fortalecimiento de la relación médico-paciente.

Referencias bibliográficas

- Anand, G., Larson, E. C., y Mahoney, J. T. (2020). Thomas Kuhn on paradigms. *Prod Oper Manag*, 29(7), 1650-1657. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/poms.13188>
- Robledo, Z. (2024). La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 767-773, 17 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15742>
- Olaiz-Barragán, Gustavo F., Tovar-López, Karla A., Cruz-Maya, Berenice, y González-Roldán, Edén. (2022). Bioética y políticas públicas en salud en México. *Gac. Méd. Méx*, 158(3), 144-149. [Revista en la Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000300144&lng=es.Epub 28-Sep-2022. <https://doi.org/10.24875/gmm.22000003>
- Ramírez Alcántara, H. T., y Torres Sánchez, A. T. (2021). La corrupción en el sector salud de México ante la pandemia: Perspectiva de la confianza. *Gye*, 60, 9-25. [citado 11 de abril de 2025]. Disponible en: <https://gestionyestrategia.azc.uam.mx/index.php/rge/article/view/714>
- Islas Cerón, Rubí Guadalupe, Valencia Ortiz, Andrómeda Ivette, Bustos Vázquez, Eduardo, Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos, y Reynoso Vázquez, Josefina. (2020). Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México. *JONNPR*, 5(10), 1163-1178. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-

- text&pid=S2529-850X2020001000008&lng=es. Epub 28-Mar-2022. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3770>
- Díaz de León Castañeda, C. (2020). Tic en el sector público del sistema de salud de México: Avances y oportunidades. *Acta Univ* 30, 1-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2020.2650>
- Baltazar-Gómez, D. Y., Rosas-González, E., García-Rodríguez, I., Ibarra-Gutiérrez, M. J., y Pirez-Lindoro, M. Á. (2022). Relación entre cultura organizacional, satisfacción laboral y desempeño en trabajadores de salud en Querétaro, México. *SANUS*, 7, e295. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36789/revsanus.vi1.295>
- Sáenz Vela, H. M., y Guzmán Giraldo, Á. M. (2021). Determinantes del gasto de los hogares en salud en México. *Probl Desarro*, 52(205). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2021.205.69644>
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., y Colchero, M. A. (2023). Utilización de servicios de salud en México: Cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública Méx*, 65, s15-s22. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14813>
- Narváez, J., Universidad de San Buenaventura, Gómez, E., y Universidad de Cartagena. (2022). La bioética en el ámbito de la formación profesional. Caso Brasil, Colombia y México. *Espac: Cienc Tecnol Desarro*, pp. 76-87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.48082/espacios-a22v43n11p06>

Comparación entre el sistema de salud mexicano y el sistema de salud danés: una perspectiva ética, científica y humanística

Fernando Manuel Guerrero Meza

Andrea Munguía-Sánchez

En México el derecho a la salud está reconocido constitucionalmente y su garantía es responsabilidad del Estado, tanto a nivel federal como estatal, así como de las instituciones públicas y privadas. Sin embargo, la responsabilidad del cuidado de la salud también recae en la sociedad, mediante la práctica del autocuidado, la prevención y la atención oportuna que permitan evitar complicaciones y reducir la carga sobre el sistema.

La calidad de los servicios sanitarios se ve influida por múltiples factores, entre ellos las políticas públicas, la inversión en infraestructura y tecnología, la cultura sanitaria de la población y el desarrollo científico aplicado a la medicina. En este contexto, analizar modelos de salud exitosos, como el sistema de los países nórdicos, en específico el sistema de salud danés puede ofrecer aprendizajes valiosos para reestructurar nuestro propio modelo de atención.

En este capítulo se propone una comparación crítica entre los sistemas de salud de México y de Dinamarca, considerando los factores socioculturales, la organización institucional, la inversión en salud, el uso de la tecnología, y los principios bioéticos que orientan el actuar de los profesionales. La intención es identificar áreas de oportunidad que permitan mejorar la atención, la dignificación de la persona y la práctica médica, en aras de construir un sistema más justo, eficiente y humano.

Definición

Un sistema de salud se define como el conjunto de instituciones, recursos, políticas y acciones organizadas con el propósito de promover, restaurar y mantener la salud de una población.[1] Este sistema debe asegurar la prevención de enfermedades, la atención integral, el acceso equitativo a los servicios y la distribución justa de los recursos disponibles.

El derecho a la salud, reconocido por instrumentos nacionales e internacionales, implica una obligación progresiva del Estado para mejorar constantemente la cobertura, calidad y equidad en el acceso. Este principio de progresividad exige que los avances en tecnología, conocimientos científicos y buenas prácticas se integren de manera activa a los sistemas sanitarios, favoreciendo así el desarrollo humano y social.

La comparación con modelos de primer mundo que están más cerca de un sistema de salud universal, como el danés, permite visibilizar las fortalezas y debilidades del sistema mexicano, ayudando a identificar oportunidades de mejora, generar innovación, promover una atención centrada en las necesidades reales de la población y renovar el respeto a la dignidad humana y a la práctica médica con calidad.[2]

Historia

Los sistemas de salud en México han atravesado diversas etapas en su desarrollo, su objetivo se ha perfilado a buscar generar y priorizar acuerdos, métodos y acciones que contribuyan a la solvencia de las necesidades de las poblaciones.[3]

En México, diversos modelos centralizados y descentralizados han permitido la creación de directrices que han dado soluciones, si bien no del todo perfectas, sí útiles para los principales problemas de salud de nuestro país. Sin embargo, la creciente demanda en la atención a la salud, el cambio social, las necesidades emergentes han hecho necesarios cambios estructurales y jerárquicos en los sistemas de salud; un ejemplo es la creación del IMSS-Bienestar como una forma de centralizar y cubrir a la población no asalariada que carecía de protección en salud.[3]

Entre los principales problemas identificados se encuentran la desigual cobertura entre estados, la baja inversión en infraestructura y tecnología, el gasto de bolsillo elevado para los pacientes y la limitada respuesta ante el aumento de enfermedades crónicas. El sistema mexicano continúa siendo predominantemente curativo y reactivo, con escasa articulación interinstitucional y débil inversión en investigación científica.

Sumado a la creciente población y al cambio en las etiologías de las enfermedades, pasando de cuadros de infecciones agudas a enfermedades crónico-degenerativas, han incrementado el costo en los servicios de salud, generando no sólo un gasto al sector público, sino además al bolsillo de nuestros pacientes.

Por su parte, Dinamarca, a partir de reformas estructurales en los años setenta, ha establecido un modelo altamente organizado y equitativo, en el cual el Estado supervisa, pero las regiones y municipios son responsables de la atención. Las regiones se encargan del primer nivel de atención y de los hospitales, mientras que los municipios gestionan los servicios sociales, la atención dental infantil y la rehabilitación. Esta estructura ha permitido una distribución eficaz de los recursos, atención centrada en la prevención y la implementación de estrategias innovadoras en salud digital y medicina personalizada que se enfoca en la atención de los más vulnerables.[4]

Ambos países comparten el objetivo de alcanzar una cobertura universal. Sin embargo, la forma de lograrlo, los niveles de inversión pública, la participación del sector privado, la jerarquización institucional y el enfoque en la dignidad del paciente difieren profundamente.

Análisis

El desarrollo de un sistema de salud robusto depende no sólo de políticas públicas eficaces, sino también de factores estructurales como el contexto sociocultural, el modelo de gestión, el financiamiento, el nivel educativo de la población, la inversión en investigación científica y el compromiso bioético de sus instituciones.[5,6] Ambos países han creado esquemas de atención a la salud basados en sus experiencias independientes, su cultura y sus necesidades.

Por un lado, México ha buscado el desarrollo de esquemas de atención descentralizados dirigidos por instituciones independientes que sostienen presupuestos distintos, permitiendo diferentes tipos de atención a la población asalariada y un sector de salud general para la población asalariada.[7] Recientemente la búsqueda de un sistema de salud centralizado con el programa IMSS-Bienestar ha buscado favorecer a los derechohabientes con un mayor abanico de oportunidades en relación a tratamientos, técnicas de atención a la salud y coberturas, favoreciendo las opciones de atención, pero aun teniendo la deficiencia de la inversión en tecnologías más innovadores y el desarrollo de investigación que favorezca la ciencia de frontera para dar mejores opciones a las necesidades de los mexicanos.[8]

Por su parte, Dinamarca ha buscado favorecer el desarrollo de sistemas de salud dirigidos por el Estado para ser llevados a la práctica por regiones y

municipios que integran el país. Esta división ha permitido un enfoque más específico, menor carga administrativa para los sectores hospitalarios, mayor inversión en las necesidades de la canasta de beneficios, enfoque en la medicina preventiva y de primer nivel, atención hospitalaria, mental y dental que favorece al pueblo danés, a las personas migrantes y a los residentes extranjeros.[4]

Este enfoque no busca idealizar a los países extranjeros, pero si buscamos el incentivar una mayor inversión al sector salud e interés al área de investigación, por ejemplo, es necesario generar un análisis profundo entre las principales necesidades en salud, los tipos de financiamiento en investigación dirigidos a ello, la cantidad de productos que se crean generar una respuesta a las necesidades y la integración en el trabajo con el sector privado para la búsqueda de financiamiento externo.

En el área bioética es necesario valorar la importancia de poner al ser humano en el punto principal, sus necesidades, sus inquietudes y esperanzas para verlo como un ser dotado de diversos aspectos que generan su ser. La protección a los más vulnerables, el apoyo a las personas de escasos recursos, así como a aquellos que no tienen voz fácilmente escuchada, como los migrantes o las personas con alguna capacidad diferente, merecen nuestra atención y apoyo. Junto a ello, la dignificación de la profesión médica, que actualmente en los niveles de primer nivel pareciera haberse relegado a un puesto administrativo, y en el área hospitalaria se ha visto abrumada por la carga laboral y el desinterés de las autoridades que ignoran las solicitudes de mejoras continuas en recursos materiales y humanos, genera un ambiente de trabajo desalentador y hostil.

