



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

**“MODELOS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD”**  
**REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**TESIS**  
**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTA**  
**JUAN CARLOS ZAVALA TERAN**

**DIRECTORA:**  
**Mtra. Zyndy Anaid Montiel Rodríguez**

**ASESORES:**  
**C.D. Edgar Agustín Navarro Becerra**  
**Esp. Andrés Alcauter Zavala**

**Ciudad de México 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



## **H. MIEMBROS DEL JURADO**

**Mtra. Zyndy Anaid Montiel Rodríguez**

**Esp. Andrés Alcauter Zavala**

**C.D. Edgar Agustín Navarro Becerra**

**Mtro. Pinner Pinelo Bolaños**

**C.D. Axel Torres Mandujano**

## Agradecimientos

*A mi Padre: Antonio Zavala Carranza:*

Gracias a mi padre, aunque no está conmigo siempre confié en mí y es mi motivo para seguir adelante, sé que donde se encuentre estará contento de lo que he logrado, es por eso, que esta tesis se la dedico de todo corazón.

*A mi Directora: Mtra. Zyndy A. Montiel Rodríguez:*

Con quien siempre estaré muy agradecido por ser la persona que siempre ha confiado en mí y que me ha apoyado en los momentos más difíciles, pero, sobre todo por tenerme mucha paciencia y mostrarme mis errores para poder mejorar como persona.

*Miguel Tapia Murcia y Mónica Zarate Aquino:*

Les agradezco por brindarme su apoyo cuando más lo he necesitado y motivarme para poder seguir adelante con mi tesis.

*A mis Amigos:*

Quiero agradecer a todos mis amigos de la CMV y a Andrés Zarate por darme ánimos en todo este proceso, por el apoyo con el equipo de cómputo

## ÍNDICE

## PÁGINA

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.  | Introducción                            | 6  |
| 2.  | Justificación                           | 7  |
| 3.  | Revisión de la Literatura               | 8  |
| 3.1 | Antecedentes de los Modelos de Servicio | 8  |
| 3.2 | Paradigma                               | 12 |
| 3.3 | Tipos De Paradigma                      | 12 |
| 4.  | Carta de Ottawa                         | 13 |
| 4.1 | Promoción de la Salud                   | 14 |
| 4.2 | Estrategia de Atención Primaria         | 16 |
| 4.3 | Modelo                                  | 20 |
| 5.  | Modelos de Servicio                     | 21 |
| 5.1 | Modelos de Servicios Nacionales         | 25 |
| 5.2 | Modelos de Servicio Internacionales     | 33 |
| 6.  | Ley general de salud                    | 42 |
| 6.1 | Sistema Nacional de Salud Mexicano      | 43 |
| 6.2 | Calidad en los modelos de salud         | 47 |
| 6.3 | Calidez en los modelos de salud         | 47 |
| 6.4 | Ética en los modelos de salud           | 50 |
| 7.  | Canon multicultural en salud            | 51 |
| 8.  | Políticas Públicas En Salud             | 60 |
| 8.1 | Políticas Públicas en el país           | 63 |
| 9.  | Planteamiento del problema              | 67 |
| 10. | Objetivo General                        | 68 |
| 11. | Objetivo Especifico                     | 68 |
| 12. | Metodología                             | 68 |
| 13. | Discusión                               | 69 |
| 14. | Conclusiones                            | 70 |
| 15. | Propuestas                              | 72 |
| 16. | Bibliografía                            | 74 |

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en México, ha sufrido cambios durante diferentes épocas donde su principal objetivo es mejorar el sistema de salud y que puede llegar a toda la población, pero sobre todo mejorar la calidad en la atención y esto se busca lograrlo con la creación de programas de salud que tienen ese propósito llegar a toda la población.

Pero, el principal problema en México es que no invierte en los programas que crea, este es un dato preocupante, debido a que es de los pocos países en el mundo que invierte poco en el sector de salud pública; hay autores que lo mencionan como Salazar A. en su artículo “La real enfermedad del sistema de salud mexicano”, donde menciona las deficiencias del sistema de salud.

Otra deficiencia del sistema de salud mexicano, es la calidad en el servicio que le brindan a los pacientes y esto sigue pasando, aunque el personal de la salud reciba capacitación constante, esto lo menciona Lydia Cerón en su artículo “La capacitación del personal de salud y la mejora de atención en salud”.

Es importante mencionar, que, en los sistemas de salud de Europa y América, tienen una similitud que México ambos cuentan con sector público y privado, pero la diferencia es que en esos países han creado programas y leyes en cada hospital o instituto, para que toda la población tenga derecho a la salud y pueda ser atendida en cualquier institución; esto hace falta en México. Por ejemplo, países como Cuba donde todas las instituciones tienen la obligación de garantizar el libre acceso a todos los programas de salud como lo señala la ley. En Europa, Alemania tiene un sistema mixto en el cual el sector público y privado se encuentra juntos.

Por lo tanto, en esta tesis de revisión sistemática se menciona información en general sobre los modelos de salud existentes en México y en el mundo, así como, antecedentes del sistema de salud mexicano y los artículos de la ley general de salud que los rigen para analizar similitudes y diferencias en el sistema de salud.

## JUSTIFICACIÓN

Cuando se realizó la carta de Ottawa, se acordó que se les proporcionará a los pueblos los medios necesarios para poder mejorar su salud y ejercer un mayor control y poder promulgar la reducción de los factores de riesgo y promover las situaciones que resulten favorables para la procuración de la salud de las personas. Pero, a pesar de lo que se acordó en la Carta de Ottawa sigue habiendo muchos problemas para que los servicios de salud lleguen a toda su población, sobre todo a la de bajo recursos y sin contar que no solo hay fallas en el sistema de salud en México, sino también en la calidad de sus servicios y a pesar de que los presidentes que ha tenido han cambiado las políticas públicas para que toda la población tenga acceso a los servicios de salud y mejorar su calidad de servicio no han logrado su objetivo.

Pero, cabe mencionar que el único presidente que pudo lograr algo fue Porfirio Díaz que logró una estabilidad económica para el país y con esto logró controlar las enfermedades epidémicas y no epidémicas de esa época y no solo eso, sino que también creó el Instituto Médico Nacional en 1888, en 1891 el Instituto Geológico y en 1905 inauguró el hospital general.

El presidente actual creó el INSABI que anteriormente era el Seguro Popular y se creó para que los servicios de salud pudieran llegar a la población más necesitada. Es por eso, que a través de la revisión sistemática se realizará una búsqueda de información de los servicios de salud tanto nacionales como internacionales para saber si nuestro país cumple con las políticas públicas establecidas por los organismos internacionales.

