



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE MÉXICO, RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD Y POBLACIÓN
BENEFICIADA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARA PATRICIA CERCAS LÓPEZ

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México

La máxima casa de estudios, que para mí represento siempre un privilegio y honor formar parte de esa gran familia.

A la FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Por haberme abierto el camino hacia el conocimiento profesional en el área Odontológica, siempre será un orgullo representar y ahora formar parte de este gran equipo.

A mi Tutora de Tesina

C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN.

Quien gracias a sus conocimientos, valiosa ayuda, apoyo incondicional y la confianza depositada en mí, permitió que se hiciera posible la elaboración de la presente Tesina.

A la Mtra. ARCELIA F. MELENDEZ OCAMPO.

Quien creyó en mí y me permitió continuar en el camino de este proyecto, que ahora puedo concluir, ya que sin su apoyo y todo lo otorgado, no hubiera sido posible.

A todos y cada uno de los profesionales que fueron parte importante en cada una de las etapas de mi vida como estudiante a nivel profesional, porque gracias a sus conocimientos y enseñanzas compartidas, he llegado hasta este lugar.

¡Gracias!

A dios.

Gracias por permitirme despertar cada día y ayudarme a seguir luchando, darme fuerza y amor para continuar a cada paso.

A mi Familia:

A mis padres

Sin duda, los principales protagonistas de esta historia. Quienes siempre confiaron en mí y vivieron a mi lado noches de desvelo, secaron mis lágrimas y siempre tuvieron las palabras exactas para no dejarme caer. Por todos los regaños, sin duda esos le daban fortaleza a mi vida. Mis cómplices y amigos desde mis primeros años de vida, hasta hoy.

A mi Madre, **Patricia López Castañeda:** Por darme la oportunidad de estar aquí, la fortaleza que día a día he necesitado a lo largo de mi carrera como profesional, todo el esfuerzo y amor con el que a diario se esmeró para brindarme siempre lo mejor, por cada momento, consejo y cariño con el que cada mañana hacia de las carreras e insomnios algo menos pesado. Mi ejemplo de saber luchar y nunca rendirse en la batalla, mi mejor guerrera. ¡Te amo mamita!

A mi Padre, **Hermenegildo Cercas Perez:** Mi ejemplo del ser más noble del mundo y saber valorar día a día todo lo que tengo y lo que soy. Por todo su esfuerzo a diario por brindarme de una forma digna y admirable lo mejor. Por todo su amor, apapachos y cada uno de los consejos obtenidos, por cada valor enseñado. Gracias por cada mañana de tráfico, mi cómplice a la hora del café. ¡Te amo Papito!

Les obsequio esto, una pequeña parte de todo lo que me han brindado. Y que para mí es la mejor herencia que puedo tener, la Educación.

A mis Hermanas

Xiomara Guadalupe Cercas López: Mi bebe, esa persona que alegro mis días desde pequeña, mi pequeña compañerita, quien ha sido un ejemplo de lucha desde pequeña, en quien tengo depositada mi confianza y sé que lograra sus objetivos, como ahora yo lo estoy haciendo.

Tamara Guadalupe Cercas López: Mi parte más pura y mi bello ángel, sé que a diario estás conmigo. ¡Gracias!.

A mis Abuelos:

Cirila Castañeda Barrios: Me hubiese encantado verla aquí, en esta parte importante, la que siempre espero de mí, ahora le ofrezco esto, mi hermoso ángel que siempre cuida de mí, gracias por todas las enseñanzas que me brinda, su apoyo, bendiciones, cada principio y valor que inculca en mí, para ayudarme en esta carrera de la vida, siempre está presente en mi mente y latente en mi corazón.

Juan Cercas Vargas: Un ejemplo para obtener la fortaleza de un roble, la lucha de salir delante de una forma digna y honrada, saber que todo se puede. Siempre está presente en mi pensamiento.

A mis Tíos:

Familia López Castañeda:

Enedina López Castañeda: No tengo palabras para expresar tanto y todo, solo cabe agradecer todo tu amor, cuidados, atenciones y apoyo desde pequeña. Gracias por cada momento que me permitiste compartir a tu lado, sé que estas aquí, y que ahora como siempre, puedes compartir conmigo esta inmensa felicidad que inunda mi ser, siempre te tengo presente a cada momento y pensamiento. Te dedico este presente con mucho amor.

Javier, Carolina, Ignacio, Julio. Quienes siempre han estado presentes a cada paso, desde mi infancia, por cada principio y valor inculcado para crecer día a día, por todos sus consejos, su forma tan particular de consentirme y al mismo tiempo de hacerme reflexionar en cada circunstancia, es como estar siempre en casa, estando a su lado, infinitas gracias a todos y cada uno por su forma tan particular de demostrarme su amor. Hoy les dedico esta pequeña parte de mi sueño, el que se construyó con mucho esmero y amor.

¡Los amo!

A mi primo:

Julio Adrián López Nava: Mi Hermanito, mi compañero de juegos, mi cómplice en todo sentido, gracias por todo tu cariño y amor, por cada uno de los consejos brindados, todo tu apoyo y ejemplo de nunca darme por vencida. Sé que no habrá mejor persona que tú para ser mi mejor amigo. Te entrego esto primo, que sin duda, siempre fuiste parte fundamental para que esto se llevara a cabo, una meta más que logramos alcanzar. ¡Te Quiero Mucho!

A mis amigos:

Liliana Godínez Rodríguez, Teresita de Jesús Hijuitl Valeriano, Juan Carlos Acuña Vázquez, Melissa Villaseñor Corona, Alejandra Soria Medina, Ana Beatriz Carpinteiro Dávila, quienes en distintas etapas de mi vida, fueron sin duda, las mejores compañías, gracias por cada experiencia a su lado, por las tardes de paseo, los días de estrés, todos y cada uno de los consejos, las largas pláticas, son el mejor ejemplo de amistad, sin duda son cada uno de mis dedos de las manos, porque cada uno de ustedes, me ha hecho pasar los mejores momentos y días a lo largo de mi vida, tanto profesional como personalmente. Son mi segunda familia, espero podamos seguir compartiendo todas y muchas más cosas juntos. Les dedico el presente con cariño.

¡Los quiero mucho!

A Moisés Adrián Median Plata: Mi compañero, mi mejor amigo, mi espada y escudo en cada paso, gracias por ayudarme a crecer y desarrollarme personal y profesionalmente. Un ejemplo de que con esfuerzo y dedicación, todo es posible, Gracias por celebrar a mi lado cada paso, por secar mis lágrimas, por cada llamada y momento otorgado, por tu apoyo incondicional, por todo tu amor y confianza depositado en mí. Te dedico el presente con cariño ¡Te amo!

ÌNDICE

Página

1. Introducción	8
2. Propósito	10
3. Objetivos	11

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE MÈXICO, RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y POBLACIÓN BENEFICIADA.

1. Sistema Nacional de Salud (SNS).....	12
1.1 Objetivos	
2. Antecedentes históricos sociales.....	18
3. Modelo de atención Odontológica en México.....	24
4. Órganos del Sistema Nacional de Salud (Estructura).....	31
4.1. Federales	
4.2. Estatales	
5. Transición epidemiológica y envejecimiento de la población.....	35.
6. Demografía, cobertura y programas prioritarios.....	36
7. Recursos Humanos para la Salud.....	50
7.1. Odontológicos	
7.2. Médicos	
7.3. Políticas de Salud	
8. Retos del Sistema Nacional de Salud.....	69
4. Conclusiones	80
5. Referencias bibliográfica	81

1. Introducción

En el presente trabajo, se analiza el sistema de salud en México que propone dos objetivos. Primero presentar un panorama del sistema mexicano de salud y hacer una descripción de sus fortalezas y debilidades actuales. En segundo lugar, analizar una serie de reformas recientes y su probabilidad de impacto en el desempeño del sistema, con el fin de realizar recomendaciones adicionales a las autoridades mexicanas sobre reformas que podrían contribuir a lograr los objetivos deseados.

El Sistema de Salud en México es muy diferente de los de otros países de la OCDE. El esquema mexicano está marcado por una serie de sistemas de aseguradores/prestadores de servicios integrados de manera vertical a los que se hace referencia como el Sistema Nacional de Salud, (SNS) que atienden a distintos segmentos de la población y tienen poco contacto entre sí. Aunque el gasto total per cápita en salud es apenas menor de lo que podría esperarse dado el nivel de desarrollo económico, más de la mitad del gasto total se canaliza hacia servicios privados de salud y la proporción de atención financiada por el sector público es muy limitada de acuerdo con lo observado por la Organización.

El mejoramiento del desempeño del sistema de salud en México tiene implicaciones en el logro de metas económicas y sociales más amplias.

A conformación de los Sistemas de Salud (SS) y su operación, como cualquier otro sistema, se sustentan en principios y valores fundamentales que comparten los individuos en sociedad. En esencia, su organización y administración buscan mantener ese núcleo de valores y cumplir los objetivos que cohesionan a la sociedad y permiten satisfacer sus

necesidades y solucionar los conflictos, dada la diversidad de grupos, individuos e intereses específicos.

El desarrollo de políticas públicas es el mecanismo de los gobiernos para transformar las exigencias de la población y solucionar sus demandas.

El desarrollo de políticas públicas es el mecanismo de los gobiernos para transformar las exigencias de la población y solucionar sus demandas.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 señala que las políticas públicas son el conjunto de concepciones, criterios, principios, medidas y líneas fundamentales de acción, con los cuales la comunidad organizada como Estado hace frente a desafíos y problemas que se consideran de naturaleza pública.

2. Propósito

El propósito de la presente investigación es situar al lector en el análisis de la creación de los Sistemas de Salud, tal y como se conocen en la actualidad, ya que se cree que es la respuesta social organizada ante el fenómeno de la salud.

Tratando así, sistemas complejos, por las múltiples interacciones en su interior y con otros sistemas de la sociedad.

3. Objetivos

- 3.1 Identificar los puntos y objetivos que buscan alcanzar los sistemas que integran al Estado.
- 3.2 Identificar la importancia de orientar el sentido y contenido de las políticas públicas, refiriéndose así, a los planes y programas, todo con base a los Sistemas de Salud.
- 3.3 Orientar el sentido y contenido de las políticas públicas, bajo las cuales se generan planes y programas (como el de salud) que suponen la generación y asignación de recursos, la operación de servicios, la aplicación de leyes y normas, y la rendición de cuentas.
- 3.4 Analizar los principales indicadores que ofrecen un panorama de la salud bucal desde la perspectiva de los determinantes sociales.
- 3.5 Analizar algunos conceptos teóricos como la calidad de vida, los determinantes sociales y la equidad. Con base fundamental en el desarrollo de nuevos retos y políticas para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE MÈXICO, RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD Y POBLACIÒN BENEFICIADA.

Sistema Nacional de Salud (SNS)

1.1 Objetivos

Los sistemas de salud se basan y sustentan básicamente en los valores y necesidades que se comparten en una sociedad, satisfaciendo así, las necesidades y solucionando conflictos de forma individual.*¹

De aquí se toma en cuenta que los Sistemas de Salud, abordaran como objetivos principales: *²

- 1) Mejorar la salud en un nivel mayor de la población.
- 2) Reducir las diferencias, eliminando desigualdades en los grupos poblacionales.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), planteo como objetivos principales: *³

- 1) Responder a las expectativas legítimas de la población.
- 2) Lograr la equidad en la contribución financiera que los sistemas requieren para funcionar.

Los servicios deben estar orientados a proporcionar un servicio de atención adecuado a cada una de las personas siendo este de forma digna, confidencial, comunicando y demostrando autonomía.

Tomando en cuenta los niveles de necesidades de acuerdo a cada población, se fomenta en cada una de las acciones, mostrar igualdad y equidad, estableciendo que “los hogares más pobres paguen menos que los más ricos”^{*4}

El obtener información basada en consultas regionales, llevo a la conclusión final, macando como objetivo principal, “Mejorar la Salud”.

En México, el estudio realizado por la PRONASA 2001-2006, como parte del Programa Nacional de Salud, estableció como objetivos principales: ^{*5}

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

La PRONASA2001-2006, actuando por su parte, elaboro estrategias de evaluación para valorar el funcionamiento general del Sistema de Salud, sin embargo, este programa no cubría datos importantes, tales como; el “trato adecuado” y “protección financiera”, independientes a los servicios de atención médica. Por lo tanto, se creyó de mayor conveniencia, realizar un nuevo programa en el año 2002, al cual se le llamo: “**Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño**” (ENED 2002).^{*6}

Con base en un estudio de tipo transversal, tomando como referencia, los cinco objetivos más significativos según el Sistema de Salud, se obtienen datos del ENED 2002, de forma intrínseca:

- a) Mejorar la salud de la población, aumentando así el nivel de salud a nivel global en las poblaciones.

- b) Minimizar las diferencias a nivel de las condiciones de salud, que llevan a separar a los grupos poblacionales.
- c) Mejorar el trato del personal hacia el grupo poblacional
- d) Reducir la desigualdad, teniendo así una mejor capacidad de respuestas, en cada uno de las poblaciones.
- e) Lograr equidad en la capacidad financiera.

Descripción de variables:

Tomando en cuenta y analizando el tipo de variables dependientes e independientes, se encontró lo siguiente:

- La variable dependiente siempre buscara la respuesta a la siguiente pregunta:

-“¿Cuál objetivo del Sistema de Salud, le parece el más importante?”

- Las variables independientes, fueron:
 - ✓ **Entidad federal:** tipo de localidad: rural (<2 500 habitantes) y urbana (2 500 o más habitantes).
 - ✓ **Sexo:** Masculino o Femenino
 - ✓ **Edad:** Grupos de 17 a 24 años; 25 a 59 y 60 o más.
 - ✓ **Escolaridad:** a) ninguna, b) educación básica (primaria y secundaria), c) educación media (preparatoria, bachillerato y carrera técnica) y d) educación superior (licenciatura, maestría y doctorado).
 - ✓ **Empleo actual:** clasificado en “trabaja y no trabaja”, y una distinción por actividad laboral actual cuyas categorías fueron empleado público, empleado particular, trabajador por su cuenta, empresario, trabajador no remunerado (voluntario) y sin trabajo actual.

De acuerdo al estudio ya mencionado, el resultado asciende a 75 millones 742 mil 297 habitantes en el país, de los cuales 77% vive en áreas urbanas y 23% en zonas rurales. Su distribución por sexo señala que 58% corresponde a mujeres y el resto a hombres.

La población analizada en este estudio consideró más importante al objetivo de mejorar el trato dentro del sistema de salud, donde difiere del Planteamiento establecido en el PRONASA 2001-2006, en el cual el objetivo más importante es mejorar la salud de los mexicanos, seguido por el objetivo de abatir las desigualdades en salud.*⁷ Se observó que esta variación se presentó sobre todo entre el objetivo de mejorar el trato dentro del Sistema de Salud y el de mejorar la salud de la población. Con base en ello, destacan los siguientes hallazgos: *⁸

- La percepción de la condición de salud actual, junto con otras características de la población, es una variable que influye en grado notorio cuando se valora la importancia de los objetivos del Sistema de Salud.
- Lo anterior se constató en 12 entidades federativas, en las áreas rurales y entre la población mayor de 60 años, en las que se detectó que el estado de salud actual se percibía como malo o regular; en consecuencia, se identificó una mayor preferencia por el objetivo de mejorar la salud pública de México.
- En las áreas rurales la falta de atención médica, pese a necesitarla, fue un factor que actuó para que esta población considerara más importante al objetivo de mejorar la salud. Tal hallazgo se apoya en los resultados del modelo matemático que señala que en las áreas urbanas la probabilidad de preferir al objetivo de mejorar el trato dentro del SS fue 24% más alta en comparación con la probabilidad en las áreas rurales.