Las tecnologías y las capacitaciones constantes, la investigación y el desarrollo ético son pilares fundamentales para mantener un adecuado desarrollo de nuestros sistemas de salud.

Discusión

El objetivo de esta comparación no es idealizar el modelo danés, sino aprender de sus fortalezas para repensar el sistema de salud mexicano con una visión más ética, humana y eficaz. La disparidad entre ambos países refleja diferencias profundas en el valor social que se otorga a la salud, en el compromiso político con la inversión pública, y en la capacidad para integrar tecnología, ciencia y humanismo en la atención médica.

Mientras Dinamarca destina el 10% de su PIB a salud, México invierte alrededor del 5-6%, del cual el 3% pertenece al sector público, lo que limita el desarrollo de infraestructura, la contratación de personal calificado y la innovación científica. Esta diferencia no sólo es presupuestaria, sino filosófica:

implica una decisión colectiva sobre qué tan central es la salud para el bienestar y el desarrollo del país.[2]

Asimismo, el enfoque danés contrasta con la realidad desigual y poco innovadora del sistema mexicano.[9] A esto se suma la ausencia de una cultura bioética institucional sólida, que debería garantizar el respeto a la dignidad humana, especialmente en los grupos más vulnerables: personas en situación de pobreza, migrantes, personas con discapacidad o enfermedades raras.[10]

Propuesta

Con base en el análisis comparativo, se plantean las siguientes estrategias para fortalecer el sistema de salud mexicano:

1. *Reestructuración institucional.* Unificar esquemas de atención para reducir la fragmentación y garantizar una cobertura universal real y equitativa.
2. *Mayor inversión en salud.* Aumentar el porcentaje del PIB destinado al sector salud, priorizando la atención primaria, infraestructura, capacitación profesional y tecnologías emergentes.
3. *Fomento de la investigación.* Impulsar centros de investigación médica y alianzas con universidades, fomentando la ciencia de frontera y la producción de conocimiento adaptado a las necesidades locales.
4. *Fortalecimiento de la bioética.* Integrar comités éticos en todos los niveles del sistema, capacitar al personal en ética clínica y fomentar una cultura del respeto, la empatía y la dignidad del paciente.
5. *Revalorización del médico.* Mejorar las condiciones laborales, promover el desarrollo profesional continuo y dignificar la labor médica como elemento central del sistema.
6. *Participación social y educación sanitaria.* Involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones, promover el autocuidado y la corresponsabilidad en la salud desde un enfoque educativo y cultural.
7. *Adaptación tecnológica responsable.* Implementar tecnologías médicas de manera equitativa, con perspectiva ética y sin dejar atrás a las comunidades vulnerables o digitalmente excluidas.

Referencias bibliográficas

Vargas Ruiz, M. M. (2022). Sistema de salud: Garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. *Rev Latinoam Derecho Soc*, pp. 391-421. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2022.35.17283>

- Basave, J. (2025). *Retos de la economía mexicana: El sector salud*. (1ª edición). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sovilla, B., y Díaz Sánchez, Á. M. (2022). Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México? [Internet]. *Gestión y política pública*. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.60583/gypv.v3i2.1257>
- Magaly, M. (2023). Sistema de salud mexicano: De la descentralización hacia la re-centralización. *Rev Latinoam Derecho Soc*, pp. 193-221. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/ij.24487899e.2023.36.17880>
- Birk, H. O., Vrangbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., et al. (2024). Denmark: Health System Review. *Health Syst Transit*, 26(1), 1-186.
- De la Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, y Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90. [Citado 2025 abr 15]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es. Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Pérez-Orive, Javier, e Ibarra Ponce de León, José Clemente. (2019). Innovación en salud en México: Retos importantes y un largo camino que recorrer. *Salud Pública Méx*, 61(4), 545-548. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000400545&lng=es. Epub 31-Mar-2020. <https://doi.org/10.21149/10431>
- Cotonieto-Martínez, Ernesto. (2020). Evolución de la seguridad social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020). *JONNPR*, 5(7), 740-762. [Citado 2025, abr 15]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000700008&lng=es. Epub 05-Jul-2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3511>
- Madsen, E. B., y Andersen, J. P. (2024). Funding priorities and health outcomes in Danish medical research. *Soc Sci Med*, 360(117347), 117347. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117347>
- Olaiz-Barragán, Gustavo F., Tovar-López, Karla A., Cruz-Maya, Berenice, y González-Roldán, Edén. (2022). Bioética y políticas públicas en salud en México. *Gac. Méd. Méx*, 158(3), 144-149. [Citado 2025, abr 14]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000300144&lng=es. Epub 28-sep-2022. <https://doi.org/10.24875/gmm.22000003>

Epílogo

Alfredo Renan González Ramírez

Las enfermedades en nuestro país tuvieron una transición importante durante los últimos 10 años del siglo xx, si bien se observaron avances en la reducción de las enfermedades infecciosas y un incremento en la esperanza de vida (alrededor de los 74 años para 1999); se presentó un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles (también denominadas crónico-degenerativas) y un incremento en el cáncer, así como la persistencia de importantes desigualdades regionales y estructurales en el sistema de salud.

Las enfermedades del corazón, principalmente las isquémicas, fueron las principales causas de muerte; los tumores malignos y la diabetes *mellitus* comenzaron a incrementarse. Si bien la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyó, se incrementaron las enfermedades crónicas no transmisibles, agregándose la obesidad como factor clave para el desarrollo de éstas.

Se plantearon reformas que sentaron las bases para discusiones y cambios posteriores en el siglo xxi.

Es innegable que la pandemia por covid-19 representó una serie de cambios en la atención a la salud a nivel mundial, exacerbándose muchas de las deficiencias estructurales del sistema de salud, haciendo evidente no sólo la escasez de personal médico capacitado, sino también la burocracia y la desigualdad en la provisión de servicios.

El estado de salud en México en el siglo xxi experimentó una transición epidemiológica significativa, pasando de un predominio de enfermedades infecciosas a un aumento alarmante de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, el sistema de salud mexicano enfrentó y sigue enfrentando importantes desafíos en cuanto a acceso, equidad y calidad de la atención.

La obesidad, asociada a patrones nutricionales inadecuados (mayor consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas) y al sedentarismo, alcanzó

una de las tasas más altas a nivel mundial. En el país, alrededor del 70% de los mexicanos tienen sobrepeso u obesidad, siendo un factor clave en el aumento de la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Las ECNT representan un gasto económico y social importante. Las instituciones de salud son insuficientes, centrándose en una atención curativa más que preventiva, generando desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios por la segmentación de la atención, la seguridad social para trabajadores formales, servicios de asistencia pública y sector privado.

A pesar de los esfuerzos para una ampliación de la cobertura, una parte muy importante de la población carece de los servicios adecuados, afectándose significativamente los aspectos económicos; los recursos limitados para las instituciones públicas afectan la atención al paciente y la investigación.

Persisten desafíos en enfermedades infecciosas, aunque la morbilidad y mortalidad por algunas, como las enfermedades diarreicas agudas en niños, han disminuido. Siguen siendo un problema en ciertas regiones, especialmente en los estados más pobres como Chiapas y Oaxaca.

La mortalidad materna e infantil también sigue siendo un indicador importante de las disparidades en salud; la violencia y los accidentes representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad en México, contribuyendo a la carga de enfermedad en el país.

Es por lo antes manifestado que los integrantes del Colegio Médico de México-Fenacome tomaron la iniciativa de realizar una investigación documentada para expresar cómo vemos el *sistema de salud en México* en los inicios del siglo XXI.

Agradecemos la colaboración de todos aquellos que aportaron su tiempo y conocimiento para el desarrollo de cada uno de los capítulos, a los integrantes del CMM-Fenacome, al ex presidente de este Colegio, doctor José Jaime Gutiérrez Gómez, quien en su gestión inició este trabajo que hoy felizmente termina, con este documento que deseamos sea de utilidad para nuestras autoridades, los profesionales de la salud y para toda la población en general de nuestro país.

A los médicos académicos y clínicos participantes, a instituciones como la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Academia Nacional de Medicina y a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, gracias por su apoyo y participación.

Glosario

Accesibilidad: condición que garantiza que los servicios de salud puedan ser utilizados por todas las personas sin barreras geográficas, económicas, administrativas o culturales.

Acceso a los servicios de salud: posibilidad efectiva de que una persona o población utilice servicios de salud oportunos, adecuados y de calidad.

Aceptabilidad: grado en el que los servicios de salud respetan la ética médica, la confidencialidad y las características culturales y sociales de los usuarios.

Alfabetización en salud: capacidad de las personas para acceder, comprender, evaluar y utilizar información en salud con el fin de tomar decisiones informadas sobre su bienestar y el uso de los servicios de salud.

Alimentación: proceso voluntario por el que el individuo elige los alimentos que va a ingerir atendiendo a su disponibilidad, gustos, hábitos y necesidades. Depende de factores sociales, económicos, psicológicos y geográficos.

Alimentos: según el Código Alimentario Español, son todas las sustancias o productos de cualquier naturaleza, sólidos o líquidos, naturales o transformados, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación sean susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para la normal nutrición humana, como nutritivos o como productos dietéticos, en casos especiales de alimentación humana.

Atención médica reparativa: modelo de atención centrado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad una vez instaurada, con menor énfasis en la prevención y promoción de la salud.

Atención primaria en salud: estrategia fundamental del sistema de salud orientada a la atención integral, continua y accesible, que prioriza la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación comunitaria.

Autoridad sanitaria: instancia gubernamental con atribuciones legales para regular, vigilar y coordinar acciones de protección, promoción y restauración de la salud.

Brote: aparición de dos o más casos relacionados de una enfermedad o evento de salud, por encima de lo esperado en tiempo y lugar determinados.