## REVISIÓN DE LITERATURA

### **Antecedentes de los modelos de servicio**

En 1841, en México se instituyó el Consejo Superior de Salubridad que estaba compuesto por 6 miembros y pertenecía a la beneficencia pública, pero en esa época también hubo otras instituciones que se dedicaban al cuidado de la salud, de las más destacadas se encontraban la Academia Nacional de Medicina, la Escuela Nacional de Medicina y el Consejo Superior de Salubridad, sin embargo, estas instituciones no cumplían en su totalidad sus funciones esto debido a que no realizaban aspectos fundamentales que estaban vigentes en esa época relacionado con la salud pública y un ejemplo fue el consejo al establecer esta institución hacía notar la preocupación gubernamental por mantener el buen estado de salud en la población mexicana pero, entre 1841 y 1880 el consejo tenía un listado de buenas intenciones, pero, su desempeño estuvo marcado por conflictos políticos, carencia de recursos y la desorganización del país, pero en 1876 Porfirio Díaz logró una estabilidad política del país y con esto obtuvo recursos económicos para distintos aspectos de orden público de mejoramiento y modernización.

Además, Porfirio Díaz tenía un proyecto modernizador que su principal objetivo era que la capital fuera una ciudad limpia, ordenada e higiénica en donde las enfermedades epidémicas y no epidémicas estuvieran controladas y en su gobierno logró destinar todo el dinero que se recaudaba de los impuestos de los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de Salubridad.

Asimismo, en 1880 se crearon 15 asociaciones científicas y el 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico en el cual abordaron temas relacionados con la salud y la higiene en las escuelas con esto buscaban enseñar a los mexicanos desde pequeños a mantenerse sanos y limpios para poder evitar enfermedades, también se fundaron los primeros institutos que se dedicarían a la

Investigación que son el Instituto Médico Nacional en 1888 y en 1891 el Instituto Geológico.

En 1895, el médico Eduardo Liceaga presidente del Consejo Superior de Salubridad y el ingeniero Roberto Gayol realizaron el proyecto para construir el Hospital General que se inauguró en 1905, este hospital se fundó debido a la falta de hospitales higiénicos con ventilación y que no estaban en condiciones propicias para el tratamiento de las personas enfermas, además, los hospitales que se fundaron a finales del siglo XVIII y principios de XIX carecían de condiciones higiénicas.

Pero, en los años cuarenta nació la idea de crear la asistencia e integridad pública y este tema se tocó en el primer Congreso Nacional de Asistencia que se realizó en México en agosto de 1943, en la cual el Dr. Bernardo Gastelum mencionó que la salubridad pública en sus aplicaciones humanas es siempre asistencia médica y que la asistencia médica se convierte en salubridad pública cuando ella denuncia el foco infeccioso y lo trata y en ese mismo año se establecieron en México el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Infantil de México.

En 1944, se creó también el Instituto Nacional de Cardiología y dos años después se creó el Hospital de Enfermedades de la Nutrición con la creación de estos institutos también se creó la ley del seguro social que establece de manera obligatoria los riesgos que deben de cubrirse como accidente de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía.

Además, en 1983 se realizó cambios importantes en la constitución que establecen en el artículo 4 el derecho a la protección de la salud de los mexicanos y que se marcaba como un derecho ocupacional en la Constitución de 1917 y como un Derecho laboral en la ley del seguro social de 1943, pero con el cambio mencionado anteriormente se convirtió en un derecho ciudadano.

Después ante varios problemas que se suscitaron por la falta de cobertura fue creada en 1977 la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y

Grupos Marginados, que extendió la cobertura de servicios para la salud a la población rural y se creó el programa IMSS-COPLAMAR que ha recibido varios cambios de nombre como en 1989 a IMSS-Solidaridad, IMSS-OPORTUNIDADES en 2002 y en 2014 IMSS- Prospera en la actualidad es llamado IMSS-Bienestar.

Ahora, en el panorama internacional también en países de Europa surgieron modelos debido a los problemas de financiación y de producción que existían en ese tiempo, es por eso que a finales del siglo XX y en los distintos países se intentaron crear esquemas para poder hacer frente a la financiación y a la producción de servicios para generar los recursos necesarios y a la regulación de los sistemas, pero otra forma de entender esto es la relación entre oferta y la demanda de servicios, además, con esta perspectiva se puede establecer un continuo entre las fórmulas de organización de los sistemas sanitarios por ejemplo unas están orientadas sobre la oferta como lo es el modelo Ruso de Semashko, otra orientada a la demanda como lo es el modelo liberal de EE. UU o como los modelos británicos Beveridge y el Bismarck alemán que son soluciones intermedias.

En el modelo ruso que se basa en la oferta tiene como características que se financia con los fondos recolectados de la economía centralmente planificada, es controlado por las instituciones estatales y el partido comunista, tiene acceso libre para todos los ciudadanos o residentes, los servicios que ofrece se gestionan y son prestados por los funcionarios del Estado y por último los médicos reciben salarios.

En ese tiempo varios países tenían ese modelo, pero, debido a la caída de la unión soviética el número de países que tenían este modelo disminuyo y actualmente los países que tienen todavía este modelo son China, Cuba, Vietnam y Corea del Norte.

Como se mencionó anteriormente hay modelos que se basan en la demanda como el modelo Beveridge que también se le conoce como Servicio Nacional de Salud que surgió tras la Segunda Guerra Mundial y se inspiró en el informe de Beveridge de 1942 que tiene como características que se financia por medio de los impuestos, pero, cabe mencionar que existe un componente sustancial del sector privado, es controlado por el parlamento, su acceso es libre a los servicios fundamentales para los ciudadanos o residentes, las instituciones que brindan el servicio son

gestionadas y su asistencia se presta por los empleados del estado y los médicos son asalariados o también se les puede pagar con capacitación. Este modelo lo tomaron países como: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, Grecia, Italia, Portugal y España.

Otro de los modelos basados en la demanda es el modelo liberal que surgió por la escasa intervención estatal en la financiación y la organización sanitaria que ocasiono que las personas tengan que pagar por los servicios directamente dependiendo de su uso u otra alternativa era adquirir un seguro privado de salud, pero, sus características son que los pacientes pueden adquirir servicios sanitarios personales pagando directamente a los proveedores o asegurándose mediante el pago de pólizas a aseguradoras privadas , los proveedores prestan su servicio con el pago directo de los pacientes o sino presentado facturas con tarifas por cada servicio que incluyen costos incurridos, las aseguradoras van a ser terceras partes pagadoras y ofrecen a los pacientes cobertura del seguro previo pago de la póliza y pagaran cuando los pacientes presenten las facturas. Este modelo lo tienen países como Estados Unidos y Suiza <sup>(1, 2,3)</sup>