- Al analizar la población de acuerdo con el sexo se identificó que para hombres y mujeres el objetivo más importante era el de mejorar el trato dentro del SS; no obstante, al analizar los porcentajes de población que consideraban al objetivo de mejorar la salud como el más importante, se observó que entre los hombres había una mayor preferencia por este objetivo en comparación con las mujeres (5.1% más).
- De igual manera, al combinar el efecto de la variable sexo con el nivel educativo se reconoció que entre las mujeres, sin importar cuál fuera el nivel de escolaridad, se mantenía la preferencia por mejorar el trato, mientras que entre los hombres sin educación formal y con educación básica el objetivo más importante fue el de mejorar la salud.
- En relación con lo anterior, los resultados muestran que la preferencia por el objetivo de mejorar el trato dentro del SS es mayor cuanto más alto sea el nivel educativo.
- Otro hallazgo relevante fue que entre la población que trabajaba de forma independiente durante la aplicación de la encuesta parecía más importante el objetivo de mejorar la salud, lo cual, como se describió, se relacionaba con la percepción del estado de salud actual y la falta de atención al, la población insatisfecha con la atención médica del país muestra una mayor preferencia por el objetivo de mejorar el trato. Este dato es consistente si se considera que 3.4% de esta población no recibió atención médica a pesar de necesitarla, una cifra mayor al porcentaje de la población que señaló estar satisfecha con la asistencia en el país y que no recibió atención médica (1.1%).

El fortalecimiento de este proceso de comunicación debe estar acompañado de acciones concretas en materia de atención, trato adecuado y protección financiera, al considerar que existen diferencias entre los grupos

poblacionales documentadas en este que obligan a que las acciones y las expectativas de la población sean congruentes.

Por ejemplo, en las áreas rurales es necesario realizar mayores esfuerzos para abatir los rezagos en salud, en tanto que la atención a las personas mayores de 60 años debe fortalecerse como respuesta a la percepción de que lo más importante para el sistema debe ser mejorar la salud de la población. Por otra parte, la población con un mayor nivel educativo otorga mayor importancia al objetivo de mejorar el trato en comparación con la población de menor nivel educativo (que considera que mejorar la salud debe ser el objetivo principal del SS). Esto destaca la existencia de desigualdades que se reflejan en las expectativas, las mismas debería evitar el Sistema de Salud, al proporcionar las mismas oportunidades de atención y el mismo trato, al margen de la ubicación geográfica de la población, su situación económica, nivel de educación o cualquier otra característica.*⁹

De esta forma, los resultados de este estudio permiten conocer las expectativas de la población sobre el sistema de salud al que aspiran, y tener elementos para identificar dónde es necesario fortalecer la operación del SS y en qué áreas. Asimismo, es preciso comentar algunas de las limitantes enfrentadas durante la realización de esta investigación:

1. En la encuesta no se incluyó alguna pregunta que suministrara información sobre el conocimiento previo que tenía la población seleccionada acerca de los objetivos del sistema de salud en México.
2. La valoración que efectuó la población pudo estar sustentada sólo en la explicación que recibieron de los encuestadores.
3. No se documentó la existencia de estudios similares en los que se analizara la importancia de los objetivos del SS y permitieran tener punto de comparación pese a que los ejercicios apoyados por la OMS en diversos países incluyeron este tema.

2.- Antecedentes Histórico- Sociales

La creación del sistema de salud actual comenzó con la consolidación pos revolucionaria del Estado mexicano en la década de 1930, en este se reflejó la necesidad percibida con toda amplitud de contar con la intervención gubernamental en la política social, dejándolo todo en manos del Estado tanto la prestación de los servicios como el financiamiento de la política de salud.

En estos, se contaba con recursos limitados para establecer una política integral de salud, así que el gobierno comenzó por fortalecer el **Departamento de Salubridad Pública**, creado en 1917 y reunió un conjunto de organizaciones heterogéneo y poco coordinado que había sido operado de manera voluntaria, mediante instituciones religiosas y organismos de caridad. Debido a las dificultades que presentaba el entorno político y económico de esa década, el gobierno restringió sus acciones a reglamentar las instituciones existentes, públicas y privadas, que prestaban atención médica. Las políticas se dirigían en especial a mejorar la higiene en las zonas urbanas y a combatir las enfermedades contagiosas.

En 1937, se creó la “**Secretaría de Asistencia Pública**” que, en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios.^{*10}

En este, se tomaron medidas para proteger a grupos específicos, tales como:

- La población infantil,
- Los trabajadores del Estado
- La milicia.

También se pusieron servicios médicos a disposición de las cooperativas rurales vinculadas con el gobierno y se construyeron centros de salud en

zonas urbanas y algunas ubicaciones clave en las zonas rurales. La estructura actual del sistema de salud fue establecida a principios de la década de 1940, con una variedad de instituciones que atendían de manera exclusiva a diversos grupos, con base en su perfil ocupacional o su situación económica.

En 1943, se estableció de manera formal la **Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)** resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública con el mandato de ampliar la cobertura a la población pobre y de establecer una política general de salud pública. Esta institución tenía la responsabilidad de prestar servicios de salud, mediante sus oficinas de coordinación en los estados administradas de forma centralizada (Servicios Sanitarios Coordinados). Al mismo tiempo, se estableció el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** para administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud, que habían sido creados para distintos sindicatos y grupos de trabajadores en sectores específicos.

Sin embargo, algunos fondos y servicios de seguridad social continuaron independientes del IMSS o fueron creados con posterioridad para atender a grupos objetivo estratégicos tales como:

- Militares
- Trabajadores del sector petrolero
- Sector público.

Comoparte del paquete de prestaciones de seguridad social, los trabajadores asalariados empleados en la economía formal tendrían acceso exclusivo a servicios de salud que iban desde la maternidad y los cuidados infantiles a la atención de tercer nivel y un sistema de pensiones relacionado con la edad.

En 1960 se creó el **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)** para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social, monetarios y en especie, a los trabajadores del Estado.^{*10}

Este enfoque llevó a basar el acceso no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos tales como:

- Sindicatos
- Trabajadores del estado
- Grupos urbanos
- Entre otros

Debido a esto, el Estado asignaba la mayor parte de sus recursos a la prestación de servicios de salud a los trabajadores organizados en las zonas urbanas, pues este grupo cumplía una función clave en el sostenimiento de la estabilidad política del país y su desarrollo económico. Sin embargo, el sistema dejaba a quienes no tenían contratos laborales formales bajo régimen de asalariados, prácticamente sin cobertura y dependiendo de los servicios prestados por la SSA, tales como:

- Los auto empleados
- Los trabajadores urbanos del sector informal
- La población rural

Así, mientras que los sistemas de Seguridad Social (SS) eran financiados por un convenio tripartita entre empleadores, trabajadores y el gobierno, la SSA era financiada únicamente por el gobierno federal.

Esto generó un serio desequilibrio de recursos, ya que la SSA tenía la obligación de prestar servicios con pocos recursos y a merced de los cambios de política, lo que llevó, entre otras cosas, a una menor calidad de los servicios. La continuidad en el flujo de los recursos para el sistema de SS, por otra parte, permitió la expansión de los servicios incluso en épocas de dificultad. Una consecuencia adicional de este ambiente fue la *“Concentración de la oferta de servicios”*, en especial de servicios con alta especialización, en las zonas urbanas (en particular en la Ciudad de México), tanto aquellos prestados por la SSA como por la Seguridad Social. En las zonas rurales, los servicios se pusieron a disposición, primero, de los trabajadores que participaban en la producción comercial en el sector exportador y que, con frecuencia, pertenecían a algún sindicato con actividad política, dejando a la población rural dispersa con una atención deficiente y sin protección.

Durante la década de los 60', los desequilibrios en el acceso a los servicios de salud eran más acentuados. Aunque se introdujeron medidas especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y rurales, estas no se aplicaron, lo que hizo más pronunciada la diferencia entre los *“derechohabientes”* o la población asegurada y la llamada *“población abierta”* o no asegurada (y atendida por la SSA). Los esfuerzos por eliminar este diferencial mediante mayor inversión durante esta década se interrumpieron con la desaceleración económica del siguiente decenio. Durante esa época, el Estado recurrió al sistema de SS para aumentar el acceso y se pusieron en marcha disposiciones especiales para dar acceso parcial a las prestaciones de la seguridad social para incorporar otros grupos en las zonas rurales y de la economía informal. En el caso de los servicios de salud, esto significó la creación de un segundo segmento de servicios de menor calidad, que ofrecía cuidados básicos de

salud a los trabajadores rurales y del sector informal y a la población en general.

Todo esto se llevó a cabo por medio del esquema llamado entonces:

“IMSS-COPLAMAR (renombrado después como IMSS-Solidaridad y conocido en la actualidad como IMSS-Oportunidades)”^{*10}

Este se orientó a prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales, y financiado por el gobierno, pero operado por el IMSS.

A fines de la década de los 70', el marco institucional llevó a observar una redundancia importante en las actividades del sector salud y a la atención de algunos grupos por partida doble, al mismo tiempo se dejaba sin cobertura a grandes segmentos de la población. Durante la década de los 80', las reformas aplicadas procuraron establecer el marco para un conjunto más coherente de políticas de salud, orientadas a ampliar el acceso a los servicios y a mejorar la calidad de los mismos en todo el sistema. Esto combinó una mejor coordinación intersectorial entre la SSA y los prestadores de la SS y el primer intento del gobierno por descentralizar los servicios de la SSA mediante la transferencia de esta responsabilidad a los estados.

- La primera etapa del proceso de descentralización (1984-1988) se caracterizó por una integración administrativa de las oficinas de coordinación de la **Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)** en los estados, el programa federal **IMSS-COPLAMAR** y algunos servicios de salud que los estados prestaban de manera directa.

Se estableció un **Gabinete de Salud** en 1983, encabezado por el Presidente, y se creó un **Sistema Nacional de Salud (SNS)** como solución organizacional para dar a la SSA la responsabilidad por el diseño y coordinación de la política nacional de salud, dando apoyo político a las

reformas y generando consensos entre las diversas instituciones participantes.

Se aprobó una enmienda constitucional, que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y de la cual se derivó la Ley General de Salud (LGS). Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) cambió su nombre a “**Secretaría de Salud**”.⁺¹⁰

En la década de los 90' se pusieron en marcha varias reformas.

- La conclusión del proceso de descentralización prosiguió con base en objetivos más ambiciosos: transferir más funciones y responsabilidades, junto con los recursos correspondientes, a fin de completar la descentralización y fortalecer a los **Servicios Estatales de Salud (SESA)**.

Durante esta segunda fase, los estados restantes se unieron al proceso y, en 1986, se creó una estructura organizacional: “**El Consejo Nacional de Salud (CNS)**”, a fin de coordinar el diseño de políticas entre los estados y la federación.

Las autoridades mexicanas también establecieron un Plan de Reforma para el Servicio de Salud 1995-2000.

Varios cambios se orientaron a ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de salud, se incluyeron programas especiales para la extensión de la cobertura básica de servicios de salud como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

De manera paralela, a principios de esta década se puso en marcha un importante programa de lucha contra la pobreza, a fin de mitigar el impacto de las condiciones económicas sobre los más pobres.

- Este esquema (que en un inicio respondía al nombre de “**Solidaridad**”, más tarde cambió su denominación a “**Progres**a” y en la actualidad se llama “**Oportunidades**”) incluía un componente de salud. Sin embargo, estos esquemas sólo contribuyen de manera parcial a responder a las necesidades de las zonas rurales, por lo que se necesitan cambios adicionales.^{*10}

La reforma clave del gobierno actual, dentro del marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, es el **Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)**. Las medidas que ha tomado el gobierno actual profundizan en el sentido de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud. Esta reforma tiene la intención de mejorar la protección financiera para quienes no están cubiertos por la seguridad social, al inyectar nuevos recursos al sistema y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los estados.^{*9}

3.- Modelo de Atención Odontológica en México:

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. Su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas ^{*10}

En primer lugar, porque reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal. De otra parte, ofrece enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información y comunicación, acciones de atención primaria en salud ^{*11}. Por ello, en algunos contextos se ha hablado de salud comunitaria, odontología comunitaria, odontología sanitaria y odontología social ^{*12}. No obstante, se

reconocen otras formas de pensamiento, una de ellas es la salud bucal colectiva *¹³

Debido a esta razón, es importante llevar a cabo una adecuada salud bucal colectiva, como lo menciona Edmundo Granda (médico ecuatoriano sociólogo que impulso a la creación del derecho universal a la salud para todos los pueblos principalmente en América latina) , que lo explica como un esfuerzo por ver más allá del horizonte de la salud pública tradicional con una gran vocación para transformar la acción en un quehacer profundamente comprometido con la vida y el cuidado de la enfermedad y proteger la salud de nuestras poblaciones. Cuando se habla de calidad de vida y su relación con la salud bucal, se combinarían dos aspectos fundamentales.

1. Involucra una percepción subjetiva con relación a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad *¹⁴. En este sentido, y a manera de ejemplo, existen varios estudios que evalúan el impacto de la salud bucal en la calidad de vida, principalmente a través de indicadores que miden aspectos relacionados con la limitación funcional, el dolor, la incomodidad o incapacidad psicológica, física o social y perjuicios generales.*^{15,16}
2. Hace referencia a una situación de salud enmarcada dentro de un contexto social e histórico que tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, así como acceso a programas y estrategias en atención primaria, entre otras *¹⁷

Por otro lado, se hace necesario mencionar los determinantes de la salud, lo cual puede representarse en un modelo multinivel *¹³. Para la salud colectiva, el modelo se reflexiona como un eje dinámico, donde se habla de la salud como un producto social, relacionado con las condiciones socioeconómicas,

culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida y, no se puede desconocer, actores biológicos y genéticos. El análisis de la situación de salud debe reconocer la influencia de estos factores dependiendo del contexto social, las características propias de los grupos sociales y el sistema sociopolítico en relación con el sistema sanitario. Para la salud colectiva, un objetivo es reconocer la situación de salud en los propios grupos sociales, y desde esta perspectiva rescatar lo local como sujeto importante en la construcción del bienestar, traducido en mejores indicadores de salud ^{*17}.

La relación con la calidad de vida y los determinantes de la salud, se encuentran de la mano con el concepto de equidad. Entre los grupos sociales, tanto dentro de un país como entre distintos países ^{*17,18}. De esta manera, la salud bucal guarda relación con los determinantes sociales y se considera un componente del proceso salud enfermedad. Por ello, las condiciones epidemiológicas varían entre diferentes comunidades. La equidad en salud desempeña un papel importante en el desarrollo de los indicadores de salud bucal, dependiente de factores de desigualdad social como la clase socioeconómica y el acceso a los servicios de salud ^{*19,20}.