- Calidad de los servicios de salud:* grado en el que los servicios de salud incrementan la probabilidad de resultados favorables y se apegan a estándares científicos, técnicos, éticos y de seguridad.
- Capacidad de respuesta en salud:* habilidad del sistema de salud para anticipar, detectar y responder de manera oportuna y eficaz a eventos que afectan la salud poblacional.
- Capital social:* conjunto de redes, relaciones, normas y confianza social que facilitan la cooperación y la acción colectiva para mejorar la salud comunitaria.
- Carga de la enfermedad:* impacto global de las enfermedades y lesiones en una población, expresado mediante indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad.
- Caso:* persona que presenta una enfermedad o evento de salud bajo estudio conforme a criterios previamente establecidos.
- Caso confirmado:* persona que cumple criterios clínicos y cuenta con evidencia confirmatoria, generalmente mediante pruebas de laboratorio.
- Caso descartado:* persona que, tras evaluación clínica y/o de laboratorio, no cumple los criterios diagnósticos del evento bajo estudio.
- Caso probable:* persona con signos y síntomas sugestivos de una enfermedad o evento bajo vigilancia que cumple criterios clínicos y/o epidemiológicos.
- Caso sospechoso:* persona con sintomatología inespecífica compatible con una enfermedad o evento bajo vigilancia epidemiológica.
- Clústeres en salud (agrupamientos epidemiológicos):* concentración inusual de casos de una enfermedad o evento de salud en un espacio geográfico o periodo determinado.
- Cobertura sanitaria:* proporción de la población que tiene acceso efectivo a servicios de salud necesarios sin enfrentar dificultades financieras.
- Condiciones de vida:* circunstancias sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con influencia directa en su salud.
- Control de vectores:* conjunto de acciones destinadas a reducir o eliminar organismos transmisores de enfermedades para prevenir su propagación.
- Control social en salud:* participación organizada de la sociedad en la vigilancia, evaluación y exigencia del cumplimiento de políticas y servicios de salud.
- Cooperación internacional en salud:* colaboración entre países y organismos internacionales para enfrentar problemas de salud pública que trascienden fronteras.
- Corresponsabilidad en salud:* principio que reconoce la responsabilidad compartida entre Estado, instituciones, profesionales y población en el cuidado de la salud.

- Declaración de Alma-Ata*: documento internacional de 1978 que establece la atención primaria en salud como estrategia central para alcanzar la salud para todos.
- Defectos al nacimiento*: alteraciones estructurales o funcionales presentes desde el nacimiento que pueden afectar la salud y el desarrollo.
- Definición operacional*: descripción estandarizada y precisa de una enfermedad o evento de salud que permite su identificación uniforme en la vigilancia epidemiológica.
- Derecho a la salud*: derecho humano fundamental que garantiza el acceso a servicios, bienes y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
- Derechos humanos en salud*: aplicación de los principios de derechos humanos al ámbito sanitario, garantizando dignidad, equidad y no discriminación.
- Desarrollo sostenible en salud municipal*: aplicación local del desarrollo sostenible en salud mediante acciones comunitarias y políticas públicas a nivel municipal.
- Desarrollo sostenible en salud*: enfoque que busca mejorar la salud de la población sin comprometer los recursos y oportunidades de las generaciones futuras.
- Desigualdades en salud*: diferencias observables en el estado de salud entre grupos poblacionales asociadas a factores sociales, económicos o territoriales.
- Detección precoz*: identificación temprana de enfermedades o factores de riesgo antes de que se manifiesten de forma clínica avanzada.
- Determinantes estructurales*: factores macro que configuran las posiciones sociales, como políticas públicas, distribución del poder y recursos.
- Determinantes intermedios*: condiciones materiales, psicosociales y conductuales derivadas de los determinantes estructurales.
- Determinantes proximales*: factores individuales y biológicos, como edad y sexo, que influyen directamente en el estado de salud.
- Determinantes sociales de la salud*: factores sociales, económicos, políticos y ambientales que influyen decisivamente en la salud de las personas y poblaciones.
- Diagnóstico poblacional*: análisis sistemático de las condiciones de salud, riesgos y necesidades de una población específica.
- Dieta equilibrada*: aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo, cumpliendo los siguientes objetivos: a) aportar una cantidad de nutrientes energéticos (calorías) que sea suficiente para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico.
- Displasias*: alteraciones del desarrollo de tejidos u órganos con posibles repercusiones funcionales.
- Disponibilidad*: existencia suficiente de servicios, infraestructura, personal y recursos de salud en cantidad y oportunidad adecuadas.

Doble carga de enfermedad: coexistencia de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles en una misma población.

Educación para la salud: proceso educativo orientado a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas favorables para la salud individual y colectiva.

Ejes de desigualdad: características sociales como género, edad, etnia o territorio que estructuran las inequidades en salud.

Endemia: presencia constante o habitual de una enfermedad en una zona geográfica determinada.

Enfermedades crónicas no transmisibles: padecimientos de larga duración, generalmente de progresión lenta, no causados por agentes infecciosos.

Enfermedades exantemáticas: enfermedades infecciosas caracterizadas por erupciones cutáneas.

Enfermedades prevenibles por vacunación: padecimientos cuya incidencia puede reducirse significativamente mediante esquemas de inmunización.

Enfermedades transmisibles: enfermedades causadas por agentes infecciosos que pueden transmitirse directa o indirectamente.

Enfermedades transmitidas por vector: padecimientos transmitidos por organismos vivos como mosquitos o garrapatas.

Enfoque bioético en salud: aplicación de principios éticos en la atención sanitaria, como autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Enfoque comunitario: perspectiva que prioriza la participación activa de la comunidad en la identificación y solución de problemas de salud.

Epidemia: incremento inusual del número de casos de una enfermedad en una población durante un periodo determinado.

Epidemiología espacial: rama de la epidemiología que analiza la distribución geográfica de enfermedades y eventos de salud.

Equidad en salud: principio que busca la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud entre grupos poblacionales.

Estado de derecho: marco jurídico que garantiza el cumplimiento de las leyes y la protección de los derechos, incluido el derecho a la salud.

Etapas de la transición epidemiológica: fases pretransicional, transicional y postransicional caracterizadas por cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad.

Evento de importancia para la salud pública: suceso que, por su magnitud o trascendencia, requiere vigilancia, control o intervención sanitaria.

Eventos de observancia obligatoria: eventos de salud cuya notificación es legalmente obligatoria.

Factores de riesgo: características o exposiciones que incrementan la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

- Fragmentación del sistema de salud:* división del sistema en subsistemas poco coordinados que limitan la eficiencia y la equidad.
- Gobernanza en salud:* procesos y estructuras que orientan la toma de decisiones y la rendición de cuentas en el sector salud.
- Incidencia:* número de casos nuevos de una enfermedad en una población durante un periodo específico.
- Inequidades en salud:* desigualdades injustas, evitables y socialmente determinadas en el estado de salud.
- Infodemia:* exceso de información que dificulta el acceso a datos confiables en salud pública.
- Intersectorialidad:* colaboración coordinada entre sectores para mejorar la salud de la población.
- Inversión de la pirámide poblacional:* fenómeno demográfico caracterizado por el envejecimiento poblacional.
- Justicia social en salud:* distribución justa de recursos y oportunidades para alcanzar el bienestar en salud.
- Marco normativo en salud:* conjunto de leyes, reglamentos y normas que regulan el sistema de salud.
- Modelo médico europeo de la época colonial:* modelo histórico de atención basado en la medicina occidental introducida durante el periodo colonial.
- Modelo médico:* conjunto de principios y prácticas que orientan la atención de la salud y la enfermedad.
- Modelo preventivo en salud:* enfoque que prioriza acciones dirigidas a evitar la aparición, progresión o complicaciones de enfermedades.
- Monitoreo remoto de pacientes:* seguimiento clínico a distancia mediante tecnologías de la información y la comunicación.
- Morbilidad:* frecuencia de enfermedades o eventos de salud en una población.
- Mortalidad:* número de defunciones en una población durante un periodo determinado.
- Neoplasias:* crecimiento anormal de células que puede dar lugar a tumores benignos o malignos.
- Notificación epidemiológica:* comunicación sistemática y obligatoria de casos o eventos de salud a la autoridad sanitaria.
- Nutrición:* proceso por el cual el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias, lo que permite el crecimiento, mantenimiento y reparación del organismo. Con excepción de la ingesta del alimento, el resto del proceso es involuntario.
- Nutrientes:* componentes de los alimentos a partir de los cuales el organismo es capaz de desempeñar las funciones de crecimiento, reparación tisular y

- reproducción y puede producir movimiento, calor o cualquier otra forma de energía, así como regular estas funciones.
- Nutriólogo*: profesional capaz de brindar atención nutricional a individuos sanos, en riesgo o enfermos, así como a grupos de los diferentes sectores.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible*: agenda global que establece metas para mejorar la salud, la equidad y el bienestar social.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)*: agencia especializada de la ONU responsable de la dirección y coordinación de la salud internacional.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)*: organismo regional de la OMS encargado de la cooperación técnica en salud en las Américas.
- Pandemia*: epidemia que se extiende a varios países o continentes y afecta a un gran número de personas.
- Paradigma de la salud*: conjunto de ideas dominantes que orientan la comprensión y práctica de la salud en un periodo histórico.
- Participación social en salud*: intervención activa de la comunidad en la planeación, ejecución y evaluación de acciones sanitarias.
- Perfil epidemiológico*: descripción de la distribución y frecuencia de enfermedades y eventos de salud en una población.
- Políticas públicas en salud*: decisiones y acciones del Estado orientadas a proteger y mejorar la salud poblacional.
- Políticas públicas inclusivas*: políticas diseñadas para reducir desigualdades y garantizar equidad en salud.
- Prevalencia*: proporción de personas que presentan una enfermedad en un momento o periodo determinado.
- Prevención primaria*: acciones dirigidas a reducir la incidencia de enfermedades.
- Prevención primordial*: acciones orientadas a evitar la aparición de factores de riesgo.
- Prevención secundaria*: acciones para detectar enfermedades de forma temprana y reducir su prevalencia.
- Prevención terciaria*: acciones destinadas a reducir secuelas, discapacidad y sufrimiento.
- Primer nivel de atención*: primer contacto de la población con el sistema de salud.
- Promoción de la salud*: proceso que permite a las personas y comunidades aumentar el control sobre los determinantes de la salud.
- Promotores de salud comunitaria*: actores sociales que facilitan acciones de salud dentro de sus comunidades.
- Protección financiera*: mecanismos que evitan el empobrecimiento asociado a gastos en salud.
- Reingeniería de servicios de salud*: rediseño estructural y funcional de los servicios para mejorar eficiencia y calidad.