## **PARADIGMA**

### **Definición de Paradigma**

Tiene diferentes significados dependiendo del tema que estemos abordando como al hablar de un periodo específico en la historia paradigma significa el conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo entorno a una teoría particular que tiene una hegemonía en un periodo histórico, pero cuando se mencionan problemas de salud en algunas comunidades y mencionamos paradigma significa que hay soluciones a la comunidad el estudio de los paradigmas tiene su importancia para establecer las diferentes corrientes ideológicas que llevan a la implementación de los diferentes modelos de salud.<sup>(4,5)</sup>

### **Tipos de paradigma**

#### **Conductista**

En el conductismo, se utiliza el modelo Estímulo – Respuesta (E-R) como un esquema fundamental para describir y explicar las conductas de los organismos también, menciona que según las actitudes por más difíciles que sean se pueden analizar sus partes más fundamentales a través de estímulos y respuestas, los conductistas mencionan que todos los estímulos son equivalentes, esto significa que cualquier estímulo puede ser asociado con la misma facilidad que cualquier otro estímulo.<sup>(6)</sup>

#### **Paradigma cognitivo**

El paradigma cognitivo, se encarga de estudiar el procesamiento de la información que los organismos adquieren y usan para ordenar su comportamiento, el paradigma cognitivo menciona el resurgimiento de la psicología mentalista pero no menciona su interés en el contenido de la conciencia. Sino por los procesos cognitivos y el modo en el que actúan sobre las representaciones mentales.<sup>(7)</sup>

## **Paradigma sociocultural**

Este paradigma, está compuesto por 3 núcleos el primer núcleo menciona la convicción en el método genético o evolutivo, en el segundo núcleo sostiene que las funciones psicológicas superiores tienen origen en las relaciones sociales y por último el tercer núcleo menciona que los procesos psicológicos superiores se pueden entender mediante el estudio de la actividad mediada por instrumentos. <sup>(9)</sup>

## **Paradigma constructivista**

En este paradigma el sujeto actúa para poder conocer el objeto y con ello menciona el principio fundamental de toda interacción recíproca del sujeto y del objeto del conocimiento en el proceso del conocimiento <sup>(10)</sup>

Los paradigmas, generan una idea general de lo que pasa en cada una de las poblaciones, sin embargo, los organismos internacionales deben de establecer reglas para que los gobiernos realicen modelos para la salud. Estos organismos internacionales como el banco mundial, OMS, OPS entre otros establecen los lineamientos a seguir para dar cobertura a la población mundial.

## **CARTA DE OTTAWA**

El 21 de noviembre de 1986, se realizó la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud esta conferencia trató sobre la consecución del objetivo Salud para todos en el año 2000, esta conferencia se realizó por la creciente demanda sobre una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

La conferencia partió de los progresos alcanzados de la Declaración de Alma -Ata sobre la atención primaria y del documento “Los objetivos de la salud para todos de la OMS” y se debatió sobre la acción intersectorial para la salud.

Por esta razón, se hizo un llamado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los demás organismos internacionales a abogar por la salud en todos sus foros ya dar apoyo a los países para que puedan establecer programas y estrategias dirigidas a la

promoción de la salud puesto que están convencidos de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la OMS y todos los organismos interesados unen esfuerzos en la promoción de la salud y conforman los valores sociales y morales que menciona la carta de Ottawa el objetivo “Salud para todos en el año 2000” se hará realidad.

### **El compromiso a favor de la promoción de la salud**

Los participantes en esta conferencia hicieron los siguientes compromisos:

- Intervenir en la política de la salud pública y abogar a favor de una política en la que concierne a la salud y la equidad en los sectores.
- A las presiones que se ejercen para promover los elementos dañinos, los medios y las condiciones de vida, la mala nutrición y la destrucción de recursos naturales.
- Eliminar las diferencias que existen entre las sociedades y en el interior de las mismas y tomar medidas contra las desigualdades en la salud que son resultado de las prácticas y normas de esa sociedad.
- Reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud.
- Apoyar y capacitar a todos los niveles para que sus familiares y amigos se mantengan en un buen estado de salud.
- Reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud y compartir el poder con otros sectores y otras disciplinas.
- Reconocer que la salud y su mantenimiento son la mejor meta e inversión posibles y a tratar la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida.

### **Promoción de la salud**

Son incluidos dentro de las metas a seguir en los diferentes países para que la promoción de la salud se realice, es importante proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y que puedan ejercer un mejor control sobre la misma y para poder tener un adecuado bienestar físico, mental y social para que un individuo o grupo pueda ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de poder satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptar al medio ambiente.

### **Promocionar el concepto**

Tener una buena salud, es un recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión para la calidad de vida y los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor de la salud, el objetivo de la acción por la salud es hacer condiciones favorables para promocionar la salud.

### **Promocionar los medios**

La promoción de la salud, se centra en la equidad sanitaria y se dirige en reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades, además, de proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. El cual implica tener una base firme en un medio que lo apoye a tener acceso a la información y poseer las aptitudes y las oportunidades que la lleven a que sea su opción en términos de salud.

### **Actuar como mediador**

En el sector sanitario no pueden proporcionarse las condiciones previas ni puede asegurar las perspectivas favorables para la salud por sí mismo, además, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados que son los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación.

En cuanto a los grupos sociales, profesionales y al personal sanitario les corresponde asumir la responsabilidad de ser mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud, pero, las estrategias y programas de promoción de la salud se tienen que adaptar a las necesidades locales y a las posibilidades de cada país y región y se deben de tener en cuenta los sistemas sociales, culturales y económicos.<sup>(11)</sup>

## **Estrategia de atención primaria**

La atención primaria de salud, tiene como objetivo llegar a toda la población, pero, principalmente a las personas de escasos recursos y se enfoca en los hogares y familias pero esta estrategia se le ha planteado una renovación y esto es debido a la crisis general en los sistemas de salud, pero, en especial en los países pobres y para esta renovación de los servicios de salud la organización Panamericana de la Salud (OPS), menciona que se logrará sólo con Sistemas de Salud basados en la promoción de la salud y la renovación en la atención primaria las cuales deben de garantizar lo siguiente:

- Garantizar los servicios de atención primaria como acceso equitativo a servicios básicos garantizando la cercanía a las personas, intersectorialidad y participación.
- Complementarse con los diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.
- Introducir mecanismos de coordinación e integración, mecanismos de financiación y coordinación de la atención. <sup>(11)</sup>

Después de la conferencia el Consejo Directivo, que se reunió el 30 de septiembre de 1988 asignó el análisis de las evaluaciones realizadas en el sector y las metas que se establecieron, además, reconoció que los sistemas de salud requieren de hacerse modificaciones del aspecto cualitativo y abarcando la manera de operación y organización. Es por ello que se decide apoyar a la reorganización y reorientación de los sistemas locales de salud que iniciaron muchos países dando con esto a la creación y fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud (SILOS), a este proceso lo definieron como una táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de la atención primaria y de sus componentes esenciales y está dirigido para poder lograr una equidad, eficacia y eficiencia en la gestión de los servicios de salud, pero, para este proceso reorganizativo se llevó a cabo el análisis de los diferentes componentes de la salud y esto con el objeto de poder identificar su influencia sobre la organización y funcionamiento de los sistemas locales, además, de estar influenciado por 2 aspectos muy importantes los

cuales son:

- La integración en el aspecto mismo de las estructuras objeto de la reorganización.
- La participación de los recursos humanos responsables del funcionamiento de esas estructuras.