El desplazamiento forzado se pone de manifiesto en los primeros lugares de inequidad, como una situación determinante de la calidad de vida y de la situación de salud que pone en riesgo no solo los entornos nucleares afectados por la violencia, sino también aquellos en los que la factibilidad y viabilidad para el desarrollo apoyan el cambio estructural macroeconómico del país. En febrero de 2007 se contabilizaban más de 300.000 desplazamientos (2006-2007) ^{*21}

Esto plantea una reflexión importante en aras de la equidad en la atención de los servicios la demanda y las necesidades en salud y la necesidad de generar proyectos sociales para este tipo de población, ubicada

principalmente en los asentamientos urbanos y suburbanos de nuestras ciudades y que replantea un compromiso ético y político de los diferentes actores involucrados en el problema. El desplazamiento forzado se pone de manifiesto en los primeros lugares de inequidad, como una situación determinante de la calidad de vida y de la situación de salud que pone en riesgo no solo los entornos nucleares afectados por la violencia, sino también aquellos en los que la factibilidad y viabilidad para el desarrollo apoyan el cambio estructural macroeconómico del país. Un primer análisis fue realizado con respecto al índice ceo-d a los 5 años, considerado este por ser una edad prioritaria dentro de las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMSS).⁺²²

Esto puede ser explicado por factores relacionados con las condiciones sociales, culturales y económicas de las familias; así como por el nivel educativo de los padres en estratos bajos y factores culturales y económicos.

Dichas diferencias entre los estratos sugieren situaciones de inequidad y dificultades de acceso en la atención en salud. Existen características propias de cada región en términos no solo geográficos, sino también políticos y sociales, que determinan el acceso a programas en salud bucal.⁺²²

Por otro lado, considerando el índice COP a los 12 años, el promedio nacional es de 2 a 3, acorde con las metas mundiales de la OMS por debajo de 3,0; sin embargo, se observan las siguientes situaciones: en primer lugar, existe una relación entre el nivel socioeconómico y la brecha entre dientes cariados y obturados, que se hace mayor en el estrato 1 que el 5, con la tendencia a aumentar el promedio de dientes cariados a menor estrato (mayor prevalencia) y, por tanto, menor número de dientes obturados a mayor estrato.^{*22} Esto también sugiere situaciones relacionadas con el acceso a programas de salud bucal, tanto preventivos como de intervención y dificultades en la atención (inequidad) para este grupo de edad.

El análisis muestra cómo en las regiones más desarrolladas de nuestro país, en términos socioeconómicos y políticos se cumplieron las metas con relación a las menos desarrolladas. Los indicadores de salud bucal generales han disminuido con respecto a estudios anteriores.^{*23}

Esta disminución se ha explicado, según los expertos, por dos aspectos, uno de ellos enfatiza el papel del flúor como el agente más benéfico en la disminución de la caries dental, y el otro tiene que ver con la premisa de que la caries es una enfermedad infecciosa y multifactorial; en este último caso se enfatiza la importancia de factores determinantes de tipo colectivo y de tipo individual.

En contraste, algunos estudios internacionales llaman la atención sobre el hecho de la polarización de la caries dental, en la cual un gran número de casos de caries dental se concentra en pocos individuos, y en algunos casos se ha establecido la hipótesis de que el 75% de la enfermedad se halla en el 25% de la población, aunque con ciertas diferencias por grupos de edad.^{*24} Tanto los indicadores sociales y económicos como los indicadores en salud bucal anteriormente expuestos llevan a pensar en la integración de las ciencias sociales y políticas con la epidemiología y un campo de mayor análisis según los objetivos del milenio.

Es importante tener en cuenta que los procesos de reformas estructurales en América Latina, y en otros países del desarrollo, han tenido influencia en los indicadores de morbilidad en los diferentes países.

Asumir la salud bucal como un derecho fundamental

La salud es un derecho fundamental, y la salud bucal no puede excluirse de este proceso, el de entenderla como un derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y de las comunidades.^{*25} La salud bucal colectiva debe ante todo reconocer las capacidades del ser humano y desde

allí es donde se debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo.

Desde los sectores sociales se debe promulgar la obligación de un Estado como el que se contempla en la Constitución Política Nacional de 1991 y que aboga por la búsqueda permanente de bienestar. Desarrollando estrategias y políticas para la disminución de la prevalencias de las enfermedades bucales como la caries y la enfermedad periodontal, estamos en el auge de nuevas concepciones que van más allá del entendimiento de estas patologías vistas desde un punto de vista infeccioso, funcional, y conllevan su comprensión desde el aumento, cada vez mayor, de patrones de belleza estéticos y cosméticos. La participación social es una estrategia puesta al servicio de la comunidad; sin embargo, debe existir una correspondencia entre los diferentes actores. Se puede comparar a la comunidad con un tejido donde cada persona es una célula que se interrelaciona con otras, en formas variadas y cumpliendo un objetivo.

Hablando de salud este colectivo cumple un importante papel en el fortalecimiento de su acción por medio de estrategias, una de ellas es denominada empoderamiento, este puede definirse como: *“el proceso de acción social que promueva la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social”*.^{26,27}

Sin embargo, la participación no solo involucra a los grupos sociales por intervenir. Para la salud bucal colectiva tienen diferente cabida los diversos gremios como las instituciones sociales, educativas, de salud, y las diferentes organizaciones de apoyo. Las experiencias socioculturales también constituyen un análisis de la salud bucal colectiva, porque permiten conocer las vivencias propias del individuo, su forma de asumir el proceso salud-

enfermedad en su familia y en su comunidad, a través de metodologías cualitativas, para reconocer y comprender los discursos de los actores involucrados.

Práctica odontológica como elemento integrado a la respuesta social,

Existe un llamado a los sectores académicos para contribuir con la formación de un recurso humano consciente de los procesos sociales que vive el país. En la universidad se pretende articular la formación en salud colectiva dentro de sus funciones, docencia, investigación y extensión, de tal manera que se permita acoplar el saber con el hacer para poder abrir el horizonte hacia alternativas que faciliten la formación de profesionales de calidad, con mayor criterio social y con capacidad crítica y reflexiva.^{*28,29}

En docencia, los diferentes cursos deben estar dirigidos a que el futuro profesional entienda la odontología en los sistemas de salud y en los modelos de atención del país. En investigación, es necesario partir de la descripción de la realidad a través de metodologías mixtas que permitan abordar los principales problemas de salud bucal de las comunidades. En extensión, las instituciones formadoras de recurso humano hacen presencia a través de acciones de promoción, prevención y atención en las comunidades.^{*28}

Durante muchos años la planificación de programas de salud bucal y su posterior ejecución no han tenido los mejores resultados. Las herramientas y las pedagogías participativas en salud se orientan hacia el desarrollo de capacidades y criterios, favorecen el autoestima y la autodeterminación, potencian la comunicación y la construcción colectiva y validan el aprendizaje adquirido.

En otras palabras, se integra un proceso democrático para la construcción de políticas y estrategias en salud bucal. La evaluación de los programas de

promoción implica el monitoreo y seguimiento permanente de las actividades con miras al cumplimiento de objetivos macro y micro, así como hacia la evaluación del impacto de los mismos en el grupo meta. ^{*28,29} Esto tiene cabida en modificaciones sustanciales en los índices epidemiológicos y en la adquisición de mayores y mejores conocimientos, actitudes y prácticas ante la salud oral.

Se encuentra, así mismo, el Observatorio de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica, como un espacio para visualizar diferentes experiencias y necesidades en cuanto a formación, educación y seguimiento de acciones y programas concernientes a políticas y planes, programas y servicios, entre otros aspectos.

Por lo tanto, se asume que la salud es un derecho humano básico y pese a que los problemas bucales no representan causas de muerte inmediata para los individuos, sí menoscaban su calidad de vida porque prolongan estados de dolor y sufrimiento, limitaciones y desventajas sociales y funcionales, hasta el componente estético y el psicológico.

Por ello, la práctica de la salud bucal asume una responsabilidad técnica, biológica y social, y al articularse desde la óptica social de la salud general se plantea el reto de la salud bucal colectiva. ^{*29}

4.- Órganos del Sistema Nacional de Salud (Estructura)

La política de salud se concentró en controlar las enfermedades contagiosas, fomentar los servicios de salud básica en ciertas zonas mal atendidas y la planificación familiar. En 1943, se estableció la principal institución de seguridad social, con integración vertical, para los trabajadores asalariados empleados en el sector formal de la economía. Así, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) agrupó el sin número de esquemas de cobertura ofrecidos por sindicatos o concentrados por industria que existían con

anterioridad. Se creó la Secretaría de Salud (entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia). A esto siguió la creación, en 1960, de un esquema independiente de seguridad social para los trabajadores del Estado (ISSSTE), mientras que una serie de programas para cubrir grupos de sectores específicos se instituyeron en forma subsiguiente, como a los trabajadores de la industria petrolera (PEMEX).

La cobertura de las personas que no eran asalariadas en el sector de empleo formal quedó en manos de los hospitales públicos administrados por la Secretaría de Salud y, luego de una descentralización en dos etapas, de los Servicios Estatales de Salud (SESA).

La combinación de una serie de prestadores de servicios y aseguradores integrados de manera vertical para los empleados asalariados en el mercado laboral y un sistema de hospitales públicos que atienden a quienes no están cubiertos en el sistema de seguridad social ha llevado a la fragmentación del sistema de salud. Esto, a su vez, obstaculiza la búsqueda de un enfoque más amplio y coherente de la salud pública y la política de atención médica. También existen grandes disparidades en la cobertura del aseguramiento, en el gasto público y en las condiciones de salud entre los estados del norte y el sur de la federación, lo que es reflejo de las diferencias en los niveles de desarrollo económico y social, de educación y de problemas epidemiológicos.^{*30}

El Sistema Nacional de Salud (SNS) combina varios esquemas públicos integrados con un extenso mercado privado. El sector público incluye un sistema descentralizado administrado por los gobiernos federal y estatales y un sistema de seguridad social que cubre a los empleados asalariados del sector formal. En ambos casos, los prestadores de servicios están integrados con las instituciones de financiamiento, cuyos empleados son remunerados, en su mayoría, por medio de salarios. El sector privado incluye un mercado

casi sin regulación en el que los usuarios pagan a los prestadores de servicios la mayor parte de las veces directamente de sus bolsillos a precios de mercado, aunque los seguros privados de gastos médicos cubren cierta parte del gasto privado en el caso de una proporción muy limitada de la población. El pago de bolsillo de los usuarios representa más de la mitad del financiamiento total de los servicios de salud, mientras que los ingresos tributarios, las contribuciones a la seguridad social de los empleadores, los empleados y las primas de los seguros privados representan el resto.^{*30}

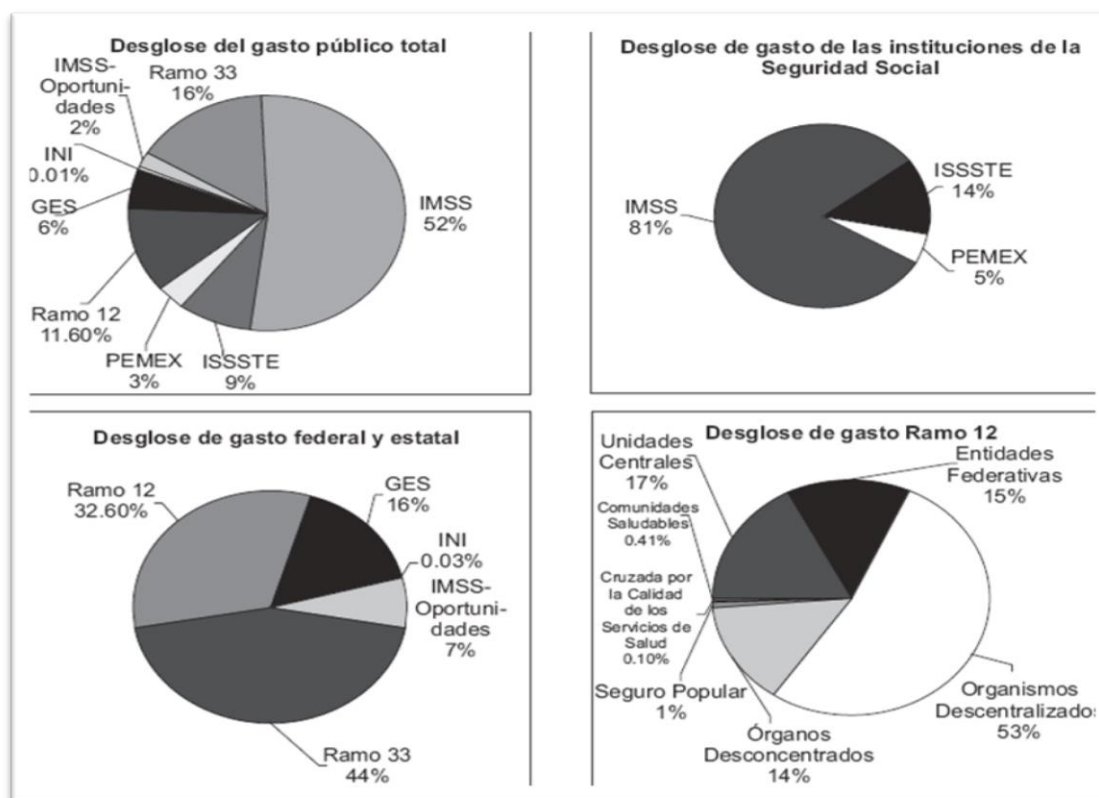
Las instituciones de la seguridad social también reciben una aportación considerable del gobierno federal que proviene de la recaudación tributaria general. Por ejemplo, en 2002, las asignaciones federales al IMSS representaron 30 del total de ingresos relacionados con salud.

- **Financiamiento de la salud en el nivel federal:**

Secretaría de Salud; El Ramo 12, incluye el presupuesto de la Secretaría:

- ✓ El componente de salud del programa Oportunidades
- ✓ Recursos para programas de salud pública.
- ✓ Recursos para el Seguro Popular de Salud (SP)
- ✓ Institutos Nacionales de Salud (INS)
- ✓ Hospitales

Desglose del gasto público en salud por institución, 2002



Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004)

Operados por el gobierno federal y que no se han descentralizado al gobierno del Distrito Federal. También solía incluir el programa **IMSS-Oportunidades**, aunque en la actualidad estos recursos se transfieren en forma directa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) al IMSS.

5.-Transición epidemiológica y envejecimiento de la población

De acuerdo al índice de marginación, utilizado por el gobierno mexicano como medida resumida del grado de privación social, económica y la falta de acceso a servicios, por lo general es más alto en entidades del centro y el sur del país.

También se observan disparidades entre estados en la disponibilidad de infraestructura y servicios básicos (como agua potable, servicios de drenaje, pisos no de tierra) y educación. Las desigualdades sociales que se describen antes se reflejan en las condiciones de salud.