- Rendición de cuentas:* obligación institucional de informar y justificar acciones, decisiones y resultados.
- Salud global:* campo que aborda problemas de salud que trascienden fronteras nacionales.
- Salud pública:* disciplina orientada a la prevención de enfermedades, la prolongación de la vida y la promoción de la salud colectiva.
- Sistema de alerta temprana:* mecanismo para detectar oportunamente riesgos o eventos de salud y activar respuestas preventivas.
- Sistema de salud:* conjunto de organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo es mejorar la salud de la población.
- Sistema Nacional de Salud:* estructura que integra las instituciones y servicios de salud de un país.
- Sistemas de información en salud:* herramientas para la recopilación, análisis y uso de datos sanitarios.
- Telemedicina:* prestación de servicios de salud a distancia mediante tecnologías digitales.
- Transición epidemiológica:* proceso de cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad de una población a lo largo del tiempo.
- Universalidad del sistema de salud:* principio que garantiza el acceso a servicios de salud para toda la población sin discriminación.
- Vigilancia epidemiológica espacial:* aplicación del análisis geográfico a la vigilancia de eventos de salud.
- Vigilancia epidemiológica:* recopilación, análisis e interpretación sistemática de datos sobre enfermedades o eventos de salud para orientar la acción sanitaria.
- Vigilancia ocupacional:* seguimiento sistemático de riesgos y daños a la salud relacionados con el trabajo.
- Vigilancia sindromática:* monitoreo de conjuntos de signos y síntomas para detectar tempranamente eventos de salud.
- Zoonosis:* enfermedades transmitidas de manera natural entre animales vertebrados y seres humanos.

Siglas y abreviaturas

Acanemed: Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México, A. C.

ACP: American College of Physicians.

AMC: Academia Mexicana de Ciencias, A. C.

Ameneq: Asociación de Médicos Nefrólogos de Querétaro, A. C.

AMFEM: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.

AMGG: Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátría, A. C.

AMINP: Asociación Médica del Instituto Nacional de Pediatría, A. C.

AMJ: Asociación Médica de Jalisco, A. C.

AMMEF: Asociación Mexicana de Médicos en Formación.

AMOHHP: Agrupación Mexicana de Onco-Hematología Pediátrica, A. C.

ANMM: Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

APS: Atención primaria en salud.

Astro: Reunión Anual de la Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterápica.

CAMEQ: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro.

CEASS: Centro de Educación y Atención en la Salud y la Sexualidad, A. C.

Cecliq: Centro de Estudios Clínicos de Querétaro.

CDMX: Ciudad de México.

CIBA: Centro de Investigación Biomédica Avanzada.

CIGE-Salud: Colegio de Innovación y Gestión en Salud, A. C.

CIFRHS: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

CMCPMX: Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A. C.

CMH: Consorcio Mexicano de Hospitales.

CMIM: Colegio de Medicina Interna de México, A. C.
 CMM: Colegio Médico de México, A. C.
 CMMI: Consejo Mexicano de Medicina Interna, A. C.
 CMN: Centro Médico Nacional.
 CMO: Consejo Mexicano de Oncología, A. C.
 CMOT: Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.
 COMAEM: Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A. C.
 Conahcyt: Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías.
 Confemel: Confederación Médica Latinoiberoamericana y del Caribe.
 Coscami: Centro Médico Coscami.
 Covid-19: Acrónimo de Coronavirus Disease 2019.
 CRIT: Centro de Rehabilitación Teletón.
 CSG: Consejo de Salubridad General.
 CUCS: Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
 DGCES: Dirección General de Calidad y Evaluación en Salud.
 DSS: Determinantes sociales de la salud.
 ENMH: Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.
 ESAVI: Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización.
 ESTRO: The European Society of Radiotherapy.
 ETAC: Estudios Tecnológicos y Avanzados para la Comunidad.
 FaSPyN: Facultad de Salud Pública y Nutrición.
 Fepece: Federación Pediátrica del Centro, A. C.
 Femecot: Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología A. C.
 Fenacome: Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, A. C.
 FEUAQ: Federación de Estudiantes Universitarios de Querétaro.
 GAVI: Organización internacional para la alianza para la vacunación.
 H: Honorable.
 HGZ: Hospital General de Zona.
 HGR: Hospital General Regional.
 HITO: Hospital Infantil Teletón de Oncología.
 HTOLV: Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes.
 IDHEAL: Iniciativa por los Derechos Humanos en los Adultos Mayores, A. C.

IESCH: Instituto de Estudios Superiores de Chiapas.
IFMSA: International Federation of Medical Students Association.
IHI: Institute for Healthcare Improvement.
ILCE: Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa.
IME: Instituto de los Mexicanos en el Exterior.
IMIEM: Instituto Materno Infantil del Estado de México.
IMIN: Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas.
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-Bienestar: Programa de Atención a la Salud para Personas sin Seguridad Social.
INP: Instituto Nacional de Pediatría.
Inper: Instituto Nacional de Perinatología.
INSP: Instituto Nacional de Salud Pública.
IPADE: Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas.
IPN: Instituto Politécnico Nacional.
ISN: Sociedad Internacional de Nefrología.
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
ISSSTECali: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California.
ITESM: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
MCC: Maestría en Certificación y Calidad.
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OOAD: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS.
OPD: Organismos Públicos Descentralizados de Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
PBI: producto interno bruto.
Pemex: Petróleos Mexicanos.
Prodep: Programa para el Desarrollo Profesional Docente de la Secretaría de Educación Pública, México.
SECIHTI: Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación.
Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional de México.

SEOR: Sociedad Española de Oncología Radioterápica.
 SEP: Secretaría de Educación Pública.
 SESEQ: Secretaría de Salud del Estado de Querétaro.
 SIOP: International Society of Paediatric Oncology.
 Somera: Sociedad Mexicana de Radioterapeutas, A. C.
 Sonagem: Sociedad Nacional de Gerontología y Geriátría de México, A. C.
 SMeO: Sociedad Mexicana de Oncología, A. C.
 SMGE: Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, A. C.
 SNI: Sistema Nacional de Investigadores.
 SRE: Secretaría de Relaciones Exteriores.
 SSA: Secretaría de Salud.
 St. Jude: St. Jude Children's Research Hospital.
 UAEMéx: Universidad Autónoma del Estado de México.
 UABC: Universidad Autónoma de Baja California.
 UADY: Universidad Autónoma de Yucatán.
 UAM: Universidad Autónoma Metropolitana.
 UAQ: Universidad Autónoma de Querétaro.
 UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León.
 UASLP: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
 UDEM: Universidad de Monterrey.
 UJED: Universidad Juárez del Estado de Durango.
 UNACH: Universidad Autónoma de Chiapas.
 UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.
 UVM: Universidad del Valle de México.

Semblanzas curriculares de autores

Rodrigo Miguel González Sánchez

Médico, pediatra e infectólogo. Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel candidato. Profesor titular de Pediatría I y Microbiología en la Facultad de Medicina, UAQ. Autor y editor en jefe del libro *Pediatría de primer contacto* (Intersistemas, 2021). Ex presidente del Colegio Médico de Querétaro, A. C. Padre de familia.

Georgina Elizabeth Félix Bermúdez

Médica general por la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), especialista en Pediatría e Infectología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), egresada del Instituto Nacional de Pediatría (INP). Prevencionista de infecciones por el St. Jude Children's Research Hospital. Formada en Ciencias de la Mejora por St. Jude Global Metrics and Performance Unit e Institute for Healthcare Improvement (IHI). Docente de pregrado en la Facultad de Medicina, UAQ. Subdirectora de Atención Médica en el Hospital Infantil Teletón de Oncología (HITO), Querétaro. Coautora y editora del libro *Pediatría de primer contacto* (Intersistemas, 2021).

Alfredo Renán González Ramírez

Médico cirujano por la UNAM, especialista en docencia, maestro en Nutrición y doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Profesor-investigador en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI). Ex director de la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC. Ha presidido organizaciones médicas nacionales como el CMM/Fenacome. Presidente actual del Consejo Consultivo del CMM/Fenacome.

Jaime José Gutiérrez Gómez

Médico cirujano y especialista en Ortopedia, egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Fue director de la Escuela de Medicina Pablo Guardado Chávez en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Ex presidente del CMM/Fenacome y del Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C. (CMOT). Se ha desempeñado como segundo vicepresidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel). Cuenta con amplia trayectoria en liderazgo médico y gestión académica.

Martha Catalina Zalapa Covarrubias

Médica cirujana y partera por la UNAM, especialista en Medicina Familiar y Salud Pública. Maestra en Medicina Social y en Evaluación de Políticas Públicas. Fundadora del Colegio de Innovación y Gestión en Salud, A. C. (CIGE-Salud), Coincidir Mujeres, A. C., e Iniciativa por los Derechos Humanos en los Adultos Mayores, A. C. (IDHEAL). Secretaria Técnica del CMM/Fenacome. Consultora independiente en gestión pública y políticas de salud.

Irma Archundia Riveros

Médica cirujana por la UNAM. Especialista en Medicina Interna por el Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMN Siglo XXI), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con aval de la UNAM. Maestra en Ciencias Biológicas por la UNAM. Coordinadora de la Zona Sur del Colegio Médico de México, A. C. (CMM). Ex presidenta del Colegio Médico de Quintana Roo, A. C.

Editores

Rodrigo Miguel González Sánchez (véase sección de autores).

Georgina Elizabeth Félix Bermúdez (véase sección de autores).