Además, los recursos humanos deben de abarcar no solo a los niveles directivos de las estructuras, sino también a los que desarrollan actividades focales en la prestación de los servicios de atención a la salud y esto con el objeto de garantizar factibilidad y efectividad del proceso reorganizativo, por esto en el año 2008 el Informe sobre la salud en el mundo propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias.

- Subsananlas por medio de cobertura universal.
- Situar al individuo en el centro de prestación de servicios.
- Integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores.
- Liderazgo integrador en pro de la salud.

Por esta razón, el sistema de salud se basa en los principios y valores haciendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyendo los elementos esenciales que son sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población.

La atención primaria, es la forma en cómo se relacionan los usuarios y el sistema de salud, en donde, su principal función es el desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud y retomando la declaración del milenio.

La Atención Primaria de Salud (APS) se justifica por la mayoría de los intérpretes de la salud internacional como la renovación que deviene de:

- La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la Atención Primaria de Salud puede resolver.
- La necesidad de corregir las inconsistencias de otros enfoques.
- El surgimiento de nuevas y mejores prácticas basadas en la evidencia que darían oportunidad a una APS más efectiva.
- El reconocimiento de las capacidades de la APS para reducir desigualdades. enfrentar determinantes sociales, superar la inequidad en salud y reconocer la salud como un derecho de todos.

En relación a los SILOS y la salud bucal las condiciones de la salud bucal en Latinoamericana, es un verdadero problema epidemiológico esto debido a que combinan los problemas de las sociedades subdesarrolladas con las sociedades desarrolladas de las cuales su estructura socio - económica y situación geográfica se ven manifestadas en otros aspectos como las condiciones de la salud de la población y también como en el caso de la salud bucal por las posibilidades que tiene de acceder a la misma es por esto que las enfermedades bucodentales son las más comunes en la población que algunos piensan es anormal, pero una de las razones para su alta prevalencia son los factores relacionados con el estilo de vida de la población, los factores biológicos, los factores ambientales y la baja cobertura de los servicios odontológicos.

Debido a esto hay demasiadas probabilidades de que en América Latina y el Caribe la edad promedio sea de 30 años y el 70% de la población necesitará servicios de restauración y tratamiento odontológico.

Los problemas de la salud bucal que producen la mayoría de mortalidad dentaria son las caries y la periodontitis ambas son de alta prevalencia y severidad , además si existe ausencia de tratamiento pueden progresar y destruir los tejidos dentarios es por eso que se consumen la mayoría de los recursos humanos, económicos y físicos que se destinan para la salud bucal en América Latina , además, aunque existe tecnología preventiva que puede controlarlas y eliminarlas en la odontología se sigue usando la curación costosa y compleja sin lograr cobertura amplia, pero

aun así se sigue ofreciendo al 90% de la población la exodoncia como una única solución.

La odontología, es la profesión que soluciona los problemas que existen en la cavidad bucal esto lo hace a través de los conocimientos, la producción de servicios como la prevención y atención y el desarrollo de los recursos humanos todo estos con el apoyo de la tecnología, pero el panorama odontológico nos ha demostrado que la práctica odontológica no ha tenido un desarrollo correcto y aunque la relación del odontólogo con la población ha mejorado en gran parte de los países se estima que el 90% del trabajo del odontólogo alcanza solo al 10-15% de la población.

Por otro lado, existen otros factores que se consideran como limitantes de los cuales se pueden mencionar:

- El tipo de ejercicio profesional, es individualista lo que ocasiona que haya odontólogos centrados en las ciudades lo cual hace que se excluyan grandes sectores de la población que no tienen los recursos económicos necesarios y las instituciones en la mayoría de los países cubre solamente un pequeño porcentaje de la población y es de tipo mutilatorio.
- El modelo que prevalece en la prestación del servicio es financiado por el paciente o si es derechohabiente por la agencia, además, tiene un enfoque curativo de los problemas.
- En los países de América-Latina el desarrollo que presenta el auxiliar en odontología es muy limitado y existe una muy marcada distinción con los auxiliares de los países desarrollados. <sup>(12,13)</sup>

## Organismos internacionales de salud

| <b>Organismo</b>          | <b>Descripción</b>   |
|---------------------------|--|
| <b>Carta de Ottawa</b>    | Se mencionó en todos los organismos internacionales a abogar por la salud en todos sus foros y a apoyar a los países para establecer programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud. |
| <b>Políticas públicas</b> | Su objetivo es llegar a toda la población de escasos recursos.   |

### Definición de modelo

Modelo tiene varios significados, pero en el proceso de investigación es un objeto que se reproduce a imitarlo. El Modelo de Atención Integral en Salud es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios.<sup>(14)</sup>

## MODELOS DE SERVICIO

### Modelo mágico-religioso

Este tipo de modelo, menciona que la enfermedad es causada por fuerzas o espíritus que representan un castigo divino y que se trata de un estado de purificación que ponía a prueba la fe.

Además, menciona que las fuerzas desconocidas y los espíritus constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado salud- enfermedad que privan a un individuo o una sociedad.

Por lo tanto, este modelo tiene como principales representantes a brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas.

### Modelo sanitarista

La enfermedad se da como resultado de las condiciones insalubres que rodean al individuo entre las condiciones también se encuentran las condiciones ambientales, este modelo hace la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbi-mortalidad y su única limitante es que no contempla factores sociales.

### Modelo social

Este modelo menciona que la enfermedad se genera en condiciones de trabajo, por la vida del hombre y del conjunto poblacional, pero la principal variable que determina es el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente, por otro lado, el factor más importante que menciona es el social.

### Modelo unicausal

La enfermedad, es la respuesta a la acción de un agente externo sobre el organismo y constituye un fenómeno que depende de un agente biológico causal de cada enfermedad, además, este modelo permite investigar fármacos que revolucionan el tratamiento individual del enfermo.

### **Modelo multicausal**

Menciona que la enfermedad es causada por la interacción de varios factores del individuo, ambiente y agente de enfermedad, con este modelo se logra conocer más de un factor que participa en el fenómeno de estudio en los cuales se puede actuar preventivamente.