Las zonas más ricas del país tienen un perfil epidemiológico más cercano al de países más desarrollados de la OCDE, mientras que las enfermedades contagiosas aún son una causa importante de muerte en los estados más pobres. (Fig. 4)

Fig. 4 Índice de marginación por entidad federativa, 2000



Nota: El rango del índice de marginación va de: -1.5 a -1.2 muy bajo; -1 a -0.6 bajo ; -0.4 a -0.1 medio; 0 a 0.8 alto y 0.9 a 2.25 muy alto. Fuente: CONAPO (2001) Índice de marginación, estimación basada en INEGI: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

México ha experimentado una transición epidemiológica; Hace medio siglo, las enfermedades contagiosas e infecciosas, como la diarrea, la influenza y la neumonía, representaron la principal causa de muerte para la mayoría de la población, y han disminuido de forma continua como fuente de mortalidad a lo largo de los años, mientras que ha aumentado la importancia de las enfermedades no contagiosas, como las afecciones crónicas y las relacionadas con la edad. ^{*31}

Estos padecimientos son ahora la principal causa de muerte y, como en otros países de la OCDE, las enfermedades cardiovasculares son el principal motivo de muerte en México (16% de todas las muertes) y la diabetes, que representa 12% de la mortalidad en 2002, es la causa de muerte de mayor importancia.

Los padecimientos contagiosos tienen mayor presencia en la actualidad en las zonas rurales y donde el grado de integración social y económica es bajo.

En comparación con otros países de la OCDE, México dedica una proporción relativamente baja de su PIB al gasto en salud, sin embargo se mostró un aumento en México de 4.8% en 1990 a 6.1% en 2002. ^{*31}

6.-Demografía, cobertura y programas prioritarios

En términos de población, México se sitúa en tercer lugar entre los países de la OCDE, después de Estados Unidos y Japón, con un número estimado de 102 millones de habitantes en 2002 (OECD, 2004) contra 68 millones en 1980. ^{*31}

El proceso de urbanización de México ha sido acelerado y, algunas veces, desordenado. Al principio de este siglo, más de tres cuartas partes de la población vivían en zonas urbanas, en comparación con dos terceras partes en 1980. Casi una tercera parte de la población se concentra hoy en cuatro zonas metropolitanas principales y cerca de 20 millones de personas viven

en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Una cuarta parte de la población vive en localidades de menos de 2 500 habitantes (INEGI, 2000), en comparación con la mitad en 1950. Según el estudio, estas localidades se sitúan a menudo en partes remotas del país y albergan a la mayoría de la población indígena, que asciende a 11 millones de personas.^{*32}

La dispersión de la población en las zonas rurales ha permanecido alta, elevando el costo de proporcionar acceso a servicios de salud y otros servicios sociales. Aunque los grupos étnicos indígenas se encuentran dispersos en todo el territorio mexicano, se concentran en las zonas rurales pobres del centro y el sur del país y sufren de bajos niveles de educación, estado de salud de ingreso.

El sistema de seguridad social en México es obligatorio para los trabajadores asalariados en el sector formal y proporciona servicios de salud y otras prestaciones para los beneficiarios y sus dependientes. Se observa el funcionamiento de varios fondos, cada uno de los cuales cubre distintas categorías de empleados.^{*32} Estas instituciones son responsables de financiar y prestar servicios de salud a sus afiliados y operar como estructuras integradas de manera vertical. Cada una de ellas emplea médicos asalariados y es propietaria de hospitales y clínicas. Las instituciones también proporcionan una serie de prestaciones adicionales a sus miembros, como licencias de maternidad e incapacidad, seguro de vida, invalidez y vejez, despido y retiro, accidentes laborales y guarderías.^{*31} En comparación con otros países de la OCDE, la población mexicana es joven. En 2002, 5.2 % de la población tenía 64 años de edad o más, en comparación con 14.3 por ciento para el promedio de los países de la Organización.

No obstante, México ha experimentado una acelerada transición demográfica. Luego de registrar una tasa alta de crecimiento demográfico

durante casi todo el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial reflejando la combinación de una esperanza de vida más larga y alta fertilidad el aumento de la población perdió aceleración de manera notable durante las últimas dos décadas, conforme se redujo de manera drástica la tasa de fertilidad. Las tasas brutas de fertilidad pasaron de 7.2 hijos por mujer entre 15 y 49 años de edad en 1960, a 2.4 hijos en 2000. Por su parte, las tasas de mortalidad se redujeron a la mitad durante el mismo periodo. Como resultado, la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años de edad aumentó en forma constante.^{*33}

Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina

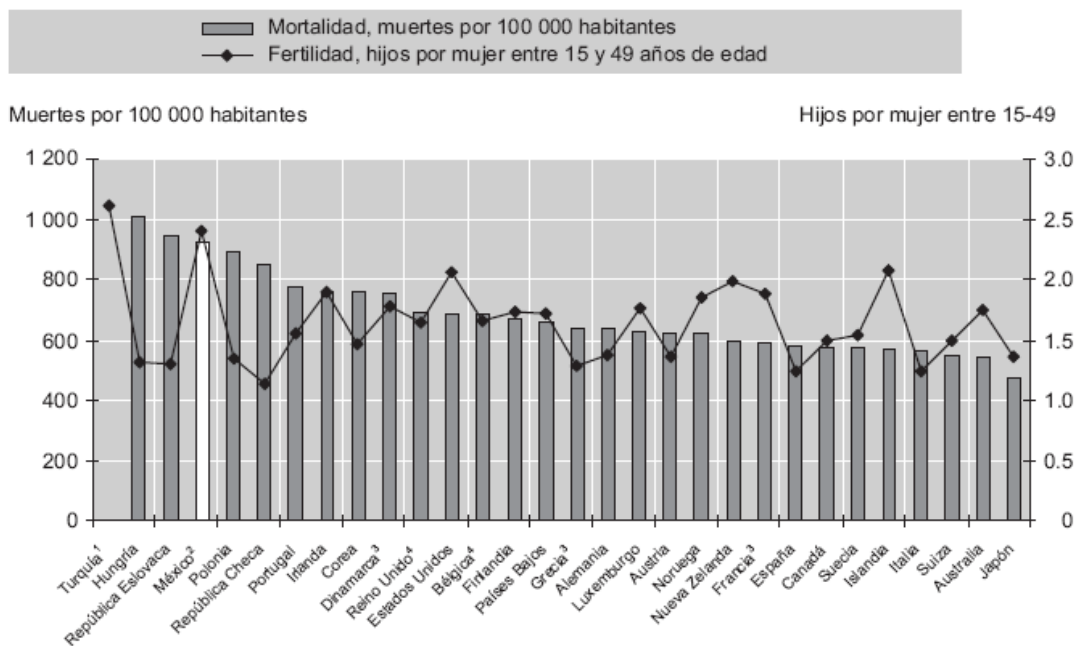
	PIB per cápita, US\$ PPC ¹	Gasto en salud como proporción del PIB ²
México	8 540	6.1
Argentina	9 230	9.5
Brasil	7 250	7.6
Colombia	5 870	5.5
Costa Rica	8 260	7.2
Chile	9 180	7.0

Organización Mundial de la Salud (2000) WorldHealthReport. En 2001, México reportó 5.8% en el indicador “gasto en salud como porcentaje del PIB”, de acuerdo con Secretaría de Salud. Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas, 1a. edición, México, D.F.

Entre 1960 y 2002, México experimentó también uno de los mayores aumentos en la esperanza de vida, con respecto a la zona de la OCDE (17años). Sin embargo, la esperanza de vida al nacimiento continua entre 3.5 y 2.6 años inferior a los promedios respectivos de la Organización para hombres y mujeres, por lo que se ubica entonces en el segmento más bajo de los países de la OCDE e inferior al de muchos países con niveles de desarrollo similar (Secretaría de Salud, 2001). Se cuenta con que estos

patrones continúen en el futuro. Se espera que la estructura de la población por grupo de edad, que se muestra en la (Gráfica 1.5), envejezca durante los próximos 50 años, como resultado de caídas adicionales en las tasas de fertilidad y de mortalidad que, por el momento, se sitúan entre las más altas de los países de la OCDE. ^{*33} Por su parte, se espera que el tamaño de la población en edad de trabajar aumente, de apenas poco más de 60 por ciento de la población, a casi 70 por ciento en la década entre 2020 y 2030 (conforme los grandes segmentos de jóvenes se incorporen a la fuerza laboral). Debido a que el aumento en la proporción de personas de edad avanzada se verá compensado en parte por el descenso progresivo en el número de hijos, no se tiene proyectado un crecimiento notable en la tasa general de dependencia.

Mortalidad y fertilidad en países seleccionados de la OCDE



OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición

Cobertura y financiamiento de servicios de salud

La cobertura de los servicios de salud en México se encuentra en extremo fragmentada. La estructura del financiamiento de la salud refleja los numerosos esquemas de aseguramiento y el papel significativo del sector privado en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud.

Los términos **“no asegurado”** y **“asegurado”** se refieren a un entorno institucional particular en el que las personas reciben la atención médica.

- La población **“asegurada”** recibe atención gratuita de prestadores de servicios que pertenecen a su institución de seguridad social.
- La llamada población **“no asegurada”**, aunque no está cubierta por un mecanismo de aseguramiento, puede tener acceso a servicios de salud a costos marcadamente menores que los de mercado en establecimientos de la Secretaría de Salud y de los estados financiados con recursos públicos.

Con base a esto, a lo largo del tiempo, se han diseñado varios programas públicos, la mayoría de los cuales se encuentran aún en operación, para facilitar el acceso a los servicios de salud para la población no asegurada. Estos programas han mejorado de manera considerable el acceso a los servicios. En la actualidad, sólo una fracción mínima de la población no está asegurada y no tiene acceso alguno a servicios de salud, aunque persisten los problemas de calidad y adecuación de los servicios que se prestan en los establecimientos de los estados. Se estima que alrededor de la mitad de la población tiene acceso a aseguramiento en salud por medio de los diversos sistemas de Seguridad Social (SS). Estas instituciones tienen el mandato de dar cobertura en servicios de salud a los empleados asalariados que trabajan en el sector formal, es decir, los trabajadores registrados por sus empleadores ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) u otras instituciones de seguridad social. La cobertura de la seguridad social también

puede obtenerse de manera voluntaria mediante el llamado **Seguro de Salud para la Familia (SSF)**, un esquema de aseguramiento en salud establecido por el IMSS para personas auto empleadas, al igual que por medio de un sistema de afiliación voluntaria. En la actualidad, sólo un número limitado de personas están cubiertas mediante el **SSF**.^{*35} En fechas recientes, la Secretaría de Salud dio a conocer una nueva reforma para extender la cobertura a quienes no tienen acceso a la seguridad social.

El Seguro Popular de Salud (SP) proporciona a las familias acceso voluntario a aseguramiento en salud. Es posible obtener un seguro médico en el sector privado, aunque el aseguramiento privado sólo cubre a menos de 3% de la población, que a menudo son personas que ya están cubiertas por el sistema de seguridad social.^{*35} Todos los esquemas y programas que operan en el sistema de salud mexicano difieren en función de las prestaciones que otorgan, los mecanismos de financiamiento y la población objetivo, así como del gasto por beneficiario.

Población cubierta y gasto por persona cubierta en México, 2002

	Gasto por programa (pesos corrientes, '000)	Cobertura ¹	Gasto per cápita (pesos corrientes)
Ramo 12 ²	20 127 347	50 507 097	399
Ramo 33	27 411 293	50 507 097	543
Gasto estatal en salud ³	10 000 370	50 507 097	198
Total federal y estatal	57 539 010	50 507 097	1 139
IMSS	91 020 087	40 930 315	2 224
ISSSTE	15 101 493	9 128 315	1 654
PEMEX	5 671 721	599 128	9 467
Total seguridad social⁴	111 793 301	52 532 867	2 128
Total sector público	169 332 311	103 039 964	1 643

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002.

Sistema de seguridad social (SS)^{*32}

El sistema de seguridad social en México es obligatorio para los trabajadores asalariados en el sector formal y proporciona servicios de salud y otras prestaciones para los beneficiarios y sus dependientes. Se observa el funcionamiento de varios fondos, cada uno de los cuales cubre distintas categorías de empleados.

Estas instituciones son responsables de financiar y prestar servicios de salud a sus afiliados como estructuras integradas de manera vertical. Cada una de ellas emplea médicos asalariados y es propietaria de hospitales y clínicas.

Las instituciones también proporcionan una serie de prestaciones adicionales a sus miembros, como licencias de maternidad e incapacidad, seguro de vida, invalidez y vejez, despido y retiro, accidentes laborales y guarderías.^{*35}

Las principales organizaciones de la seguridad social son:

- **IMSS**
- **ISSSTE.**

El **IMSS** es la institución más grande y uno de los principales empleadores de México, el cual proporciona seguridad social a la mayoría de los empleados asalariados formales del sector privado y sus familias. El **ISSSTE**, ofrece protección de seguridad social a los trabajadores del gobierno (en su mayoría empleados federales y algunos estatales). Otras instituciones de menor envergadura atienden a los empleados de la marina (**SEMAR**), de la armada (**SEDENA**) y del monopolio petrolero del Estado, **Petróleos Mexicanos (PEMEX)**.⁺³⁵ En la Ciudad de México, la fuerza de policía, el gobierno del Distrito Federal y el Metro (sistema de transporte colectivo subterráneo) cuentan con sus propios convenios de seguridad social. Se estima que el total de la población asegurada asciende a 52.5 millones o 51 % de la población total.

Durante las crisis económicas sucesivas de las décadas de los 80' y 90', el empleo experimentó un cambio hacia el sector informal, el cual comprende alrededor de una cuarta parte del número total de trabajadores, es decir, el segmento del mercado laboral en el que los empleadores no declaran a sus empleados y no realizan aportaciones a la seguridad social. Sin embargo, algunas de estas personas pueden estar cubiertas si son dependientes de alguien con cobertura en la seguridad social (INEGI, 2004). Se estima que el sector informal absorbe cerca de una tercera parte de las personas que ingresan cada año al mercado laboral.⁺³⁵

En la actualidad, el financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de una combinación de aportaciones de empleadores y trabajadores y una transferencia del gobierno federal. La reforma financiera llevada a cabo por el IMSS en 1995 (y puesta en marcha desde mediados de 1997) se está acercando a una situación de estabilidad luego de un periodo de transición de 10 años.

La reforma ha aumentado de manera importante el financiamiento del gobierno para la atención médica mediante los beneficios enfermedades y maternidad.

En el caso del ISSSTE, el gobierno contribuye en su capacidad de empleador y la tasa de contribución de 9.5% (de la remuneración) se reparte (en una proporción de 70/30) entre el empleador y el trabajador. Sin embargo, el ISSSTE aún registra un déficit alto.

Las prestaciones de servicios de salud que cubre el sistema de SS incluyen todos aquellos servicios que se prestan en cada establecimiento de SS. No existe un paquete de servicios o una lista específica de lo que se cubre, aparte de un derecho genérico a contar con cobertura de atención médica como lo indican la Ley General de Salud (LGS) y las leyes de seguridad social que rigen al IMSS y al ISSSTE. El tipo y alcance de los servicios que

reciben los derechohabientes depende de la disponibilidad de recursos en cada institución.^{*35} Los tratamientos que ofrecen los esquemas de SS incluyen los casos agudos y la consulta externa en hospitales, el embarazo y el parto, servicios de médicos generales y especialistas y la mayor parte de los medicamentos que se prescriben. No existe reparto de costos (copagos).

Seguro de salud voluntario operado por el IMSS (Seguro de Salud para la Familia, SSF).^{*35}

Incorporación Voluntaria al Régimen Ordinario (IVRO) A partir de la reforma a la seguridad social que se puso en marcha en 1997, el IMSS ofrece un esquema voluntario de prestaciones de salud orientado hacia las personas auto empleadas y otros trabajadores del sector informal llamado el Seguro de Salud para la Familia (SSF).