Índice y semblanzas curriculares de colaboradores

Lucía Magdalena Allen Hermosillo

Médica cirujana y partera, especialista en Medicina Física y Rehabilitación por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y la UNAM. Responsable del servicio de Electrodiagnóstico del Centro de Rehabilitación Teletón (CRIT), Fundación Teletón, Quintana Roo. Ex presidenta de la Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, A. C. Ex directora de la Jurisdicción de Servicios de Salud No. 2, Tijuana, Tecate y Rosarito. Vicepresidenta del Colegio Médico de Quintana Roo, A. C. (Cap. 26).

Santa María del Consuelo Álvarez Molina

Licenciada en Optometría por la UNAM y doctora en Educación. Actualmente cursa la especialidad de Ética de las Investigaciones en la UAQ. Se desempeña como docente y jefa de Enseñanza y Educación Continua de la Licenciatura en Optometría en la Facultad de Medicina, UAQ. (Cap. 25).

Irma Archundia Riveros (véase sección de autores).

(Cap. 3).

María Concepción Arellano Salazar

Licenciada en Nutrición por la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FASPYN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Docente de pregrado, supervisora y tutora en la FASPYN, UANL. Educadora en diabetes en la Facultad de Medicina, UANL. Maestra en Certificación y Calidad (MCC) por la Universidad José Martí de Latinoamérica. Presidenta del Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad, A. C. (Cap. 22).

Edgardo Arredondo Gómez

Médico especialista en Ortopedia y Traumatología por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), certificado y recertificado por el CMOT. Ex profesor titular de la especialidad en el Hospital General Regional (HGR) núm. 1, IMSS, Mérida, Yucatán. Ex presidente y fundador del Colegio Yucateco de Ortopedia y Traumatología, A. C. Escritor y editorialista del Grupo Fórmula, Mérida. Reconocimiento al Mérito Médico por el Colegio de Médicos de Yucatán, A. C.

(Cap. 2).

Ma. de Lourdes Arvizu Valencia

Cirujana dentista, especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, certificada por la Asociación Mexicana de Ortodoncia, A. C. y la World Federation of Orthodontics. Cuenta con 21 años de experiencia docente en el posgrado de Ortodoncia. Actualmente es coordinadora de la Licenciatura y los Posgrados en Odontología de la Facultad de Medicina de la UAQ.

(Cap. 24).

Elisa Rebeca Asencio Rentería

Licenciada en Odontología, con Maestría en Educación y Doctorado en Ciencias en el área de Alta Dirección. Cuenta con 16 años de experiencia como docente de pregrado y posgrado en Odontología y Ortodoncia en la UAQ.

(Cap. 23).

Ariadna Daniela Barajas Arteaga

Médica cirujana y partera por la Escuela de Medicina de la Universidad Saint Luke, Ciudad de México (CDMX). Ayudante de investigadora nacional SNI-3 en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN) y en el Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud (SSA).

(Cap. 49).

Raúl Carrillo Esper

Médico cirujano por la Universidad La Salle, con mención honorífica. Especialista en Medicina Interna, Medicina del Enfermo en Estado Crítico y Anestesiología, por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, con certificación vigente por los consejos nacionales correspondientes. Académico emérito de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C. y actual presidente de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Profesor titular de posgrado de la UNAM, con amplia trayectoria en formación de especialistas en medicina crítica y anestesiología. Autor y editor de múltiples libros y revistas médicas, con

más de 400 publicaciones científicas indexadas. Ha sido presidente de diversas sociedades médicas nacionales y coordinador de múltiples consensos clínicos. Reconocido con premios nacionales por su labor académica y docente.

(Cap. 40).

María Elena Guadalupe Casillas García

Médica familiar. Jefa del Departamento de Enseñanza e Investigación Clínica de Medicina Familiar núm. 3 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Presidenta del Colegio Jalisciense de Medicina Familiar, A. C. Tesorera de la Asociación Médica de Jalisco, A. C. (AMJ).

(Cap. 31).

Nora Angélica Castro Montes

Médica cirujana por la UAQ y especialista en pediatría por el INP. Doctora en Educación por la Universidad Mondragón y doctorante en Derechos Humanos. Cuenta con maestrías en Gestión y Dirección en Servicios de Salud, Bioética y Ciencias de la Familia. Ha sido subdirectora estatal de Enseñanza, Investigación y Capacitación en la Secretaría de Salud de Querétaro (SESEQ). Ex directora de carrera en la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac Querétaro. Docente de pregrado y posgrado en la Universidad Anáhuac y el ITESM.

(Cap. 51).

Manuel Alberto Castro Zamora

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), maestro en Administración de Organizaciones del Sector Salud y doctorante en Administración de Negocios. Adscrito al ISSSTECALI e IMSS-Bienestar. Profesor de Medicina en la UABC. Encargado de la Comisión de Bioética del CMM. Secretario técnico de la Federación Médica de Baja California. Vocal de la Comisión Estatal de Bioética de B. C. y encargado de la Comisión de Bioética del CMM/Fenacome, A. C.

(Caps. 14, 16, 19).

Belinda Cázares Gómez

Médica cirujana por la Facultad de Medicina de la UNAM. Ex presidenta del CMM/Fenacome. Ex presidenta del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A. C. Miembro del Consejo Consultivo del CMM. Miembro fundadora del Colegio de Bariatría, A. C. y de la Academia Mexicana para el Estudio de la Obesidad, A. C. Actualmente es subdirectora médica del Hospital “Dr. Darío Fernández Fierro”, ISSSTE.

(Cap. 41).

Felipe Chavelas Ochoa

Médico especialista en Neurocirugía y Neurocirugía Pediátrica. Cuenta con diplomados en Administración de Hospitales y en Derecho Sanitario. Maestro en Sistemas de Gestión en Calidad en Salud. Ha desarrollado su práctica profesional en el ámbito clínico y en gestión de servicios de salud.

(Cap. 38).

Patricia Clark

Médica reumatóloga y epidemióloga clínica, con maestría y doctorado en Ciencias Médicas por la Universidad de McMaster, Canadá, y la UNAM. Profesora titular A de tiempo completo de la Facultad de Medicina de la UNAM. Investigadora emérita del SNI, Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Coordinadora del área de Epidemiología Clínica del programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM. Secretaria del Consejo de Salubridad General (CSG). Cuenta con más de 170 artículos científicos y 20,000 citas internacionales.

(Cap. 15).

Jesús Fernando Colunga González

Médico cirujano y partero por la Facultad de Medicina de la UANL. Especialista en Medicina Interna por la Facultad de Medicina de la UANL-IMSS. Maestro en Bioética por el Colegio de Bioética de Nuevo León, A. C. Socio emérito del Colegio de Médicos Cirujanos de Nuevo León, A. C., y del Colegio de Medicina Interna del Noreste, A. C.

(Cap. 7).

Jasein Haddad Cortés Ahumada

Licenciado en Derecho por la UNAM, con especialidad en Mediación y Medios Alternativos de Solución de Conflictos. Asesor jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro (CAMEQ).

(Cap. 39).

Fernando José Cruz López

Médico cirujano con especialidad en Cirugía General. Adscrito al Hospital General de Querétaro. Subcomisionado de recepción y seguimiento de quejas y de divulgación de la CAMEQ.

(Cap. 39).

Paulina Cruz López

Estudiante del décimo semestre de la Facultad de Medicina de la UAQ. Ha participado como oficial local del Comité Permanente de Salud Pública de la International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA), UAQ. Cuenta con formación en políticas de drogas, Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), prevención de la autolesión y el suicidio, e hipertensión, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

(Cap. 17).

José Antonio Danel Beltrán

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Director de la Clínica Hospital Cancún, ISSSTE. Subdelegado médico del ISSSTE en Quintana Roo. Jefe del Departamento de Desarrollo de Unidades Hospitalarias de la Subdirección General Médica, ISSSTE. Director de Innovación y Calidad en Salud, SSA, Quintana Roo. Presidente del Colegio Médico de Quintana Roo, A. C., y comisario del CMM.

(Cap. 12).

Agustín de la Isla León

Catedrático-investigador de la Universidad Autónoma de Querétaro, con más de 22 años de trayectoria académica. Miembro activo de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, A. C. (SMGE), Academia de Historia. Egresado del Posgrado de Endodoncia, con experiencia como profesor en Odontología Forense y coordinador del Posgrado en Odontología. Fundador de la Licenciatura en Odontología de la Facultad de Medicina de la UAQ. Docente en la carrera de Ingeniería en Nanotecnología, con líneas de investigación en nuevos materiales dentales y en identificación de ADN a partir de células odontológicas. Autor de proyectos de divulgación histórica sobre Querétaro y promotor de la creación de la filial queretana de la SMGE.

(Semblanza del doctor Eduardo Liceaga Torres).

Danfne Goretti Delgado Machuca

Médica cirujana y partera por la Universidad de Colima. Especialista en Acupuntura Humana por la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (ENMH), IPN. Cuenta con diplomados en nutrición clínica, bariatría y síndrome cardiometabólico. Maestra en Psicoterapia de Pareja y Sexualidad, Sexualidad y Equidad de Género, y en Educación de la Sexualidad Humana, por el Centro de Educación y Atención en la Salud y la Sexualidad, A. C. (CEASS), Secretaría de Educación Pública (SEP), Jalisco. Presidenta del Colegio de Médicos del Estado de Colima,

A. C., consejera de comités de salud en la SSA, Colima. Directora de la Unidad de Medicina Integral Médica Sur, Colima.

(Caps. 54, 58).

Ingrid Nohemí Durán Martínez

Licenciada en Administración por la UAQ, con Maestría en Alta Dirección. Directora del Clúster Queretano Médico y de Salud, A. C. Cuenta con experiencia en gestión de calidad, recursos humanos y liderazgo de proyectos estratégicos en instituciones de salud públicas y privadas. Coordinadora de procesos de certificación hospitalaria y promotora de alianzas interinstitucionales para el fortalecimiento del sector salud.

(Cap. 43).

Ramón Ignacio Esperón Hernández

Médico cirujano y maestro en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY); Doctorado en Investigación Educativa por la Universidad de Granada, con mención Cum Laude. Profesor titular e investigador en currículo y competencias. Ha dirigido más de 70 tesis y publicado más de 50 trabajos. Investigador titular del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Actualmente es presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM).