### **Modelo epidemiológico**

Se encarga junto con el modelo multicausal del estudio de la salud - enfermedad colectiva donde su elemento central es el análisis de la identificación de los factores de riesgo que depende de la distancia y tamaño del efecto en la red de casualidad.

### **Modelo ecológico**

La enfermedad es el resultado de la interacción entre agente y huésped. Sin embargo, retoma las mismas características del modelo multicausal.

### **Modelo económico**

Este modelo menciona que la salud es un bien de consumo e inversión, además, incluye la teoría del capital humano que menciona que los determinantes de la salud y enfermedad se encuentran en los patrones del consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales.

### **Modelo histórico-social**

En la perspectiva de este modelo la salud - enfermedad tiene una relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales, además, este modelo tiene 5 variables fundamentales para su estudio que son: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo, la producción del individuo e incluye la dimensión histórica-social para el análisis epidemiológico.

### **Modelo geográfico**

La interacción de los factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico son el factor principal para el proceso salud - enfermedad.

### **Modelo interdisciplinario**

El proceso salud - enfermedad se produce como resultado de la interacción de los factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan en diferentes niveles entre los factores que ocasionan este proceso se encuentra el nivel socio - estructural, determinantes próximos a nivel institucional-familiar y a nivel individual el propio estado de salud. <sup>(16)</sup>

### **Modelos de salud históricos**

| <b>MODELO</b>    | <b>DESCRIPCION</b>  |
|------------------|---|
| Mágico-Religioso | Enfermedad causada por espíritus  |
| Sanitarista      | Condiciones insalubres, condiciones ambientales                             |
| Social           | Enfermedad se genera por trabajo, la vida del hombre y conjunto poblacional |
| Unicausal        | Un agente causante de la enfermedad   |
| Multicausal      | Varios factores causan la enfermedad  |
| Epidemiológico   | Salud enfermedad  |
| Ecológico        | Agente/huésped  |

|                    |   |
|--------------------|---|
| Económico          | Estilo de vida, nivel educativo y riesgo ocupacional                                      |
| Histórico social   | Proceso salud-enfermedad  |
| Geográfico         | Interacción entre los factores patológicos y los factores propios del ambiente geográfico |
| Interdisciplinario | Es la interacción de los factores que se abordan de manera interdisciplinaria             |

## **Modelos de Servicios Nacionales**

El Plan de Desarrollo 2013-2018, tiene como objetivo asegurar el acceso efectivo a los servicios de Salud considerando la estrategia de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad con independencia de la condición social o laboral para lo cual se plantea contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para la integración del Sistema Nacional de Salud, por lo tanto, su objeto fijo son los lineamientos para formalizar los compromisos que permitan intercambiar servicios de atención médica entre las delegaciones y unidades médicas de Alta Especialidad del IMSS, Instituto Mexicano de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Secretaría de salud de los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud, Los Hospitales Generales y Los Hospitales de Alta Especialidad.

De este modo, el sistema de salud que está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública que es tanto federal, como local y las personas físicas y morales de los sectores social y privado tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Asimismo, los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos que tienen con la Secretaría de Salud para la consolidación y funcionamiento del Sistema de Salud tienen como propósito las entidades federativas planear, organizar y desarrollar en sus territorios sistemas estatales de salud, pero procurando su participación en el Sistema de Salud pero la Secretaría de Salud auxiliará cuando los soliciten los estados en las acciones de descentralización a los municipios.<sup>(14)</sup>

En el actual plan de desarrollo 2019-2024, se menciona las deficiencias que presenta el sistema de salud público y del poco acceso que tienen las personas a las instituciones o modalidades del sistema y de la problemática que enfrentan los pacientes como el tiempo de espera que son meses para poder ser intervenidos quirúrgicamente ya que las salas de quirófano se encuentran saturadas y algunas no cuentan con el equipo suficiente o el equipo se encuentra descompuesto, al igual que tienen que llevar su

material de curación debido al faltante de materiales.

También, hay pacientes que no se pueden atender debido a que no están afiliados a alguna institución de seguridad social. <sup>(16,17)</sup>

A continuación, se mencionan las instituciones de salud descentralizadas que se encuentran en los estados:

### **Órganos Nacionales del Sistema Nacional de Salud**

- Secretaria de Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.
- Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.
- Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia. <sup>(14)</sup>

### **Órganos Estatales del Sistema Nacional de Salud**

- Secretaria de Salud del Estado de Baja California.
- Instituto de Servicios de Salud de Baja California.
- Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Baja California.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Baja California.
- Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Aguascalientes.
- Secretaria de Salud de Chiapas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Chiapas.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
- Secretaria de Salud de Chihuahua.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Chihuahua.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Chihuahua.
- Secretaria de Salud de Campeche.

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Campeche.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Campeche.
- Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche.
- Secretaria de Salud de Coahuila.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Coahuila.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Coahuila.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Colima
- Secretaria de Salud de Colima.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Colima.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Durango.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Durango.
- Secretaria de Salud de Durango.
- Secretaria de Salud de Guanajuato.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Guanajuato.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Guanajuato
- Secretaria de Salud de Guerrero.
- Instituto Mexicano del Seguro Social de Guerrero.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Guerrero.
- Secretaria de Salud de Hidalgo.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Hidalgo.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Hidalgo.
- Secretaria de Salud del Estado de México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

del Estado de México.

- Instituto de Salud del Estado de México.
- Secretaria de Salud de Michoacán.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Michoacán.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Michoacán.
- Servicios de Salud de Nayarit.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Nayarit.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nayarit.
- Secretaría de Servicios de Salud de Oaxaca.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Oaxaca.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Oaxaca.
- Secretaria de Salud de Puebla.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Puebla.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Puebla.
- Servicios de Salud de Querétaro.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Querétaro.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Querétaro.
- Secretaria de Salud de Quintana Roo.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Quintana Roo.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Quintana Roo.
- Servicios de Salud de San Luis Potosí.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de San Luis Potosí.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de San Luis Potosí.
- Servicios de Salud de Sinaloa.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Sinaloa.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

de Sinaloa.

- Secretaria de Salud Pública de Sonora.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Sonora.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.
- Secretaria de Salud de Tabasco.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Tabasco.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Tabasco.
- Secretaria de Salud de Tamaulipas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Tamaulipas.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Tamaulipas.
- Secretaria de Salud Tlaxcala.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Tlaxcala.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Tlaxcala.
- Servicios de Salud de Yucatán.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Yucatán.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Yucatán.
- Servicios de Salud de Zacatecas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de Zacatecas.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Zacatecas.