La cobertura que ofrece el SSF es la misma de que disponen los derechohabientes del IMSS mediante el Seguro de Enfermedades y Maternidad, aunque, en el caso del SSF, la cobertura del seguro está sujeta a tiempos de espera para ciertos servicios y a exclusiones para padecimientos preexistentes. La aportación que se realiza para el SSF se comparte entre el gobierno y el asegurado.

En la práctica, la afiliación voluntaria permanece en niveles bajos (alrededor de 360 mil personas en 2003).¹⁷ A fin de minimizar los problemas de selección adversa encontrados como resultado de la aplicación de primas fijas por familia y el alto costo de afiliarse al programa, en 2001 se puso en marcha un cambio en las tasas de contribución, de manera que las primas se ajustan ahora por el número y la edad de los miembros de la familia.

La edad promedio de los suscriptores al programa (entre 39 y 40 años de edad) es en gran medida mayor que la de los afiliados al sistema global del IMSS (entre 29 y 30 años de edad). cambio en las tasas de contribución, de

manera que las primas se ajustan ahora por el número y la edad de los miembros de la familia. La edad promedio de los suscriptores al programa (entre 39 y 40 años de edad) es en gran medida mayor que la de los afiliados al sistema global del IMSS (entre 29 y 30 años de edad).

Las personas empleadas en negocios pequeños o los trabajadores independientes (como en el caso de las empresas familiares, los artesanos, los trabajadores domésticos, etcétera) pueden afiliarse al régimen ordinario del IMSS de manera voluntaria (la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio, IVRO) por medio de un convenio con el IMSS.

Las personas aseguradas mediante el esquema de IVRO, pagan tanto la aportación del empleador como la del empleado, en un equivalente del salario mínimo del Distrito Federal.

Las prestaciones que se obtienen incluyen los servicios médicos y de maternidad, invalidez y seguro de vida, además de la jubilación. Sin embargo, de estos se excluyen algunos tratamientos y artículos médicos, tales como:

- Dentales
- Óptica,
- Tratamientos de fertilidad
- Exámenes médicos preventivos.

No se incluyen en el seguro las condiciones preexistentes y además, existen periodos de espera para algunas condiciones. Acceso a servicios financiados por el sector público fuera de la seguridad social.

- **Prestadores de servicios pertenecientes a la Secretaría de Salud y a los Servicios Estatales de Salud (SESA)^{*35}**

La Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) son responsables de prestar servicios médicos a quienes no pertenecen al sistema de seguridad social, por lo general, a cambio del pago de cuotas de recuperación en función del ingreso. Las personas cubiertas por el sistema de seguridad social también tienen acceso a los SESA.

La población no cubierta por la seguridad social es un grupo heterogéneo, que incluye a personas de zonas rurales y marginados urbanos. Una buena parte de esta población aún enfrenta algunas dificultades de acceso debido a los problemas de distancia y de falta de insumos médicos.

➤ **Otros programas para mejorar el acceso de la población no asegurada**^{*35}

Durante los últimos años se han puesto en marcha diversos programas orientados a mejorar el acceso a los servicios para la población no asegurada y ofrecerles, por lo menos, los servicios básicos

- **El programa IMSS-Oportunidades**^{*36} es administrado por el IMSS, pero financiado ante todo por el gobierno federal, estos prestos servicios ambulatorios, de hospitalización y de entrega de medicamentos a comunidades pequeñas, en zonas donde no se dispone de otros servicios. Las personas que viven en estas zonas cumplen los requisitos para recibir servicios de salud sin costo y no tienen que demostrar que carecen de otros medios de acceso a ellos.

En 2002, este programa contaba con un presupuesto de 4.2 miles de millones de pesos (2.4% del total de gasto público en salud) y se estima que atendía a una población de 11 millones de personas. Debido a la falta de un padrón de personas cubiertas, un gran número de usuarios (que se estima en más de una tercera parte) que utilizó los servicios que ofrece el esquema IMSS-Oportunidades está asegurado por el IMSS.

- El programa IMSS-Oportunidades es administrado por el IMSS, pero financiado ante todo por el gobierno federal. El esquema presta servicios ambulatorios, de hospitalización y de entrega de medicamentos a comunidades pequeñas, en zonas donde no se dispone de otros servicios. Las personas que viven en estas zonas cumplen los requisitos para recibir servicios de salud sin costo y no tienen que demostrar que carecen de otros medios de acceso a ellos.

En 2002, este programa contaba con un presupuesto de 4.2 miles de millones de pesos (2.4 por ciento del total de gasto público en salud) y se estima que atendía a una población de 11 millones de personas. Debido a la falta de un padrón de personas cubiertas, un gran número de usuarios (que se estima en más de una tercera parte) que utilizó los servicios que ofrece el esquema IMSS-Oportunidades está asegurado por el IMSS (Banco Mundial, 2004).

El Programa de ***Ampliación de Cobertura (PAC)*** se estableció en 1996 para extender el acceso de la población rural e indígena y operó hasta 2003. El esquema financiaba el acceso a un paquete básico de servicios de salud y acceso a cirugía ambulatoria y rehabilitación. El PAC también financiaba la operación de unidades móviles que transportaban a médicos y personal de enfermería a zonas remotas.

El esquema era financiado por el gobierno federal con aportaciones de los estados y recibía apoyo del Banco Mundial. En 2003, los recursos financieros para este programa se transfirieron a los estados como parte de sus asignaciones federales.

- **Oportunidades**^{*37} (articulado a partir de un programa previo: **Progres**a), es un programa de combate a la pobreza que proporciona, de manera condicionada, apoyos al ingreso y servicios sociales y de salud a las personas en situación de pobreza extrema.^{*35}

El programa, que es administrado por la *Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)*, está orientado a aumentar el capital humano de las personas pobres. Su componente de salud ofrece acceso al mismo conjunto de servicios básicos que se incluyó en el PAC, y que se presta en instalaciones de los SESA o de IMSS-Oportunidades.^{*35}

Existe cierto nivel de traslape en estos programas, tanto en el caso de los servicios cubiertos como de la población que cumple con las condiciones para ser beneficiaria.

Debido a que sólo *Oportunidades* cuenta con un padrón de personas susceptibles de ser seleccionadas, también existe el potencial de cometer errores de selección, como en el caso de personas que ya están cubiertas por una institución de seguridad social y que utilizan los servicios que ofrecen estos programas.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular de Salud (SP)^{*36}

La reforma de 2003 que estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) institucionalizó un programa piloto que ya existía, el Seguro Popular de Salud (SP), y entró en vigor a partir del inicio de 2004.

Este esquema voluntario se orienta a proporcionar acceso a aseguramiento en salud para quienes no cuentan con protección de la seguridad social. A fines de diciembre de 2004, cubría a 1.5 millones de familias.

La cobertura del SP se ampliará de manera progresiva y se espera que, para 2010, se ofrezca a toda la población no asegurada. El SP es financiado de forma tripartita, con contribuciones del gobierno federal, los estados y una pequeña aportación de las familias definida en función de su ingreso.^{*36}

- Los servicios comprendidos en el SP consideran un paquete esencial de intervenciones de atención primaria y secundaria y algunas intervenciones terciarias de alto costo, que se ofrecerán de manera gratuita en el momento de recibir la atención (aunque podría ponerse en marcha la modalidad de copago para las intervenciones con el potencial de generar una sobre utilización inducida por el fenómeno de “riesgo moral”). Cabe destacar que también se cubren los medicamentos recetados.

Seguro Privado de Salud^{*36}

Se estima que alrededor de 3% de la población mexicana cuenta con cobertura de seguros privados de salud, la mitad de la cual se realiza por medio de planes colectivos patrocinados por los empleadores, quienes tienen la posibilidad de deducir el costo de las primas de su ingreso gravable. Los compradores de seguros privados pertenecen sobretodo al segmento de la población con ingresos altos.

Parte de las pólizas colectivas de las ISES, está representada por planes sólo de prestación de servicios de gestión, en los que los empleadores asumen el riesgo de aseguramiento y las ISES actúan como administradoras de solicitudes de pago y cobro de primas. Este tipo de pólizas incluye a los bancos que ejercieron la llamada “reversión de cuotas”, sistema establecido en la Ley del Seguro Social, según el cual la empresa recibe el reembolso de parte de sus aportaciones al seguro de salud del IMSS.

Esta opción formalizó los convenios existentes en el sector bancario y con algunas industrias al norte del país que proporcionaban su propia cobertura de aseguramiento para sus empleados desde antes del establecimiento del IMSS, a cambio de una reducción de 71.5% en las aportaciones relacionadas con salud que se pagaban al IMSS. Sin embargo, esta opción sólo representa cerca de 2% del derecho habiente del IMSS.^{*36}

El mercado mexicano de seguros médicos privados es un participante muy reducido del sistema de salud, con pocas probabilidades de representar un porcentaje significativo del gasto total en el sector. El costo alto de las primas para las pólizas privadas constituye una barrera financiera considerable para la gran mayoría de la población mexicana, proporcionabansu propia cobertura de aseguramiento para sus empleados desde antes del establecimiento del IMSS, a cambio de una reducción de 71.5% en las aportaciones relacionadas con salud que se pagaban al IMSS. Sin embargo, esta opción sólo representa cerca de 2 por ciento de los derechohabientes del IMSS.*³

7. Recursos Humanos para la Salud

7.1 Odontológicos

Las profesiones ligadas a la salud presentan un amplio y complejo universo, donde conviven, a veces muy distanciados si no es que confrontados, varios actores e instituciones. En teoría, las prioridades de todos deberían coincidir en el terreno práctico, en cuanto a la atención con calidad y oportunidad a la población. El caso de los odontólogos no es distinto. En el presente número se abordan algunos aspectos generales sobre las escuelas y la matrícula, y la situación de los odontólogos en el mercado de trabajo. *³⁸

Para el nivel de licenciatura, en el año 2004 existían 54 escuelas en México, de las cuales el 46.3% eran privadas.

En el mismo año la matrícula llegó a 27,362 (22.2% de la población se encontraba en escuelas privadas). Por otra parte, en el mercado de trabajo se reportó para el año 2004, la existencia de 153,102 personas que declararon (en la Encuesta Nacional de Empleo) haber estudiado odontología.

De ese total, el 27% no trabajaba y el 18.3 se dedicaba a labores ajenas a su formación, es decir, un 45.3% se formó en las aulas como odontólogo y no ejerce.^{*38}

Se realizó un análisis comparativo entre ambos años, se observó un incremento porcentual entre estos profesionales de 61.1%³.

Su distribución por género se mantuvo estable entre los períodos estudiados en donde seis de cada diez odontólogos, eran mujeres.

Con relación a la formación académica, más del 90% contaba con el grado de licenciatura (cifra para ambos años), y la mayoría de ellos ejercían como odontólogos generales.

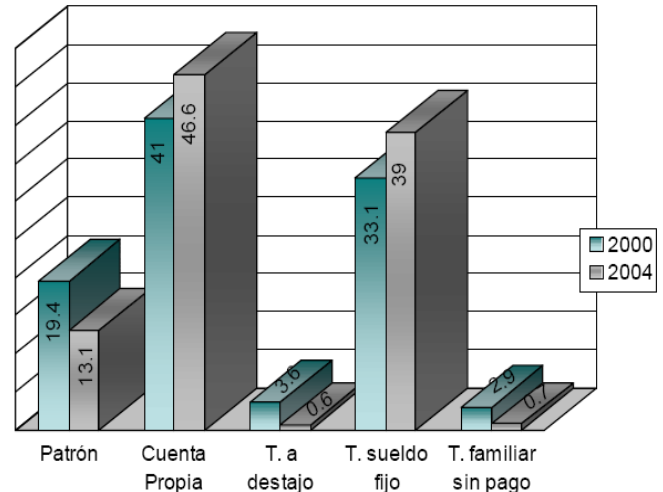
El nivel de especialización era muy bajo (menos del 10%), aunque se evidenció un pequeño aumento en el 2004 que alcanzó un 8.8%, que superó el 4.7% de especialistas que había en el año 2000.^{*38}

Respecto a su situación laboral, en el año 2000 el 80% de los profesionales se encontraba ocupado en alguna actividad, cifra que disminuyó para el 2004 a 73%. En este período también se observó una reducción en el porcentaje de odontólogos que trabajan en su área de entrenamiento, el cual pasó de 58 a 55%. Asimismo, más del 80% de los odontólogos ejercían su profesión en el sector privado, aunque hubo un leve incremento del empleo en el sector público. Estos datos coinciden con resultados de estudios anteriores⁴ que demuestran cómo la profesión odontológica en el país ha sido una profesión liberal⁵ caracterizada por la práctica independiente en el sector privado, situación que obedece, entre otras causas, al reducido número de plazas para odontólogos en las instituciones públicas y de la seguridad social, pese a la creciente demanda de este tipo de servicios.

Estudiante de Doctorado

El trabajo que ejercía el odontólogo en el sector privado tenía dos modalidades principales:

- Por cuenta propia 47%,
- Trabajador a sueldo fijo 39%.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo 2000 y 2004, México

Llama la atención la disminución porcentual entre ambos años cuando se califica como “patrón”: de 19 a 13%.^{*38}

Respecto a la remuneración, el 53% obtenía ingresos entre los rangos de 3 a 5 y más de 5 a 10 salarios mínimos (SM) en ambos años. No obstante, se encontró una pequeña diferencia en el 2004 ya que aumentó el número de profesionales que percibían de 3 a 5 SM y se redujo el grupo de los que ganaban de 5 a 10

Instituciones de Educación Superior de odontología y matrícula

De acuerdo a la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), para el año 2004 en México existían 54 escuelas y facultades de odontología, 29 públicas y el resto privadas. Estas últimas han mostrado un crecimiento sostenido, durante el periodo 1992 a 2004 pasaron de 9 a 25.^{*38}

Para el mismo lapso la matrícula total de licenciatura en odontología se duplicó en un plazo de 12 años al pasar de 13,581 a 27,362 alumnos. En 1992, el 90.2% de la matrícula correspondía a escuelas públicas y 9.8% a privadas; en el año 2004 la población total de las primeras llegó al 77.8% y las privadas alcanzaron 22.2% del total nacional.

Siguiendo con la información de la ANUIES, para 1992 el 43.3% del total de la matrícula nacional de odontología eran hombres y el resto mujeres; para el año 2004 la población femenina aumentó su participación en la matrícula cubriendo el 58.5%.^{*38}

Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica Avances del estudio^{*38}

Durante la etapa inicial del estudio (agosto 2006-marzo 2007) además de haberse realizado la Primer reunión interinstitucional sobre recursos humanos para la salud, se empezó la pesquisa de información secundaria de las tres principales instituciones empleadoras de este personal en el país: la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Se recolectaron datos para las tres instituciones, relacionados con el total de recursos humanos, categorías profesionales, distribución por nivel de atención y personal en formación.^{*38}

Por otra parte, se están trabajando las bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo, correspondientes al tercer trimestre de los años 2000, 2002 y 2001. La información que ha sido explotada es la siguiente:

- Total de personal por sexo y edad.
- Nivel de formación.