(Cap. 45).

Georgina Elizabeth Félix Bermúdez (véase sección de autores).

(Cap. 57).

Juan Manuel Fraga Sastrias

Médico con maestrías en Liderazgo Educativo y Gestión de Emergencias, doctorado en Ciencias de la Salud y postdoctorado en Ciencias Transdisciplinarias. Director del Cancer Center Tec 100, Querétaro. Fundador de Asesores en Emergencias y SimAcademy. Especialista en educación en salud, simulación clínica y certificaciones internacionales. Colaborador en asociaciones académicas y conferencista internacional.

(Cap. 43).

Judith Valeria Frías Becerril

Doctora en Administración por la UAQ. Maestra en Gestión Directiva en Salud por la Universidad del Valle de México y en Ciencias de Enfermería por la UAQ. Especialista en Salud Pública y licenciada en Enfermería por la UAQ. Directora de la Facultad de Enfermería. Subjefa de Enfermeras de la SESEQ en el Hospital

General de Querétaro. Integrante del Cuerpo Académico “Educación, cuidado y promoción en salud”.

(Cap. 21).

Norma del Carmen Galindo Sevilla

Doctora en Ciencias en Inmunología e investigadora nacional SNI nivel 2. Investigadora en Ciencias Médicas del Departamento de Infectología e Inmunología Perinatal del Instituto Nacional de Perinatología (Inper), SSA. Profesora de maestría y doctorado en la Escuela Superior de Medicina, IPN. Tesorera de la Sociedad Mexicana de Parasitología, A. C. Académica numeraria de la ANMM.

(Cap. 49).

María Guadalupe Galván Salcedo

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesora-investigadora titular de la Universidad de Guadalajara. Presidenta de la AMJ, Colegio Médico, A. C.

(Cap. 31).

Fernando Ramón García García

Médico especialista en Nutriología Clínica y Obesidad por la UDEM. Profesor en la Escuela de Nutrición de la UDEM. Diplomado en Nutrición Clínica y Obesidad por la UANL y en Nutriología y Obesidad por la UDEM y la Universidad de Monterrey. Ex presidente del Colegio de Médicos Cirujanos del Estado de Nuevo León, A. C., y del Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad, A. C. Director médico de la Clínica CliO, Monterrey, N. L.

(Cap. 22).

Jorge Luis García Macías

Médico especialista en Medicina de Urgencias. Decano de la UDEM. Maestro en Gestión Directiva en Salud y en Ciencias de la Educación. Vicepresidente de la AMFEM. Ha sido vocal del Comité Directivo del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A. C. (COMAEM). Médico adscrito al Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad.

(Cap. 45).

María Micaela García Zárate

Licenciada en Enfermería. Jefa de Enfermeras del Hospital “Valentín Gómez Farías” del Instituto ISSSTE, Guadalajara. Vocal de Asuntos Culturales de la AMJ.

(Cap. 31).

Didier Gómez Trujillo

Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), especialista en Ortopedia por el Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes (HTOLV), IMSS, y certificado por el CMOT. Maestro en Docencia en Ciencias de la Salud por la UNACH. Doctor en Administración y en Salud Pública y Gestión Sanitaria por el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas (IESCH). Integrante del Comité Científico de la Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología, A. C. (Femecot). Escritor y poeta.

(Caps. 5, 13, 28).

Filiberto Isaac Gómez Mendoza

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista formado en el CMN La Raza, IMSS, con aval de la UNAM. Maestro en Administración de Organizaciones de Salud por la Universidad Latinoamericana. Director del Hospital General de Zona núm. 14 con Unidad de Quemados (HGZ 14 UQ), IMSS, Hermosillo, Sonora. Cuenta con diplomados en Gestión de Calidad en Unidades Médicas, Planeación Didáctica, IMSS, y de Farmacoeconomía de Medicamentos de Alto Costo, ITESM.

(Caps. 27, 29).

Rubén Antonio Gómez Mendoza

Médico especialista en Medicina Interna. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública. Gobernador por el Capítulo México del American College of Physicians. Ex presidente del Colegio de Medicina Interna de México, A. C. (CMIM). Consejero titular del Consejo Mexicano de Medicina Interna, A. C. (CMMI). Coordinador y titular del área médica del Honorable (H.) Consejo Técnico del IMSS.

(Caps. 27, 29).

María Elena González Álvarez

Médica especialista en Ginecología y Obstetricia por la SSA. Presidenta del CMM/Fenacome. Ex presidenta de la Sociedad de Climaterio, Menopausia y Osteoporosis de Yucatán, A. C., y ex vicepresidenta del Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A. C. Ex secretaria técnica, ex secretaria administrativa y ex vicepresidenta de la Fenacome. Primera mujer en recibir la Medalla Eduardo y Francisco Laviada Arrigunaga y el Reconocimiento al Mérito Médico por el H. Congreso del Estado de Yucatán.

(Cap. 2).

Marcela González de Cossío

Médica especialista con más de 45 años de trayectoria en atención y educación médica. Ha ocupado cargos directivos y académicos en la UNAM, ISSSTE, SSA y SEP, incluyendo jefaturas, subdirecciones y direcciones nacionales de Enseñanza e Investigación. Fue secretaria técnica de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Participante en grupos de trabajo de la OPS en formación de recursos humanos en salud. Actualmente es presidenta de la Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México, A. C. (Acanamed y DPC). Vicepresidenta del Nodo Estado de México del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE). (Cap. 44).

Rodrigo Miguel González Sánchez (véase sección de autores).

(Caps. 11, 32, 34).

Fernando Manuel Guerrero Meza

Médico cirujano por la Universidad del Noreste, Tampico. Maestro y doctor en biomedicina por la UAQ. Docente en medicina y bioética, con experiencia en asesoría y dirección de proyectos académicos en medicina, ingeniería y biotecnología. Investigador en el Centro de Investigación Biomédica Avanzada (CIBA), Facultad de Medicina, UAQ, y en el Centro de Estudios Clínicos de Querétaro (Cecliq). Su área de publicación incluye medicina, salud coronaria y químicos disruptores. Colabora en proyectos académicos con la Universidad de Aarhus, Dinamarca. (Caps. 62, 63).

Isaura Guevara Guerrero

Estudiante de sexto semestre de la Facultad de Medicina de la UAQ. Participa en la línea de investigación en epidemiología de la enfermedad de Parkinson en el estado de Querétaro. Ha cursado la Masterclass de fisiología “El vínculo entre las ciencias básicas y la medicina”, impartida por John E. Hall, Ph. D., autor de Guyton & Hall. (Cap. 17).

Jaime José Gutiérrez Gómez (véase sección de autores).

(Prólogo).

Víctor Manuel Gutiérrez Gómez

Médico especialista en pediatría. Director de Enseñanza e Investigación del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM). Catedrático de Pediatría

en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Miembro de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C., ex presidente de la Academia Mexiquense de Medicina, A. C., y presidente de la Federación Pediátrica del Centro, A. C. (Fepece).

(Cap. 32).

José Halabe Cherem

Médico cirujano por la UNAM y especialista en medicina interna por el IMSS. Certificado por el CMMI, del cual fue presidente. Director del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC. Profesor titular del curso de Medicina Interna en dicha institución.

(Cap. 50).

Liz Hamui Sutton

Doctora en Ciencias Sociales. Académica de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Miembro de la ANMM. Investigadora nacional, SNI nivel 3.

(Cap. 50).

Adrián Enrique Hernández Muñoz

Médico general por la UAQ y doctor en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Miembro del SNI y profesor de tiempo completo de categoría III en la Facultad de Medicina. Pertenecer a los núcleos básicos de la Universidad de Guadalajara. Cuenta con más de 15 artículos y capítulos de libro. Sus líneas de investigación incluyen salud mental, educación en áreas clínicas y teoría social aplicada a la salud.

(Caps. 17, 55).

José Manuel Hernández Barrera

Médico internista certificado por el CMMI. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública. Fellowship del American College of Physicians (ACP). Miembro de la mesa directiva del CMIM y del Consejo Directivo del Capítulo México del ACP. Coordinador de Programas Médicos en la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.

(Caps. 27, 29).

Ismael Francisco Herrera Benavente

Pediatra infectólogo egresado del INP y de Pediatric Infectious Diseases de la University of Texas Health Science Center at Houston. Ex jefe del Departamento

de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Miembro titular de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C. Ex presidente de la Asociación Mexicana de Vacunología, A. C. Director de la Facultad de Medicina de la UASLP.

(Cap. 33).

María Valeria Jiménez Báez

Médica familiar. Maestra en Ciencias de la Salud y doctora en Ciencias de la Educación. Investigadora nacional, SNI nivel I. Miembro de la Red Mexicana de Investigadores en Medicina Familiar, A. C., y del Grupo de Mujeres Científicas e Investigadoras. Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional del IMSS, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal, Quintana Roo.

(Cap. 6).

Alberto Juárez Lira

Licenciado médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Maestro en Salud Pública y doctor en Ciencias de la Salud por la UAQ. Profesor de tiempo completo en la UAQ, con perfil deseable Prodep (Programa para el Desarrollo Profesional Docente), SEP. Su línea de investigación es ciencia de datos y salud, enfocada en integración, procesamiento, análisis y visualización de datos sanitarios.

(Cap. 60).

Víctor Manuel López Morales

Médico pediatra por la UAQ. Maestro en Psicopedagogía por la Universidad Internacional de La Rioja, México, y doctor en Investigación y Docencia por la Universidad Centro Panamericano de Estudios Superiores. Profesor de tiempo libre en la Licenciatura en Fisioterapia de la Facultad de Enfermería de la UAQ. Encargado del programa “Madre Canguro” del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro, SESEQ.

(Cap. 21).

Vanessa Elizabeth López Zapata

Estudiante de medicina en la UAQ. Coordinadora del Laboratorio Satélite AGPHI en la UAQ. Ha colaborado en la redacción de publicaciones científicas en áreas clínicas y epidemiológicas, así como en diversos proyectos de investigación.