## Modelos Nacionales de Salud

| INSTITUCIÓN | AÑO  | CARACTERÍSTICAS   |
|-------------|------|---|
| IMSS        | 1943 | <p>El <b>Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS)</b> es una institución del gobierno federal mexicano, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación a propio instituto, llamada por consiguiente asegurados o Derechohabientes</p> |

|                     |      |   |
|---------------------|------|---|
| ISSSTE              | 1959 | El <b>ISSSTE</b> atiende a los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes. Los gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados pueden contratar los servicios del <b>ISSSTE</b> para afiliar a sus trabajadores mediante la celebración de convenios. |
| PEMEX               | 1938 | Asegura asalariados, los jubilados y sus familiares   |
| SECRETARIA DE SALUD | 1943 | Auxilia cuando los institutos descentralizados lo solicitan.<br>Asegura auto empleados, trabajadores sector informal, desempleados  |

|  |             |  |
|--|-------------|--|
| <p>INSTITUTO DE<br/>SEGURIDAD SOCIAL<br/>PARA LAS FUERZAS<br/>ARMADAS<br/>MEXICANAS.</p> | <p>1976</p> | <p>Asegura asalariados, los jubilados y sus familiares</p>   |
| <p>SISTEMA NACIONAL<br/>DE DESARROLLO<br/>INTEGRAL DE LA<br/>FAMILIA</p>                 | <p>1977</p> | <p>El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propia, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social; teniendo como objetivos principales, promocionar la asistencia Social, prestar servicios en ese campo. Actúa en coordinación con las Dependencias Federales, Estatales y Municipales en el diseño de políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios y realización de diversas actividades en la materia.</p> |

|                       |      |   |
|-----------------------|------|---|
| SECRETARIA DE DEFENSA | 1821 | Asegura asalariados, los jubilados y sus familiares |
| SECRETARIA DE MARINA  | 1941 | Asegura asalariados, los jubilados y sus familiares |

## Modelos De Servicio Internacionales

### Atención de las instituciones de salud en Alemania

En Alemania, tienen un sistema mixto en el que se encuentran mezclados el sector público y el privado, tiene características que fueron tomadas del primer seguro médico público y las características definitorias de este modelo se mencionan a continuación:

- Cotizaciones como fuente principal de financiamiento: La fuente principal de financiamiento del sistema alemán son las cotizaciones obligatorias del trabajador y la empresa vinculada al salario.
- Predominio del sistema público: En el sistema alemán el seguro público desempeña una función importante debido a que el 90% de la población está adscrita al seguro médico público y el 60% del gasto sanitario total corre a su cargo.

- **Autonomía de gestión:** Las entidades aseguradoras que se denominan cajas de enfermedad y las asociaciones de médicos del sistema público desempeñan una función elemental en la asistencia médica ambulatoria ya que son corporaciones de derecho público por lo cual no son integrantes de la administración estatal y por lo tanto, no están sujetas a dirección y el Estado se limita a proveer y ejercer la supervisión de las corporaciones.
- **Corporativismo:** La gestión no está a cargo del Estado y no se rige por las normas del libre mercado y las decisiones las toman las asociaciones de caja de enfermedad y los médicos.
- **Relación contractual entre el financiador y los proveedores:** Las entidades aseguradoras-financiadoras no emplean personal para prestar los servicios de asistencia médica, sino que se los compran a los proveedores mediante contratos y es por este hecho que hay escasa presencia de centros integrados con varias disciplinas y el predominio de las estructuras pequeñas.
- **Carácter obligatorio:** A partir de su creación y hasta la actualidad el seguro médico era de carácter obligatorio para la mayoría de la población a excepción de algunos grupos por ingresos o profesión que estaban exentos de obligación pero con la Reforma sanitaria que se realizó en el año 2007 se extendió su obligación a toda la población y se establece que a partir del 1 de Enero del 2009 es obligatorio que toda la persona que sea residente en Alemania tenga un seguro de enfermedad que cubra la asistencia ambulatoria como la hospitalaria.
- **Libre elección de médico y acceso directo a la atención especializada:** El sistema sanitario alemán no asigna médico al paciente y es por esto que el paciente tiene toda la libertad para ser atendido por el médico que prefiera y

también al médico especialista de su preferencia sin necesidad de ser derivado por un médico de cabecera.

Los afiliados a seguro sanitario alemán se dividen en tres categorías:

- Afiliados forzosos: Es la afiliación al seguro que está prescrita por ley para los trabajadores cuyo salario bruto anual no supere un límite salarial determinado en este grupo se encuentran los jubilados, los empresarios agrícolas, los desempleados y los estudiantes universitarios.
- Afiliados voluntarios: Son los que están exentos de la obligación de afiliarse pero que quieren formar parte del seguro de enfermedad público de manera voluntaria, pero deben de reunir ciertas condiciones en este grupo encontramos a los trabajadores que superan el límite salarial anual que establece la afiliación forzosa.
- Afiliados dependientes: En este grupo tenemos a los familiares de un afiliado forzoso o voluntario cuyos ingresos no superen un límite determinado, además, los afiliados dependientes están exentos del pago de cuotas.

Por lo tanto, se financiará a partir de tres fuentes que son las cotizaciones, las subvenciones estatales y otros ingresos marginales, asimismo, las cotizaciones se calculan aplicando un porcentaje definido a los ingresos brutos sujetos a cotización, además, de que el tipo de cotización puede variar dependiendo de la caja de enfermedad y se financia de forma paritaria entre la empresa y el trabajador, pero a partir del 2009 lo fija el gobierno con carácter de ley.

Las subvenciones estatales se realizan a través de los impuestos y se destina a la financiación de prestaciones ajenas al seguro.

El ingreso marginal es el monto total que se distribuye entre las distintas cajas de enfermedad a las que le asignan una función de las respectivas estructuras de riesgo de sus asegurados. <sup>(18,19)</sup>

### **Atención de las instituciones de salud en Francia**

El sistema de salud en Francia, presta atención sanitaria a través de proveedores públicos y privados que cuentan a su vez con 2 tipos de atención primaria y secundaria que a continuación se menciona en qué consisten:

La atención primaria es ambulatoria donde el personal de salud desarrolla su actividad laboral y están obligados a impartir un sistema de remisión.

La atención secundaria la prestan a nivel ambulatorio, pero también en los hospitales que son públicos, de organizaciones sin fines de lucro, hospitales privados y hospitales públicos, asimismo, los pacientes que reciben cualquiera de estos 2 tipos de atención de forma directa pagan y después les realizan un reembolso de acuerdo con las tarifas legales <sup>(18)</sup>

### **Atención de las instituciones de salud en Italia**

En Italia las prestaciones de servicios las brindan estructuras públicas y privadas acreditadas. En las públicas se incluyen hospitales y empresas públicas hospitalarias con esto nos referimos a que son entidades independientes con influencia regional o interregional y la Atención primaria la ofrecen facultativos generalistas, los pediatras y los médicos autónomos e independientes que reciben remuneración de acuerdo con el número de pacientes que atienden y tienen registrados a su cargo.