- Empleados: con más de un trabajo, número de horas trabajadas, tipo de trabajo, actividades que desarrollan (relacionadas o ajenas a su profesión), sector (público/ privado) en el que prestan sus servicios, ingresos en salarios mínimos.
- Desempleo. Motivos. En cuanto a la formación de los recursos humanos para la salud (RHS), se consultaron publicaciones de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) de los años 1990 a 2004, para construir series históricas sobre el total nacional de facultades y escuelas de nivel superior por régimen, matrícula nacional por sexo y régimen, total de egresos y total de estudiantes titulados para las cinco carreras consideradas en el estudio.

También en la primera etapa se diseñaron los instrumentos para la recopilación de información primaria, los cuales fueron piloteados y ajustados en marzo. Durante la segunda etapa del estudio (abril-noviembre, 2007) se dio inicio a las entrevistas a profundidad con informantes clave del nivel nacional y estatal, tales como planificadores y tomadores de decisiones en instituciones educativas, empleadoras y agencias con injerencia en la regulación de la práctica profesional.

Para la recolección de información estatal fueron seleccionadas cuatro entidades: Baja California, Campeche, Michoacán y San Luis Potosí. ^{*38} La sesión tuvo como objetivo revisar los avances a nivel nacional e internacional de la investigación en recursos humanos para la salud (RHS) y los retos que las políticas dirigidas a este sector enfrentan en la actualidad. Se encontraron coincidencias entre los planteamientos de los ponentes y el interés del público, particularmente en los siguientes tópicos:

- Aunque sea de manera tardía, se empieza a reconocer el papel preponderante que tienen los recursos humanos en el funcionamiento de los sistemas de salud.

- Existe un creciente desperdicio de la inversión social debido a que no se cuenta con una formación planificada de RHS.
- Es apremiante optimizar la distribución geográfica de los trabajadores de la salud para alcanzar a las poblaciones necesitadas.
- Es preciso realizar acciones conjuntas entre las instituciones formadoras y empleadoras para solucionar los desequilibrios en el mercado de trabajo (desempleo/subempleo/desperdicio).
- Se deben modificar las políticas de recursos humanos para alcanzar la equidad, calidad y eficiencia de los sistemas de salud y enfrentar los retos en la planeación de RHS.^{*38}

7.2 Médicos

Las instituciones de educación superior (IES), públicas y privadas, definen de manera poco coordinada y sin mayor planificación, sus políticas referidas a la formación de médicos, incluyendo los contenidos y prácticas de formación y, por ende, el perfil de los egresados. El mercado de trabajo en salud, por su parte, cuenta con una lógica propia que no necesariamente coincide con las políticas de las IES, aun cuando el mayor empleador de médicos es el sector público.*39

Matrícula de licenciatura en medicina

A escala nacional, la matrícula en la carrera de medicina aumentó 13 163 alumnos en el periodo de 1990 a 2001, es decir, un promedio de 1 197 estudiantes al año. La tasa de crecimiento anual muestra un comportamiento irregular, con variaciones marcadas:

- En 1992 aumentó 1.49%, luego de varios años de disminución; en 1993 volvió a decrecer en 3.01%, seguido por un periodo de tres años de crecimiento continuo; nueva vuelta a la disminución en 1997 y a

continuación otros tres años de incremento anual de la matrícula, hasta el año 2000, cuando alcanzó 4.0%.

Las Secretarías de Educación Pública y de Salud, las instituciones de educación superior, los colegios y las academias nacionales de medicina y de cirugía, entre las más relevantes. Si se incorporan al análisis algunos otros factores relacionados, como son los socioeconómicos, en donde lo relevante son las crisis económicas recurrentes y el crecimiento de la población en situación de pobreza, la transición demográfica hacia una población cada vez con mayor edad promedio e incremento del número de personas de edad avanzada, la transición epidemiológica experimentada en el perfil de salud dominante, los procesos de reforma del sector salud, la ampliación de los espacios de participación social en salud, el subempleo y el desempleo entre los médicos, la eficiencia terminal de la licenciatura en medicina o las políticas oficiales en el sector salud, se puede sostener la hipótesis de que tampoco estos otros elementos de contexto fueron determinantes del comportamiento de la matrícula.

Pareciera que han sido otros los factores predominantes, sobre todo criterios de política adoptados por cada una de las IES y por las instituciones del sector salud.

Se observan incongruencias entre las políticas educativas oficiales con respecto a las necesidades de salud de la población, evidenciadas en las limitaciones del gasto público para el sector educativo superior, la inexistencia de coordinación entre las escuelas, la carencia de un plan estratégico para el desarrollo de la enseñanza, el poco impulso a los procesos de acreditación de las escuelas formadoras, además de eventuales predomios de intereses individuales y de grupos académicos en lo que a inversión se refiere.^{*39}

Escuelas de medicina y algo más sobre la matrícula^{*40}

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina reportó en 1990 que existían 58 escuelas, para 1998 la cifra dada fue de 63, y para 1999 se contabilizaron 72. De esta manera, en los primeros ocho años del periodo señalado hubo sólo cinco nuevas escuelas, mientras que en sólo un año posterior se crearon nueve.

En el segundo semestre del 2001 no se reportaba con claridad cuántas escuelas habían cerrado y cuántas más habían abierto, pero para el mes de octubre se contabilizaron 80 escuelas.

Las asimetrías entre las escuelas de medicina se encuentran en casi todos los componentes fundamentales: planta docente, perfil de los alumnos, infraestructura, prestigio social, costos, experiencia, investigación, bibliotecas, aulas, laboratorios, equipos, etcétera. Las diferencias también son notables si se comparan las instituciones privadas con las públicas.

Con respecto al número y matrícula de las escuelas de medicina, cabe analizar lo acontecido en algún sector salud. Se observan incongruencias entre las políticas educativas oficiales con respecto a las necesidades de salud de la población, evidenciadas en las limitaciones del gasto público para el sector educativo superior, la inexistencia de coordinación entre las escuelas, la carencia de un plan estratégico para el desarrollo de la enseñanza, el poco impulso a los procesos de acreditación de las escuelas formadoras, además de eventuales predominios de intereses individuales y de grupos académicos en lo que a inversión se refiere.

Escuelas de medicina y algo más sobre la matrícula^{*40}

El número de escuelas de medicina existentes en el país difiere según la fuente que proporcione el dato y encierra enigmas sobre las consideraciones hechas para contabilizarlas como tal. **La Asociación Mexicana de**

Facultades y Escuelas de Medicina reportó en 1990 que existían 58 escuelas, para 1998 la cifra dada fue de 63, y para 1999 se contabilizaron 72. De esta manera, en los primeros ocho años del periodo señalado hubo sólo cinco nuevas escuelas, mientras que en sólo un año posterior se crearon nueve.

En el segundo semestre del 2001 no se reportaba con claridad cuántas escuelas habían cerrado y cuántas más habían abierto, pero para el mes de octubre se contabilizaron 80 escuelas.

Las asimetrías entre las escuelas de medicina se encuentran en casi todos los componentes fundamentales: planta docente, perfil de los alumnos, infraestructura, prestigio social, costos, experiencia, investigación, bibliotecas, aulas, laboratorios, equipos, etcétera. Las diferencias también son notables si se comparan las instituciones privadas con las públicas.

Las escuelas privadas se pueden establecer sin mayor trámite y con escaso control de las instancias normativas en la materia.

La matrícula de medicina sufrió efectos directos cuando las autoridades educativas, del nivel federal y estatal, intervinieron abiertamente en la BUAP y, entre otras medidas, limitaron las plazas para los estudiantes poblanos y de otras entidades federativas bajo el argumento de que convenía terminar con la masificación, vista ésta como causa de muchos de los males que padecían las IES.

El presupuesto federal técnicamente se suspendió y fue restituido con la condición de que se cumplieran los dictados oficiales; esta acción fue juzgada por algunos sectores universitarios como consecuencia de que la universidad estaba fuera de control y radicalizada políticamente. Llama la atención el número de egresados de medicina en las últimas década y la

cantidad de los que se titularon; diferencia que alcanza a ser de 17 184 para el periodo de 1990 a 2000.

En relación con la contratación de médicos en las distintas instituciones públicas y de seguridad social, encontramos que para el periodo de 1990 a 2001 el mayor crecimiento se registró en la SSA, dependencia que duplicó la cifra para alcanzar la cantidad de 56 113 en 2001. En ese año, superó por segunda ocasión en la historia al IMSS (régimen ordinario) en el número de médicos contratados; hasta antes del 2000 aquella institución había mantenido el liderazgo en ese rubro. ^{*39}

Por su parte, **Petróleos Mexicanos (Pemex)** manifestó un decremento de poco más de 800 médicos en nómina; los restantes organismos aumentaron en esos 12 años la cantidad de médicos contratados en los siguientes porcentajes: ^{*40}

- ✓ IMSS, 29%; IMSS Solidaridad, 33.2%; ISSSTE, 16.6 %

Las plazas generadas entre 1990 y 2001 resultaron insuficientes, luego de compararlas con el número de titulados en ese periodo. En total se contrataron 54 247 médicos frente a 73 969 estudiantes titulados, lo que significó una diferencia de 19 722, sin que se pueda afirmar que estos últimos se sumaron a las filas de los desempleados o subempleados, o que todos ellos laboren en el sector privado corporativo o de la práctica individual.

De acuerdo con la información publicada por la SSA, el número de médicos en el sector privado ha fluctuado enormemente: en 1991 se reportaron 10 868 y para 1993 la cifra fue de 46 163; dos años después llegaban a 58 724, en 1998 eran 17 604 y para el 2001 la cantidad se incrementó de nuevo, a 39 170. Es difícil interpretar la caída que hubo en 1998 y, sin considerarla, se observa una tendencia ascendente en el número de médicos contratados durante esa década. Uno de los datos que cuestiona por sí solo las fuentes o

los criterios adoptados, es que para 1999 se contabilizaron 62 951 médicos, es decir, un aumento de 45 347 de un año a otro (SSA, 1991 a 2001).⁴⁰

Por lo tanto afirmamos que:

- No se cuenta con un registro confiable sobre el número de médicos que ejercen de manera privada en México y que más complejo aún resulta saber con exactitud dónde se encuentran.
- Otro problema es el multiempleo entre los médicos, el cual no es fácil de estimar a través de las cifras disponibles, pero que se acepta como una realidad del sistema de salud mexicano.
- La certificación de médicos especialistas frente a los médicos generales.

Un aspecto relativamente reciente en el país en cuanto a las características de la fuerza de trabajo médica, es el requisito de certificación y recertificación para acceder a puestos de trabajo; esta condición es más empleada en el sector privado, mientras que en las instituciones públicas y de seguridad social aún no es indispensable para obtener un empleo.

En general, se considera que la certificación garantiza mayores competencias de los médicos y, por ende, mejores perspectivas de calidad en la atención. Otra vertiente de la certificación va en el sentido de considerarla como un mecanismo idóneo para que los médicos especialistas actualicen sus conocimientos profesionales de manera periódica.

La certificación se realiza a través de los consejos de cada especialidad médica, los cuales tienen entre sus principales objetivos “establecer los requisitos mínimos para la formación de especialistas” y “certificar a los especialistas que lo soliciten”.⁴⁰

En términos generales, son organizaciones profesionales con personalidad jurídica propia (asociaciones civiles) pero que formalmente sólo pueden

existir con la indispensable aprobación del **Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (C N N C E M)** y de la **Academia Nacional de Medicina (órganos no gubernamentales)**. **El CNNCEM** es responsable de otorgar la idoneidad a un solo consejo por especialidad, por lo que no puede existir más de uno; así mismo, esta cualidad debe ser reafirmada cada cinco años por la **Academia Nacional de Medicina**.

De acuerdo con la información de este Comité Normativo, el primer consejo de especialistas fue creado en 1963; para el 2000 existía un total de 47 consejos.

Independientemente de su ubicación laboral, el número de médicos especialistas tiene una tendencia ascendente en el país. Resta dilucidar la parte cualitativa de la formación y la certificación de los especialistas, lo que se hace a partir de la evidencia empírica, sin que existan estudios detallados al respecto.

Cabe afirmar que la metodología y contenidos de la certificación y de la recertificación son procesos que requieren de la actualización permanente, y en esa medida puede considerárseles perfectibles; además, se deben aplicar de manera rigurosa los criterios adoptados para que realmente contribuyan al propósito de garantizar la calidad en la práctica médica.

Al margen de las cifras diferentes dadas a conocer por las distintas fuentes, se observa un aumento en la proporción de especialistas frente a la de los médicos generales, sin que haya evidencias de que esto responda a las demandas en los servicios de salud.

En 1990, los médicos especialistas en contacto con pacientes en las instituciones públicas y de seguridad social sumaron 24 883, mientras que los generales eran 26 311; para 1993 los médicos generales eran superados en 1 195 por los especialistas; en 1999 la diferencia alcanzaba a ser de 7

373: médicos generales, 35 782, frente a 43 155 especialistas. Esta relación debe ser un punto a revisar, si la administración actual de la SSA busca efectivamente darle al primer nivel de atención una prioridad en la conformación del modelo de atención integral que plantea en su programa de trabajo 2001-2006.

La política de la SSA sobre la formación de recursos humanos para el sector salud. Como institución rectora del sector salud, la SSA ha definido en diversas ocasiones las políticas a seguir en materia de desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud. Rebasa el marco de este documento hacer un repaso del devenir histórico, por lo que nos limitaremos a resaltar los aspectos que juzgamos como ejes centrales de la política oficial en esta área.

En los últimos siete años, las propuestas de desarrollo sectorial de la salud se han hecho públicas a través de dos grandes programas:^{*40}

- ✓ El primero: *Programa de Reforma del Sector Salud (RSS) 1995-2000*, elaborado por un gobierno proveniente del Partido Revolucionario Institucional
- ✓ El segundo corresponde al *Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006*, anunciado por el gobierno emanado del Partido Acción Nacional, que maneja la administración pública desde diciembre de 2000.

Esta divergencia se apunta únicamente como un factor a tener presente en la reflexión, en particular si se buscan diferencias de fondo entre ellos. Los contenidos y las propuestas de ambos programas pueden juzgarse como válidos y convenientes, en lo que se refiere al área de los recursos humanos en salud, si aceptamos que los objetivos y estrategias enunciados se encaminan a resolver los problemas existentes;

El PNS 2001-2006 se centra de manera enfática en los problemas de cantidad y distribución de los recursos humanos, vinculándolos con una insuficiente coordinación entre las instituciones relevantes involucradas, lo cual resulta un diagnóstico ampliamente compartido entre los diversos actores del sector salud. También hay que considerar que no es la primera vez que esta característica se menciona, pues en la literatura publicada hace 10 años hay diagnósticos muy similares. Lo mismo sucede con algunas de las estrategias señaladas, como las adjudicadas a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y, algo más reciente, para el caso de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. En un foro sobre educación médica realizado en junio de 1989, uno de los participantes propuso: “El sistema de planeación en el área de la salud da participación a las instituciones formadoras de recursos humanos.

En la *Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos* en el área de la salud (sic) existe ya un programa diseñado conjuntamente que, partiendo de la detección de los problemas operativos existentes, permite la solución de éstos con la participación de las instituciones de salud y de las educativas. Esta comisión tendrá que considerar sus logros en los próximos años”.