(Cap. 55).

Antonio Luévanos Velázquez

Infectólogo pediatra, egresado del antiguo Hospital Civil de Guadalajara. Profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (CUCS). Miembro de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C., y vicepresidente del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A. C. (CMCPMX).

(Cap. 35).

Alejandro Ernesto Macías Hernández

Médico internista e infectólogo. Catedrático de tiempo completo de la Universidad de Guanajuato. Investigador nacional, SNI nivel III. Académico titular de la ANMM.

(Cap. 11).

Javier Mancilla Ramírez

Investigador nacional, SNI nivel III, y doctor en Ciencias Médicas. Director de la Escuela Superior de Medicina del IPN. Profesor de Pediatría y Neonatología en la Facultad de Medicina de la UNAM, sede Hospital de la Mujer, SSA. Académico titular y presidente del Departamento de Medicina de la ANMM.

(Cap. 49).

Carlos Eduardo Medina de la Garza

Médico cirujano y partero por la UANL. Diplomado en Medicina Tropical, Parasitología y Salud Pública por el Instituto Bernhard Nocht y la Universidad de Heidelberg, Alemania. Doctor en Medicina en el área de inmunoparasitología por la Universidad de Hamburgo. Desde 1989 es profesor de inmunología en la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL.

(Cap. 47).

Donají Miranda González

Médica cirujana por la UNAM. Especialista en Pediatría por el CMN Siglo XXI, IMSS. Maestra en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud por la UNAM, con formación en Epidemiología Clínica. Docente en la UNAM, el ITESM y la Universidad Anáhuac. Directora general de VacuFam, Centro Privado de Vacunación.

(Cap. 20).

Abraham Adolfo Montalvo Parra

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Sinaloa. MBA en Alta Dirección y maestro en Administración y Organización de los Servicios de Salud. Cuenta con diplomados en Administración Hospitalaria y Mejora de la Calidad en

Salud. Fue director de la Unidad de Medicina Familiar/Módulo Resolutivo (UMF/MR) del ISSSTE en Tecate, Baja California. Evaluador federal de acreditación hospitalaria (DGCES) y presidente de la Federación Médica del Estado de Baja California. (Caps. 4, 18, 37, 61).

María José Mulás Torres

Médica cirujana por la Universidad Panamericana. Realizó el internado de pregrado en el Centro Médico ABC. Colabora en el Departamento de Pediatría del Centro Médico ABC. (Cap. 50).

Andrea Munguía Sánchez

Maestra en Bioética por el Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV) y licenciada en Antropología por la UAQ. Investigadora en las divisiones de Ciencias Sociales y Bioética del CISAV. Vocal en comités de ética en investigación y bioética hospitalaria. Docente de licenciatura y posgrado en instituciones públicas y privadas. (Caps. 62, 63).

Edna Judith Nava González

Doctora en Ciencias y nutrióloga certificada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos, A. C. Profesora titular A de tiempo completo y subdirectora general de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL. Investigadora nacional nivel I del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conacyt). Ex presidenta nacional del Colegio Mexicano de Nutriólogos, A. C., y del Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad, A. C. Consultora independiente en Nutrición Clínica. (Cap. 22).

Lizet Olvera Bravo

Estudiante de sexto semestre de la Facultad de Medicina de la UAQ. Vinculada al proyecto de investigación epidemiológica de la enfermedad de Parkinson en el estado de Querétaro. Ha participado en la Masterclass de Fisiología impartida por John E. Hall, Ph.D. (Cap. 17).

Jorge Alberto Osorno Gómez

Médico especialista en ortopedia y traumatología del IMSS. Certificado y recertificado por el CMOT, con adiestramiento en cirugía articular de cadera y rodilla. Ex profesor titular de la especialidad en el HGR N1, IMSS. Jubilado del servicio de

Ortopedia y Traumatología del HGR N1, Mérida, y médico adscrito en activo en el Hospital “Dr. Agustín O’Horan”. Ex presidente y socio fundador del Colegio Yucateco de Ortopedia y Traumatología, A. C.

(Cap. 2).

Aldanely Padrón Salas

Maestra en Salud Pública con área de concentración en Epidemiología por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Doctorante del Posgrado en Ciencias Farmacobiológicas. Profesora-investigadora de tiempo completo y jefa del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UASLP. Evaluadora de programas de salud y nutrición.

(Cap. 33).

Haydeé Parra Acosta

Doctora en Ciencias de la Educación, con posdoctorado en Teoría de la Ciencia y candidata a doctora en Salud Pública. Docente de tiempo completo titular C y coordinadora de la Maestría en Formación e Innovación para Profesionales de la Salud de la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Consejera de Planeación de la AMFEM e integrante del SNI nivel I.

(Cap. 45).

José Manuel Pérez Ángel

Médico cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara. Certificado por la Fenacomé y la Federación Médica de Baja California, A. C. Investigador, columnista y conferencista del Colegio de Médicos de Playas de Rosarito, A. C.

(Cap. 10).

Rafael Piñeiro Retif

Médico egresado de la UANL, especialista en Oncología Radioterápica y máster en Oncología Interdisciplinaria por la Universidad de Barcelona. Doctor en Bioética, con estancias clínicas en Boston Children’s Hospital, Royal Marsden Hospital y Komagome Cancer Centre. Secretario técnico de la Dirección y profesor de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, UANL. Coordinador de la Unidad de RadioOncología del Centro Universitario Contra el Cáncer. Miembro de la Sociedad Mexicana de Radioterapeutas, A. C. (Somera), The European Society of Radiotherapy (ESTRO), Reunión Anual de la Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterápica (ASTRO) y Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).

(Cap. 47).

Dulce María Ramírez Saavedra

Jefa del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática de la SESEQ. Maestra en Desarrollo Humano en la Organización por la Universidad de Celaya. Especialista en Nutrición, Activación Física y Salud por la UAQ y médica general por la misma institución.

(Cap. 56).

Jacinto Ramón Orta

Médico cirujano y partero egresado del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Ha ejercido en Jalisco, Quintana Roo y Yucatán en los tres niveles de atención. Actualmente es residente de tercer año de Medicina Interna en el HGR 12 “Benito Juárez”, Mérida, Yucatán.

(Cap. 3).

Igor Martín Ramos Herrera

Doctor en Innovación Educativa. Profesor-investigador titular de la Universidad de Guadalajara. Secretario de la AMJ, Colegio Médico, A. C.

(Cap. 31).

Hilda Rangel Flores

Médica especialista e investigadora del INSP desde 1991. Miembro del SNI. Cuenta con maestría y doctorado y se desempeña como tutora, asesora y jurado de alumnos de licenciatura y posgrado. Es autora y coautora de libros, capítulos y artículos científicos y de divulgación.

(Cap. 59).

Alfredo Renán González Ramírez (véase sección de autores).

(Epílogo, cap. 1).

Luis Rivas Iniesta

Licenciado en Optometría por la Facultad de Medicina de la UAQ y licenciado en Herbolaria y Fitoterapia. Maestro en Educación, con diplomados en Medicina Complementaria. Conferencista en optometría y farmacología ocular. Docente de la Universidad de Estudios Tecnológicos y Avanzados para la Comunidad (ETAC), Chapingo y la UAQ, y coordinador de la Licenciatura en Optometría.

(Cap. 25).

Martha Eugenia Rodríguez Pérez

Doctora en Historia por la UNAM. Fellow del Instituto Wellcome de Historia de la Medicina, Londres. Ex jefa y profesora del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina, UNAM. Miembro del SNI, de la ANMM, de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C., de la Academia Mexicana de Ciencias, A. C. (AMC) y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, A. C. (Cap. 46).

Yamile Alonso Romo

Profesional en administración pública, con más de 22 años de experiencia en la administración pública federal en salud. Ha desempeñado cargos en la SSA como directora de Análisis de Políticas Públicas en Salud, directora general adjunta para la Coordinación de Acciones de Protección Social en Salud y coordinadora particular del coordinador de Asesores del Secretario de Salud. Ha colaborado en la elaboración de planes nacionales de desarrollo y programas sectoriales de salud. Actualmente es directora general del Secretariado Técnico y Vinculación del CSG. (Cap. 15).

Rodrigo Romero Feregrino

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM. Cuenta con maestrías en Vacunología, Universidad de Lausana; Dirección de Empresas, Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas (IPADE); y Comunicación y Tecnologías Educativas, Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE). Es doctorante en Salud Pública en el INSP. Coordinador general del Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud y coordinador de la Asociación Mexicana de Vacunología, A. C. Asesor médico del sector patronal del H. Consejo Técnico del IMSS. Miembro del Consejo Consultivo del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), CDMX Sur y profesor de microbiología en la Universidad Saint Luke. (Cap. 35).

Raúl Romero Cabello

Médico cirujano por la UNAM, maestro en Ciencias Biomédicas y en Comunicación y Tecnología Educativa en Salud. Infectólogo pediatra certificado y profesor titular de la Facultad de Medicina de la UNAM, con más de 50 años de experiencia docente. Investigador en microbiología, parasitología, micología e infectología. Autor de 15 libros y más de 200 publicaciones científicas. Asesor de la OPS, miembro del comité “Alianza para las vacunas” (GAVI) y galardonado en 2019 con el Premio “Rafael Soto Allende” de la Academia Mexicana de Pediatría. (Cap. 35).

Enriqueta Rosas González

Doctora y maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Licenciada en Enfermería por la UAEMéx. Docente investigadora de la UAQ e integrante del Cuerpo Académico “Educación, cuidado y prevención en salud”. Autora y coautora de artículos científicos, libros y capítulos especializados en salud y trabajo. Directora de tesis en niveles de pregrado, especialidad y maestría. (Cap. 21).