Por otra parte, la asistencia especializada la prestan entidades públicas y privadas pero que están acreditadas y se accede a través de ciertos servicios como los cuidados dentales mediante una cita. <sup>(18)</sup>

## **Atención de las instituciones de salud en Argentina.**

En Argentina, el sistema de salud se compone de tres sectores que se encuentran pocos integrados entre sí los cuales son:

- Sector Público.
- Sector Seguro Social Obligatorio.
- Sector Privado.

El sector público, está integrado por la estructura administrativa provincial y nacional a nivel ministerial, la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a las personas que lo necesiten y por lo general atienden a personas que no cuentan con seguridad social y que no tienen capacidad de pago. El Seguro Social Obligatorio se organiza a través de Obras Sociales que cubren a los trabajadores asalariados y sus familiares dependiendo de la rama de su actividad, además, de que cada provincia cuenta con una Obra Social que cubre a todos los empleados públicos de su jurisdicción.

El sector privado le brinda atención a profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a Obras Públicas específicas o a sistemas privados de medicina prepagada, los establecimientos asistenciales contratados por las Obras Sociales y por último a las entidades de seguro voluntario que son llamadas empresas de medicina prepagada que incluye un subsector prestador de los servicios que está agrupado con la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados les brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. <sup>(20)</sup>

### **Atención de las instituciones de salud en Brasil**

El sistema de salud de Brasil, se compone en la mayoría por el sector público que es el Sistema Único de Salud que brinda cobertura a 75% de la población y el sector privado que está creciendo lo compone el Sistema de Atención Médica Suplementaria que también se conoce como el sistema de desembolso directo y va a cubrir al 25% restante.

El sector público, presta servicios de manera descentralizada y esto a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales.

Los niveles estatales y federales brindan apoyo financiero para que cada municipio pueda proveer atención a su población o si es el caso referir a sus pacientes a otros municipios, pero aparte de estas instituciones existen otras instancias públicas que proveen servicios de salud como lo son hospitales universitarios y las Unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas.

El sector privado, se complementa de la asistencia de los servicios públicos y después se encuentra el Sistema de Atención Médica Suplementaria que es un sistema de esquemas de aseguramiento que comprende la medicina de grupo y tiene planes de salud para empresas, familias, las cooperativas médicas, los planes autoadministrados o sistema de aseguramiento de las empresas y los planes privados individuales que tiene su subsistema de desembolso directo del cual lo componen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que no están vinculados con el Sistema Único de Salud.<sup>(21)</sup>

### **Atención de las instituciones de salud en Chile**

El sistema de salud chileno tiene 2 sectores públicos y privados. En primer lugar, está el público que cubre el 80% de la población y el Fondo Nacional de Salud a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, también se encuentra el Sistema Municipal de Atención Primaria que cubre al 70% de la población nacional y un 3% está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, finalmente, el 7% que falta son los trabajadores independientes y sus familias. En segundo lugar, el sector privado que se constituye

por las Instituciones de Salud Previsional y cubre al 17.5% de la población, además, proveen servicios a través de instalaciones privadas como las públicas. Pero hay un reducido sector de la población que paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo. <sup>(22)</sup>

### **Atención de las instituciones de salud en Cuba**

En Cuba los servicios de salud operan con el principio de que la salud es un derecho social inalienable por esto se define al sistema de salud cubano como un verdadero sistema de salud y el encargado del sistema de salud en Cuba es el ministerio de Salud Pública el cual dirige, ejecuta y controla la aplicación de las políticas del Estado y el Gobierno en materia de salud pública.

Además, cuenta con tres niveles administrativos que son nacional, provincial y municipal y cuatro de servicios que son el Nacional, provincial, municipal y de sector.

Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente en las asambleas provinciales y municipales de los órganos de gobierno locales de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento.

En el Sistema Nacional de Salud de Cuba todas las instituciones tienen el derecho de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud, pero sobre todo brinda una cobertura al 100%.

Los beneficios se dividen en 3 niveles:

- **NIVEL PRIMARIO**

Ofrece acciones y promoción de la salud.

- **NIVEL SECUNDARIO**

Trata al enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata.

- **NIVEL Terciario**

Brinda atención en hospitales especializados o instituciones de subordinación

social.<sup>(23,24)</sup>

### **Atención de las instituciones de salud pública en EUA**

El gobierno federal, es el responsable de los servicios de salud especialmente para el personal militar, los veteranos con discapacidades, los nativos estadounidenses y los presidiarios de las prisiones federales, pero en Estados Unidos el principal organismo gubernamental para proteger la salud de todos los ciudadanos y proporcionar servicios sociales esenciales es el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

### **Atención de las instituciones de salud privada de EUA**

En EUA, la mayor parte de los servicios de salud son prestados por el sector privado y el 70% de su población está cubierta por el seguro privado que está compuesto por hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos, fabricantes de productos farmacéuticos, pero para que puedan obtener todos estos beneficios deben de tener empleo.

Además, cuando tienen la obtención del seguro por medio del empleo el asegurado debe de pagar la prima del seguro y que el empleador pague la parte restante y las aseguradoras a la vez efectuar el pago directamente a los proveedores del servicio.

(25)

### **Atención de las instituciones de salud en Canadá**

En Canadá el sistema de asistencia sanitaria está financiado y administrado por el sector público y privado, además, es conocido en Canadá como Medicare y da acceso a cobertura total e integral para servicios hospitalarios, servicios médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico y cuenta con 5 principios de la Ley de Salud en Canadá que son:

- Universalidad.
- Alcance.
- Accesibilidad.
- Facilidad de transferencia.
- Administración pública.

Por otro lado, los odontólogos en este sistema de salud trabajan de manera independiente del sistema sanitario, pero hay dos excepciones en casos que se necesite cirugía dental hospitalaria. <sup>(26)</sup>

### Modelos internacionales

| PAÍS      | CARACTERÍSTICAS   |
|-----------|---|
| Alemania  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sector público cubre el 90%</li> <li>● Sector privado cubre el 10%</li> </ul>  |
| Francia   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema público y privado</li> <li>● Atención primaria ambulatoria</li> </ul>  |
| Italia    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sector público cubre el 75%</li> <li>● Sector privado cubre el 25%</li> </ul>  |
| Argentina | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sector Público cubre el 37%</li> <li>● Sector Seguro Social Obligatorio cubre el 51%.</li> <li>● Sector Privado cubre el 12%.</li> </ul> |

|                |   |
|----------------|---|
| Brasil         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector público cubre el 75% de la población</li> <li>• Privado el 25%</li> </ul>                   |
| Chile          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector público cubre el 80%</li> <li>• Sector Privado 17%</li> <li>• Fuerzas Armadas 3%</li> </ul> |
| CUBA           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector público cubre el 100%</li> </ul>  |
| Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector público cubre el 30%</li> <li>• Sector privado cubre el 70%</li> </ul>                      |
| Canadá         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector público cubre el 70%</li> <li>• Sector Privado cubre el 30%</li> </ul>                      |

## **LEY GENERAL DE SALUD EN MÉXICO**

### **Artículo 1°**

La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

### **Artículo 5º**

El Sistema de Salud, está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones que tiene por objeto el cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

### **Artículo 8º**

Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco se delimitaron los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

#### **Artículo 9º**

Los gobiernos de las entidades federativas, coadyuvan en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebran la Secretaría de Salud a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud con tal propósito los gobiernos de las entidades federativas planearon, organizaron y desarrollaron en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud procurando su participación en el Sistema Nacional de Salud.