Si se evaluara el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa de RSS 1995-2000, los resultados seguramente serían negativos para algunos de ellos. Éste sería el caso de los siguientes: “Planear la formación de recursos humanos de nivel técnico, de licenciatura y posgrado”, y “Regular la apertura de escuelas del área de la salud, así como las políticas de matrícula en función del mercado de trabajo”.

Respecto del primer objetivo anotado, cabe decir que si la planeación incluye previsión, coordinación, acuerdos, metas cuantitativas y cualitativas y

estrategias coordinadas entre los principales actores involucrados, se puede asegurar, a la luz de los datos expuestos en apartados anteriores, que poco o nada se avanzó.

En lo que se refiere a la regulación para la apertura de escuelas y de las políticas relacionadas, la evaluación de lo realizado también sería negativa. Los datos evidencian porfiadamente que la variación en el número de escuelas de medicina y en las matrículas no puede ser encuadrada en razón lógica alguna, menos aún en un comportamiento planificado. Otros elementos para un análisis cabal del contexto y el desarrollo prospectivo de la formación y el mercado médicos.*⁴⁰

7.3 Políticas de Salud

La salud bucal en México ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo.*⁴¹

La posesión de los bienes valorados en cualquier sistema genera tanto alianzas como conflictos entre sus miembros y entre grupos sociales. Por lo que dichos conflictos tienen origen en la relativa escasez de dichos bienes para satisfacer las necesidades sociales.

La interacción de los individuos y las normas que rigen el comportamiento interno de los grupos no son suficientes para resolver todos esos conflictos.

Cuando los problemas afectan de cualquier forma a toda una sociedad, y/o requieren decisiones que deben ser acatadas por todos sus miembros, las decisiones tienen que ser respaldadas por una autoridad que las haga obligatorias para toda la sociedad; a esto es a lo que llamaremos **Decisiones políticas**.*⁴¹

Para poder aterrizar en la política de salud bucal en México, tomaremos algunas definiciones como:

- Política: actividad de decisión que de manera vinculante involucra la búsqueda del bienestar colectivo. Cuando hablamos de política, nos estamos refiriendo a aquella actividad específica que se relaciona con la adquisición, la organización, la distribución y ejercicio del poder.
- Políticas pública: es la política en algún nivel de gobierno, que delimita el rango de posibilidades, para las interacciones sociales. Algunos pueden tener un nivel precedente formal o legal sobre otros
- Las políticas pueden ser puestas por el gobierno, las legislaturas y las agencias reguladoras, autorizadas por otras autoridades constituidas. Las instituciones de políticas supranacionales, como la Organización Mundial de la Salud, pueden dominar las políticas.
- Política Social: Parte de la política general, que tiene como meta específica, promover el bienestar económico- social de la población. Incluye el conjunto de intervenciones públicas, dirigidas a asegurar a los ciudadanos un estándar mínimo de salario, alimentación, salud, vivienda e instrucción como derecho social y no como caridad. Conjunto de arreglos, modelos y mecanismos orientados a la distribución de los recursos, de acuerdo con algún criterio de necesidad.
- Políticas Públicas, Saludables. Son las que mejoran las condiciones, bajo las cuales viven las personas: sustento seguro, fijo, adecuado y sostenible, estilos de vida y ambientes, incluyendo: hogar, nutrición, educación, intercambio de información, cuidado de niños, pasaporte, y servicios comunitarios necesarios, personal social y servicios de salud.

Es apropiado decir que las políticas de salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas, y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad, además de que condicionan la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Por lo tanto las

políticas tienen implicados los procesos y el poder para situar los valores en una sociedad.

La salud bucal incluye el componente dental, sin embargo, se relaciona con todo el complejo estomatognático. Por lo tanto no podemos visualizar la salud bucal como un problema dentario, ya que se relaciona con todo el complejo estomatognático.

La salud en la población, siempre tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto el mejoramiento de la salud, puede consumarse a través de acciones deliberadas a nivel individual. De la prestación de servicios individuales y comunitarios así como las intervenciones en salud pública. La SSA creó la Dirección de Odontología, en la década de los 60' con los objetivos principales de implantar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales como los Centros de Salud del país; difundir especialmente a nivel escolar, los principios higiénicos, para fomentar la salud dental y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo. Se fomentó la actualización en el personal odontológico de las instituciones que formaban parte del Sistema de Salud, se efectuaron análisis químicos para determinar el contenido del ion flúor en diferentes ciudades de cada país. ^{*41}

En 1988, se normó y reglamentó la fluorización de la sal. En marzo de 1981, se decretó en México la fluoración de la sal. Para la operación del programa Nacional de Fluoración de La Sal se estableció un acuerdo entre la SSA, la secretaria de comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, para la producción, distribución y comercialización de la sal.

Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la "NOM-009-SSA, 1993 para el fomento de la salud del escolar".

Así, en lo más destacado de la política de salud bucal en la década de los 80', podemos mencionar:^{*81}

- 1981, Publicación del reglamento de yodación y fluoruración de la sal, en el Diario Oficial de la Federación en México.
- 1984, Definición de fluoruración de la sal, en el Programa Nacional de la Salud
- 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por Instancia del Instituto de Salud en el Estado de México.
- 1987, La creación del comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa Nacional en México.
- La segunda publicación y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorada.
- La publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988
- La puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal.

En 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, buscando involucrar de manera integral los aspectos: educativo, preventivo curativo y de participación social para mejorar la salud bucal de la población escolar. Siguiendo este modelo, se pretendió fomentar en la comunidad escolar la adquisición de conocimientos y el desarrollo de conceptos, conductas, actitudes y hábitos positivos relacionados con la salud bucal.

Entre los 12 programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud, entre 1989 y 199, existían dos relacionados con la Salud Bucal: ^{*41}

- Programa de Salud Escolar
- Programa de Fluoruración de la sal

En esta época, se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatias en Preescolares y escolares para mejorar la salud bucal de la Población Escolar.

En la década de los 90' se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales, la cual tiene como objetivo, establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud.

En 1995, se Publicó la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y Servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada, la cual establece las especificaciones sanitarias de la sal para consumo humano y animal.

La Política de Salud en el periodo 2000-2006 reconoce que en México, las principales enfermedades bucales, se encuentran todavía con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades del rezago, que afectan principalmente a los pobres. Entre ellas destacan; Caries dental, y enfermedad periodontal que afectan a 90 y 70% de la Población.^{*41}

Para su disminución y atención se diseñaron las siguientes actividades:

- Promoción de la salud bucal de la población
- Fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional
- Intensificación de las actividades de salud bucal, durante las dos semanas Nacionales de Salud Bucal
- Promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal

Dentro de la Política Nacional de Salud, se generó el programa de acción de Acción Salud Bucal, que en su objetivo general, pretende mejorar la salud bucal de la población mexicana, contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia, estableciendo, fortaleciendo y vigilando políticas para mejorar la atención a la población con ética, calidad y eficiencia.^{*41}

8. Retos del Sistema Nacional de Salud

Las condiciones demográficas, laborales y de salud de los mexicanos han cambiado radicalmente desde que se establecieron las instituciones públicas que conforman hoy el sistema nacional de salud. Identificaremos el peso de las enfermedades crónicas en la salud de los mexicanos y sus consecuencias en la transformación de la demanda de servicios de salud. Se analizan los retos para la cobertura efectiva de intervenciones costo-efectivas y la capacidad del sistema nacional de salud para entregarlas.*42

Considerando la falta de alineamiento entre los derechos constitucionales a la salud, la organización de las instituciones de servicio y la demanda real de servicios así como los costos que ello implica, se presentan opciones de reforma tendientes hacia el "**paradigma emergente**" que caracteriza a los sistemas de salud de los países de la OECD.*42

Principio del Paradigma Emergente

El Estado regula y apoya al sistema de salud para maximizar la salud y la satisfacción de la población. El Estado procura lograr los objetivos intermedios de:

- Equidad, Contención de costo, Eficiencia, Calidad, Elección.

1. ¿Cómo estamos?

A. El reto de las enfermedades crónicas: Las enfermedades crónicas son ya predominantes en México Distribución del peso de la enfermedad (AVISA) según diagnósticos mayores. México, 1990 y 2010*42

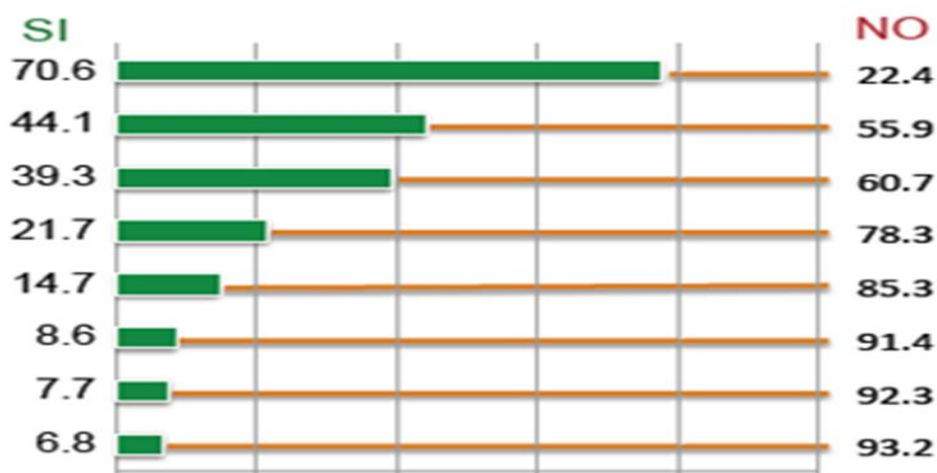
Las enfermedades crónicas son ya predominantes en México.
Distribución del peso de la enfermedad (AVISA) según diagnósticos
mayores. México, 1990 y 2010.

La Cobertura efectiva de enfermos crónicos con intervenciones de probada eficacia es baja: ^{*42}

- Población estimada con DM2: hasta 10 millones (2012) 1
- Población diagnosticada con DM2: 6.4 millones, 9.2% de los adultos (2012) 2
- Diabéticos que cumplen con consultas médicas periódicas: 63.2% 2
- Sin embargo, los outputs de las consultas son bajos

Pruebas o indicaciones aplicadas a diabéticos, de acuerdo a las normas (%)

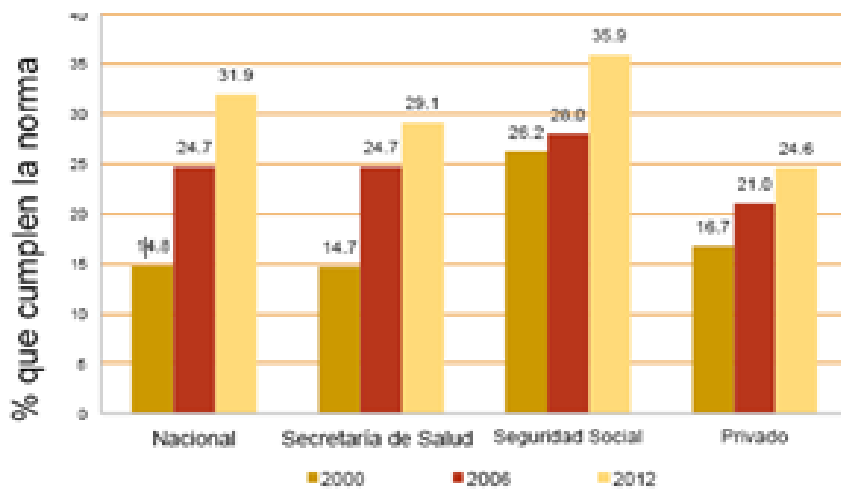
- Colesterol y triglicéridos para prevenir insuficiencia cardiaca
- Presión arterial al menos una vez al mes
- Examen de orina para detectar insuficiencia renal
- Glucosa en sangre para controlar la diabetes
- Revisión de pies para evitar amputación
- Oftalmología para evitar pérdida visual
- Hemoglobina glucosilada para detectar riesgo de complicaciones
- Indicación del plan de alimentación y ejercicio



El control efectivo de las enfermedades crónicas está en aumento, pero a una velocidad lenta INSP, Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.*42

Evidencia para la política pública en salud. INSP, 2012. Cumplimiento de trece indicadores de proceso de la atención de la población diabética, según proveedor de servicios México, ENSANUT 2000-2012



INSP, Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. INSP, 2012.



B. Estructura y financiamiento del sistema de salud^{*42}: Las funciones del sistema de salud deben estar alineadas hacia el logro de sus objetivos. **Red Financiera del Sistema**: Flujos financieros entre fuentes, pagadores y proveedores del sistema de salud en México, según tipo y ramo.

La complejidad del flujo financiero implica un alto costo público y social

- Las instituciones públicas gastan el triple en administración que el promedio de la OECD

- Se gastó hasta 12% del total del gasto en salud en 2008

- Contra 3% del gasto en promedio en la OECD

- Los hogares aportan 49% del financiamiento del sistema de salud mediante gasto de bolsillo

- Es la cifra más alta entre los países de la OECD, el promedio es de 19.5%

- Expone a las familias a la pérdida de patrimonio y a barreras al acceso

- Incentiva la mala práctica médica

- **Para 2010, sólo la DM e HTA costaron al IMSS 0.30% del PIB2**

- **En contraste, para 2011, el gasto total en programas de salud pública ascendió a solo 0.2% del PIB3**

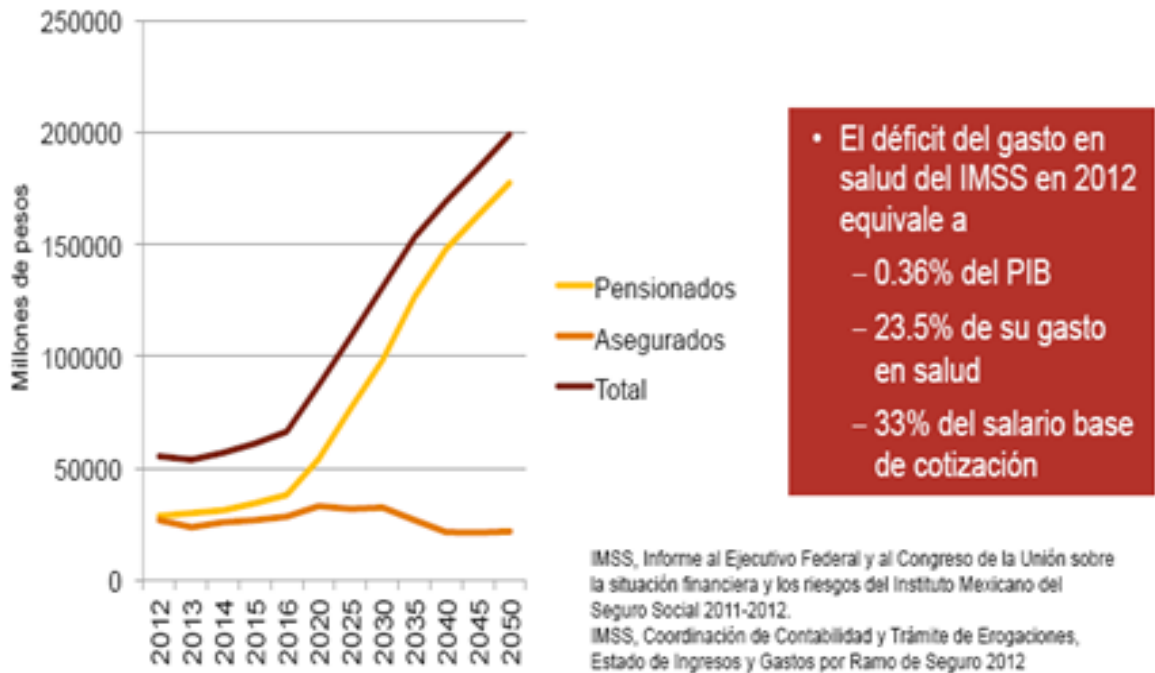
- ✓ Enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes \$663 millones

- ✓ Cáncer de mama \$38.5 millones

- ✓ VIH-SIDA \$62.6 millones

Las instituciones públicas encaran un déficit financiero ante la presión de la enfermedad crónica y su descontrol. Millones de pesos

Presupuesto 2012 y proyecciones 2013-2050 del déficit del Seguro de



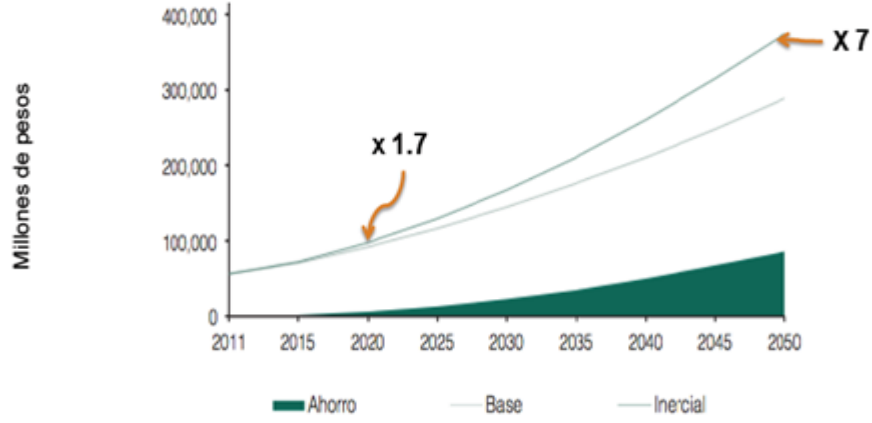
Enfermedades y Maternidad (millones de pesos).