Saturnino Ramón Ruiz Salazar

Médico pediatra con subespecialidad en Nefrología Pediátrica y alta especialidad en Trasplante Renal Pediátrico. Profesor en Medicina por la UNAM y ex profesor titular del curso de especialización en Pediatría IMSS-UAQ. Miembro activo del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas (IMIN), de la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN), de la Asociación de Médicos Nefrólogos de Querétaro, A. C. (AMENEQ), y presidente del Colegio de Pediatría de Querétaro, A. C. Segundo secretario general del Colegio Médico de Querétaro, A. C. Médico adscrito al Grupo Ángeles, Hospital Ángeles Centro Sur. (Cap. 52).

Uriel Sandoval Valenzuela

Médico cirujano con 23 años de adscripción a la consulta externa del servicio de Urgencias. Ha sido director médico de los Centros de Salud Rumorosa y Nueva Hindú, coordinador de Enseñanza y subdirector médico del Hospital General de Tecate. Cuenta con experiencia en gestión de calidad en servicios de salud. Maestro en Administración de Organizaciones del Sector Salud por Educación Superior del Pacífico. (Cap. 53).

Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Doctora en Ciencias de la Salud con campo de estudio en educación médica. Directora y profesora titular C de tiempo completo de la Facultad de Medicina de la UNAM. Investigadora del SNI nivel 1. Integrante del comité directivo de COMAEM y primera vocal de la AMFEM. Miembro de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C., miembro fundadora de la ACANAMED y DPC, vicepresidenta de la ANMM y editora en jefe de la Gaceta Médica de México. (Cap. 46).

Ramón Soto Ruelas

Médico cirujano por la UASLP, especialista en Traumatología y Ortopedia. Cuenta con amplia experiencia clínica en el Centro Médico Coscamí S. A. de S. V. y Mé-

dica Boulevard, en San Juan del Río, Querétaro. Presidente del Clúster Queretano Médico y de Salud, A. C. Ex presidente del Consorcio Mexicano de Hospitales (СМН). Miembro activo del Colegio Mexicano de Traumatología, A. C., y del СМН. (Cap. 43).

Obed Suárez Córdova

Médico cirujano por la Universidad del Valle de México, con Maestría en Gestión de Instituciones y Centros Hospitalarios. Director de Servicios Clínicos del Instituto de la Columna y Neurocirugía Newro Spine. Vicepresidente del Clúster Queretano Médico y de Salud, A. C., donde impulsa la colaboración público-privada y la mejora de la calidad en atención médica. (Cap. 43).

Liliana Guadalupe Tapia Guillén

Médica cirujana y partera, especialista en Psiquiatría y subespecialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Cuenta con alta especialidad en Epidemiología Clínica y Comunitaria de Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes. Docente en la Facultad de Medicina de la UAQ, con interés en salud mental infantil y formación médica. (Cap. 9).

Juan Antonio Torres Castelán

Médico cirujano especialista en Medicina Interna y Geriátría, con Maestría en Investigación Clínica. Cuenta con diplomados en docencia, gerontología, psicogeriatría y administración en salud. Miembro del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, A. C., de la Sociedad Nacional de Gerontología y Geriátría de México, A. C. (Sonagem) y de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátría, A. C. (AMGG). Ex presidente del Colegio de Medicina Interna del Estado de Veracruz, A. C., secretario adjunto de la Zona Sursureste del Consejo Mexicano de Geriátría, A. C., y miembro del grupo de geriatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, ISSSTE, CDMX. (Cap. 36).

Lenin Torres García

Médico y maestro en Salud Pública por la UAQ. Docente en las Facultades de Medicina y Enfermería en las áreas de epidemiología, bioestadística, salud pública, economía de la salud y diagnóstico e intervención comunitaria. Ha participado en programas de apoyo médico y educativo en centros de tratamiento y rehabilitación de adicciones. (Cap. 55).

Berenice Torres Vásquez

Médica cirujana y partera egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ayudante de investigadora nacional del SNI nivel 3 en la Escuela Superior de Medicina del IPN y en el Hospital de la Mujer, SSA. Participa en proyectos de investigación clínica y epidemiológica.

(Cap. 49).

Felipe Arturo Treviño Acosta

Maestro en Dirección de Proyectos Creativos, y doctorante en Comunicación e Innovación Educativa por la UANL. Gestor de Operaciones Técnicas de la Subdirección de la Facultad de Medicina de la UANL. Profesor de Formación General Universitaria y colaborador en procesos de autoevaluación y diseño curricular del programa de Médico Cirujano y Partero. Sus líneas de investigación incluyen educación en salud, historia de la medicina regional y comunicación en salud.

(Cap. 47).

Sujey Ugalde Barrón

Estudiante de medicina en la UAQ. Ha sido vocera oficial de la Facultad de Medicina y secretaria de cultura en la Sociedad de Alumnos. Ha participado en la elaboración de artículos científicos en áreas clínico-metodológicas.

(Cap. 55).

Salvador Bruno Valdovinos Chávez

Médico internista. Vocal de la Comisión de Asesoría Científica del Colegio de Médicos Cirujanos del Estado de Nuevo León, A. C. Cuenta con experiencia en práctica clínica y asesoría científica.

(Cap. 48).

Lorena Yazmín Valeriano Hernández

Licenciada en Derecho, con Maestría en Administración Pública y especialidad en Mediación y Medios Alternos de Justicia por la UNAM. Subcomisionada de Conciliación y Arbitraje de la CAMEQ, con experiencia en resolución de conflictos en el ámbito de la salud.

(Cap. 39).

Genaro Vega Malagón

Médico cirujano con especialidad en Ginecología y Obstetricia, con Maestría en Ciencias Médicas y Doctorado en Ciencias de la Salud. Fue profesor-investigador

en la Facultad de Medicina de la UAQ durante 28 años. Actualmente es director de la CAMEQ.

(Cap. 39).

María Olivia Vega Pérez

Médica cirujana egresada de la Universidad del Valle de México, campus Juriquilla. Adscrita al servicio de Urgencias del Hospital General de Querétaro. Cuenta con una Maestría en Alta Dirección y diversos diplomados en áreas clínicas, administrativas y de salud pública. Es fundadora y miembro activa de CIGE-Salud y asociada al Colegio Mexiquense, A. C. (CMQ).

(Cap. 8).

Ma. de Lourdes Vega Vega

Médica especialista en Oncología Médica Pediátrica, egresada del INP. Directora general del HITO, Querétaro. Certificada por el CMCPMX y el Consejo Mexicano de Oncología, A. C. (CMO). Ex presidenta de la Agrupación Mexicana de Oncohematología Pediátrica, A. C. (AMOHPI). Tesorera de la Sociedad Mexicana de Oncología, A. C. (SMeO). Tesorera, consejera, directora de examen de certificación y sinodal de examen de certificación del CMO. Miembro titular de la International Society of Paediatric Oncology (SIOP) y de la Asociación Médica del Instituto Nacional de Pediatría, A. C. (AMINP).

(Cap. 42).

Oscar Vidal Gutiérrez

Médico cirujano y partero por la UANL, con especialidad en Ginecología Oncológica y Doctorado en Medicina. Director de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, UANL. Profesor-investigador desde 1992, con publicaciones científicas, premios nacionales y desarrollos tecnológicos registrados. Ex jefe del servicio de Ginecología, actualmente jefe del servicio de Oncología Médica, miembro del SIN nivel 1, perfil Prodep.

(Cap. 47).

Rodrigo Villaseñor Echávarri

Médico cirujano por la Universidad Panamericana. Realizó el internado de pregrado en el Centro Médico ABC. Actualmente es residente de Medicina Interna en el mismo centro hospitalario.

(Cap. 50).

Martha Catalina Zalapa Covarrubias (véase sección de autores).

(Cap. 30).

***El sistema de salud en México, perspectiva
de la comunidad académica en salud***

se terminó de editar en abril de 2026
en los talleres de Ediciones de la Noche

El tiraje fue de 1 ejemplar electrónico

www.edicionesdelanoche.com



1524

Contexto: Hernán Cortés fundó el Hospital de Jesús en la Ciudad de México, siendo una de las instituciones médicas más antiguas del continente americano aún en funcionamiento.

Cuando la Real Universidad de México autorizó la creación de la Cátedra Prima de Medicina, la cual se impartió por primera vez el 7 de enero de 1579. Este acto marcó el inicio documentado de la enseñanza médica formal en América. Desde sus primeras etapas, la formación médica implicó contacto con personas enfermas. En este contexto, instituciones como el Hospital de Jesús (1524), el hospital Real de Indios (1551), y el Hospital de San Hipólito (1566), entre otros, así como el Hospital de San Andrés, fundado mucho tiempo después, en 1779 sirvieron como espacios de observación y práctica para los alumnos, en un sistema elemental, pero ya orientado a la atención directa del paciente.

Importancia: Marca el inicio de la atención médica institucional en el país, bajo influencias coloniales y religiosas. Es considerado el primer paso hacia un sistema organizado de salud en México.

1905

Contexto: El 5 de febrero se inauguró el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga Torres".

Importancia: Fue uno de los hospitales más grandes y modernos de América Latina en su época. Representa el inicio formal de la atención médica organizada y especializada en México, y simboliza el nacimiento de un sistema de salud más estructurado.

1943

Contexto: En este año se fundan dos instituciones clave:

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para brindar atención médica a trabajadores formales.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), actual Secretaría de Salud, para coordinar los servicios públicos de salud.

1983

Contexto: Se reforma el Artículo 4° de la Constitución, agregando que:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

Importancia: Por primera vez, el derecho a la salud se reconoce constitucionalmente, lo que da pie a nuevos programas de salud pública y una expansión en la cobertura, como el Seguro Popular más adelante (en los 2000s).

Esta obra cuenta con la valiosa participación de autoridades académicas y referentes nacionales en distintos campos de la salud, cuyas contribuciones enriquecen de manera excepcional al contenido, entre ellos: directivos de organismos como la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM), la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM), el Colegio Médico de México, A. C. (CMM), el Consejo de Salubridad General (CSG), la Academia Nacional de Educación Médica y Desarrollo Profesional Continuo de México, A. C. (Acanamed y dpc), así como las Facultades de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) y la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ).



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
QUERÉTARO

ISBN 979-13-88087-16-5



9 791388 087165