Los outputs no incrementan e incluso se mantienen al mismo nivel, mientras que la eficiencia baja Evolución de los egresos hospitalarios, de las consultas familiares y del gasto corriente en salud del IMSS, 2000-2009.

Las enfermedades crónicas llevarán al IMSS a una crisis, de no transformarse el sistema de salud Proyecciones de costos totales de las principales enfermedades crónicas* en el IMSS. 2011-2050.*⁴²

Escenario base: reducción de costos mediante la mejora tecnológica

Escenario inercial: se mantiene la situación actual



*Diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer de útero, cáncer de mama y VIH-SIDA

PwC

IMSS, Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Op. Cit

Diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer de útero, cáncer de mama y VIH-SIDA.

IMSS, Informe al Ejecutivo Federal al Congreso de la Unión Op. Cit X 1.7 X 7*Diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer de útero, cáncer de mama y VIH-. Los cambios en el financiamiento en salud entre 2001 y 2010 contribuyeron a cerrar la brecha del gasto entre asegurados y no asegurados

POR LO TANTO

POBLACIÓN	GASTO PÚBLICO EN SALUD	2001	2010	Cambio
Todos	% PIB	2.9	3.2	10%
No asegurados	Per cápita USD PPP	180	385	114%
	% PIB	0.9	1.4	56%
Asegurados	Per cápita USD PPP	389	574	48%
	% PIB	2	1.8	-10%
Razón del gasto público per cápita no asegurados/ asegurados		0.46	0.67	45%

- Se puede ahora considerar la oferta cruzada de servicios de salud entre instituciones, sin la amenaza de una descapitalización de la seguridad social.

Se plantea entonces; ¿Qué hay que hacer?⁴²

A. Tendencias de reforma del sistema nacional de salud

Hacia la Universalidad de los Servicios de Salud en México: debido a que existe una necesidad de “transformar” sobre una base sólida de “mejora continua” establecida por el Seguro Popular y los avances de la integración funcional del sector salud.

El Lic. Enrique Peña Nieto definió los ejes de la Política Nacional de Salud



Martínez, Aguilera, Chemichovsky. Reform of Mexican Health Care System. Guilford Glazer School of Business, Ben Gurion University of the Negev, April 2009.
Chemichovsky, D. "Pluralism, Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems." The Milbank Quarterly. 2002. Vol. 80, no. 1:5-40.

B. Elementos del Paradigma Emergente Incluye la cobertura obligatoria universal de servicios básicos de salud y la organización y gestión de su consumo.

De esto obtenemos a las “**Agencias Articuladoras**” como eje de la transformación para vincular a los actores del sistema de salud

“...la función de articulación permite una conexión transparente entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación”*



*Londoño JL y Frenk J, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997

Las articuladoras pueden retener el riesgo asegurado o transferirlo hacia los proveedores de servicios de salud

Criterios considerados en la política de cobertura universal.⁴²

Se haría obligatorio el seguro para un plan de intervenciones universales de salud, armonizándose con la seguridad social y los seguros privados.

PLAN UNIVERSAL OBLIGATORIO

- Financiamiento gubernamental fundamentado en Art. 4º
- Aportes de acuerdo a población residente, ajustados por riesgo

- Correspondería con CAUSES, Fondo de Gastos Catastróficos y Seguro Médico para una Nueva Generación
- Sería recaudado mediante impuestos generales o también mediante un nuevo seguro recaudado por las instituciones de seguridad social.

PLAN COMPLEMENTARIO OBLIGATORIO

- Financiamiento acorde a obligaciones del Art. 123
- Aporte de empresas y trabajadores mediante descuento a nómina progresivo, complementando el aporte gubernamental al paquete universal
- Hace explícito el paquete actualmente provisto por instituciones de seguridad social y separa las intervenciones a complementar

Financiamiento voluntario por hogares y patrones acorde al Art. 5º.

- Asegurado por aseguradoras privadas
- Incluye intervenciones médicas y amenidades no aseguradas por los otros paquetes
- Podría incluir suplementos a prestaciones obligatorias

PLAN VOLUNTARIO

- Financiamiento voluntario por hogares y patrones acorde al Art. 5º.
- Asegurado por aseguradoras privadas
- Incluye intervenciones médicas y amenidades no aseguradas por los otros paquetes
- Podría incluir suplementos a prestaciones obligatorias.

C. Algunas opciones de reforma^{*42}

Dotemos al Sistema Con Portabilidad y Convergencia

Agreguemos la capacidad de los seguros privados para fungir como articuladoras de Servicios de Salud

Beneficios:

- Mejoraría la eficiencia de los seguros privados, con alternativas al producto de GMM
- Agregaría los pagos de gastos menores y mayores, incrementando la eficiencia
- Reduciría el gasto de bolsillo por intervenciones menores y medicamentos
- Incrementaría la cobertura efectiva de enfermedades crónicas, actualmente de sólo 36% en diabetes.

Gestionar, con seguros públicos, servicios o grupos específicos de población e intervenciones complejas

A los beneficios de la Opción 1, se agregarían los siguientes

- Introduciría competencia al sector público, mejorando la eficiencia y la calidad
- Reduciría el gasto de administración, actualmente de 12% del gasto total
- Reduciría el doble pago contributivo y de bolsillo, incurrido en hasta 35% de las consultas
- Reduciría el gasto de bolsillo, actualmente de 48% del total del gasto
- Agregaría los pagos de bolsillo con las contribuciones obligatorias, incrementando la eficiencia

- Mejoraría el aprovechamiento de la infraestructura pública, reduciendo las barreras y costos administrativos de la prestación cruzada

Visión de la reforma financiera del sistema nacional de salud

- Agrega múltiples fuentes, incrementando la capacidad de compra
- Simplifica la estructura financiera del sistema de salud
- Reduce gastos de administración
- Introduce competencia, mejorando la eficiencia y la calidad
- Separa la regulación y la especializa en funciones
- Ofrece incentivos a la participación eficiente de los proveedores privados
- Reduce el gasto de bolsillo
- Mejoraría el aprovechamiento de la infraestructura pública y privada.

Conclusiones

Los problemas de salud crónicos son predominantes, a pesar de mejoras constantes, la organización del sistema de salud es obsoleta y los gastos de administración son excesivos, se incrementa el déficit, el gasto de bolsillo no se abate y el control de las enfermedades crónicas es precario. Con la posibilidad de instituir la separación de funciones y establecer agencias articuladoras, la fortaleza de los proveedores públicos es clave para el futuro del sistema de salud. Las instituciones de seguridad social pueden fortalecer la recaudación financiera y la articulación entre proveedores públicos y privados. La creación de un fondo unificado federal podría ser clave para alcanzar la eficiencia financiera y sustentar el gasto necesario para contender con los problemas de salud. Es fundamental plantear la reforma con metas a mediano plazo y estrategias claras de implementación que incluyan a trabajadores, empresarios y prestadores de servicios.

Respecto a Odontología, se ha podido apreciar una evolución respecto a los recursos reservados y financiados para el área de salud oral, esto se debe a que los problemas de salud bucal no representan un índice de causa de muerte inmediata, sin embargo, disminuyen la calidad de vida de cada uno de los individuos al presentar cualquier tipo de enfermedad oral, porque prolongan estados de dolor, limitaciones, desventajas sociales, funcionales y estéticas. Sin embargo, aun existen deficiencias y limitantes en programas de atención y Servicios de Salud en el ramo público y privado, por lo tanto, es importante fomentar y dar el peso en cada uno de los programas a la integridad de la salud oral, abasteciendo a cada programa con las bases necesarias para lograr una integridad de salud en cada individuo, fomentando una educación preventiva, abarcando escuelas de sector público y privado, centros de salud y clínicas de atención especial. Ayudando así al bienestar biopsicosocial de los individuos, llevándolos a un estado de salud integral.

Referencias Bibliográficas:

- 1.- IMSS (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) (2004). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la 1.-Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México: Presidencia de la República, 2001:46-47.
- 2.- Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. La ciencia desde México/133. México: Fondo de Cultura Económica,1994:98-108.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Punto 3 del orden del día provisional. A53/4. 53ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 2000.
- 4.- Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994:64-69.
- 5.- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. 3a. edición. México: Secretaría de Salud, 2001:73-82.
- 6.-Secretaría de Salud. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 2004:49.
- 7.- Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, 2003:56-61.
8. - José Antonio Tapia-Cruz, M en C.(1),Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. Salud PublicaMex 2006;48:113-126.
- 9.- Martínez Valle, Estudios de la OCDE Sobre los Sistemas de Salud en México Actualizado de OECD, Observatorio de Salud, 1996; Capítulo 16.
- 10.- Actualizado de OECD (1996), con base en Martínez Valle, Observatorio de Salud, Capítulo 16.
- 11.-Latinoamericana, ¿quimera? Revista Odontológica Mexicana 2007; 11(1):53-54.
12. Watt Richard G. Strategies and approaches in oral diseaseprevention and healthpromotion. Bull WorldHealthOrgan. 2005; 83(9):711-718.

- 13.- Sánchez Dagum E, Sánchez Dagum, M. Odontología comunitaria: una estrategia de atención de la salud bucal. RevFacCienMed.(Córdoba). 2006; 63(supl.2): 23-29.
- 14.- CapelNarvai P. Collective oral health: waysfromsanitarydentistrytobuccality. RevSaúdePública 2006; 40 (Esp): 141-147.
- 15.- Cordón JA. Construção de uma agenda para saúde bucal coletiva. CadSaúdePubl. 1997; 13 (3): 557-563.
- 16.- AmericanHealthOrganization. 138th SessionoftheExecutiveComité.Proposed 10-year regional plan on oral health. [Serial on Internet], [cited 2008, Apr. 8], [14 pages].Available in: <http://www.paho.org/English/GOV/CE/ce138-14-e.pdf>
- 17.-Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30 (2). [Serie en Internet], [citado en 2008, mar. 11], [aprox. 10 páginas]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm
- 18.- López Calera N. ¿Hay derechos colectivos? Individualidad y socialidad en la teoría de los derechos. Barcelona: Ariel; 2000.
- 19.-Martínez Herrera E, Agudelo Suárez AA, Viñas Sarmiento Y, Duque Gómez LF, Tobón Cifuentes MM. Alcances y limitaciones del flúor dentro de la política públicaen salud bucal en Colombia. Rev. GerencPolitSalud 2007; 6(13) 34-44.
20. Minayo MC, HartzZM, Buss P. Quality of life and health: a necessary debate. Ciêncsaúdecoletiva. 2000; 5(1): 7-18.
21. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. CiencEnferm.2003; 9(2): 9 -21.Colombia. Presidencia de la República-Red de Solidaridad Social. Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia. [Serie en Internet], [citado en 2008, mar. 10], [aprox. 5 páginas].Disponible en: <http://www.red.gov.co>
- 22.- OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.
- 23.- Agudelo A, Gómez J. Condiciones de salud bucal de los recuperadores informales del sector de Guayaquil y de sus familias. Medellín- Colombia, 2003. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 2004
- 24.-Nieva BC, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y prácticas institucionales. RevFedOdontolColomb. 1999; 57(195): 9-56.

25.- dos Santos AM, Rodrigue AÁAO, Suzuki CLS et al. Mercado de trabalho e formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. Rev. aúde. Com. 2006; 2(2): 169-182.

26.-Wallerstein N. Empowerment education: Freire ideas adapted to health education. Health Education Quarterly 1988; 15(4):379-394.

27.- Restrepo H y Málaga H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana; 2001.

28.- Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 2004; 15(2):78-90.

29.- Marsiglia, R, Silveira C, Carneiro N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde. Soc. 2005; 14(2):69-76.

30.- AGUILAR, A. M. et al. (2003). "Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

31.-HERNÁNDEZ-ÁVILA et al. (2002). "Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud en 1998", en Salud Pública de México, Vol. 44:6.

Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social", México, D.F.

33.-IMSS (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) (2003a). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social", México, D.F.

34.- IMSS (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) (2003b). "Waiting times, forelectivesurgical procedures in Mexico", Dirección de Prestaciones Médicas, mimeo. INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA) (2004). Sistema de Cuentas Nacionales, México, D.F.

35.- KNAUL, F. et al. (2003). "El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

36.- MARTÍNEZ VALLE, A. (1997). "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud" en J. Frenk (Ed.), Observatorio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

37.- LÓPEZ-RÍOS, O. (1997). "Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana", en Salud Pública de México, Vol. 39.

38.- Nigenda G., Ruíz A.J, Aguilar E. Recursos Humanos para la Salud, Formación, empleo y regulación, Boletín bimestral No. 3 Junio / Julio, 2007. Odontólogos: formación y empleo.

39.- Ruiz J. A., Molina J., Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México, Organización Panamericana de la Salud, Boletín de información estadística. Recursos y servicios. México, vol. I.(1999-2001)

40.- Nigenda G, Ruiz JA (2001) Nuevas tendencias en la regulación de la profesión médica en el contexto de la reforma del sector salud: el caso de México. Revista.

41.- Medina Solís C. E. Maupome G. Avila Burgos L. Políticas de Salud Bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed 2006;17:269- 286.