#### **Artículo 10 º**

La Secretaría de Salud, promoverá la participación en el Sistema Nacional de Salud de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan. <sup>(27)</sup>

### **Sistema Nacional de Salud Mexicano**

En México, el sistema de Salud tiene dos sectores: el público y el privado.

En el sector público se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa, Secretaria de Marina y las Instituciones que atienden a la población sin seguridad social, en el sector privado se encuentran las compañías aseguradoras y prestadoras de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados incluyendo a los que prestan servicios de medicina alternativa.

A continuación, se mencionan los diferentes tipos de beneficiarios de las Instituciones de Salud que son:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias.

- Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado del trabajo y sus familias.
- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal activos y jubilados junto con sus familias son los beneficiarios de las Instituciones de seguridad social.

Los servicios médicos para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), SEDENA y SEMAR se atienden en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas.

Los autoempleados, los trabajadores del sector informal, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo son atendidos en la Secretaría de Salud.

También, se encuentra la población que hace uso del servicio privado y esto a través de planes privados del seguro.

Además, los afiliados al IMSS cuentan con beneficios que son 5 ramos básicos de protección que son el seguro social, seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos del trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería.

Por otro lado, los afiliados al ISSSTE cuentan con beneficios similares a los del IMSS y su seguro de salud también le garantiza el acceso a medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación física y mental.

Igualmente, los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR tienen beneficios que son parecidos a los que tiene los asegurados del IMSS e ISSSTE como atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primer, segundo y tercer nivel, cobertura farmacéutica y de rehabilitación, seguro por riesgos del trabajo, jubilación e invalidez.

La financiación de estas instituciones de seguridad social es con contribuciones del empleador, contribuciones del obrero o empleados y contribuciones del gobierno.

La SSA y los Servicios Estatales de Salud (SESA) son financiados con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. <sup>(28)</sup>

### **La participación activa en la promoción de la salud implica: la elaboración de una política pública.**

Para poder realizar la promoción de la salud tiene que ser la principal prioridad de los responsables de la elaboración de programas políticos en todos los sectores y todos los niveles, por lo tanto, su principal objetivo tiene que ser crear conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para su salud y que puedan asumir la responsabilidad pero para realizar políticas de promoción de la salud también se deben de combinar diversos enfoques entre los que se encuentran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos y estos deben de llevar acción conjunta para que puedan existir bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y del medio ambiente más grato y limpio.

Por lo tanto, las políticas de promoción de la salud necesitan identificar y eliminar los obstáculos que puedan impedir la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud <sup>(10)</sup>

### **Calidad en los servicios de salud**

La calidad es la característica y propiedad de un servicio que confiere satisfacer sus necesidades, además, existen otras definiciones como las siguientes.

- Calidad de la asistencia al paciente: Es el grado de los servicios de asistencia sanitaria que aumenta las probabilidades de lograr los resultados que se buscan en la salud de los pacientes y reduce la posibilidad de obtener resultados no deseados.
- Calidad de la atención: Es la atención que se le ofrece al paciente y se relaciona con 4 aspectos: el sistema de salud, la atención profesional y

técnica, las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el paciente además, del costo de la atención.

- Calidad de la atención de la salud: Es el grado en el que los medios más deseables se utilizan para lograr mejoras posibles en la salud.
- El Instituto Norteamericano de Medicina menciona que la calidad consiste en el grado de los servicios de salud para los individuos y la población incrementa la probabilidad de resultados deseables para la salud.
- La Organización Mundial de la Salud menciona que la calidad debe de estar presente en los siguientes atributos:
  1. Alto nivel de excelencia profesional.
  2. Uso eficiente de los recursos.
  3. Mínimo de riesgos para el paciente.
  4. Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
  5. Impacto final de la salud.

Avedis Donabedian menciona que el concepto de calidad de la atención médica diferencia de manera general tres dimensiones principales:

- El componente técnico de la atención.
- El componente determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.
- El componente del entorno o ambiente físico donde se desarrolla dicha gestión.

Evaluación de la calidad de la atención odontológica. La calidad se estudia y se mide teniendo en cuenta tres componentes esenciales: estructura, proceso y resultados.

Estructura: Se refiere a la cantidad y calificación del personal, los equipos e instrumentos disponibles, los recursos financieros, las instalaciones, recursos

materiales, las normas y reglamentos existentes.

Proceso: Es el conjunto de actividades que se realizan en la atención y las que se desarrollan para poder asegurar la ejecución del propio proceso.

Resultado: Es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el análisis de nivel de impacto, el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados a la satisfacción de los usuarios, prestadores y decisores. <sup>(29)</sup>

### **Calidad en modelos de salud**

En la actualidad uno de los signos más característicos de la sociedad es la calidad, productividad y los costos de estos, es por eso que los prestadores de servicios de salud no se preocupan por qué piensan y creen que los costos para garantizar calidad son muy altos es por eso que brindan servicios con estándares muy bajos de calidad pero si implementan estrategias para tener buenos estándares de calidad puede conducir hacia una mayor eficiencia y productividad y esto contribuye a un control y disminución de los costos en el servicio pero existen otros factores que afectan en la calidad de los servicios y es el incremento de las demandas legales contra los prestadores de servicios de salud lo cual con lleva a multas e indemnizaciones y asesorías de tipo legal.

Por eso es importante que exista una gran relación entre la cantidad de los servicios y servicios proporcionados es insuficiente los beneficios que se esperan disminuyen y por otra parte, tener una excesiva cantidad de servicios pueden aumentar los riesgos a los que se expone al paciente es por eso que la calidad y la cantidad implica una relación entre costos y calidad. <sup>(30)</sup>

La calidad en los sistemas de salud sirve para evitar errores al momento de la atención y poder garantizar su seguridad.

### **Calidez en los modelos de salud**

Es la conducta que los integrantes de los equipos de salud deben de tener ante las diferentes situaciones que pasan cotidianamente y que son esperadas por la

población que recibe el servicio.

En México, existe un código de conducta que realizó la Secretaría de Salud que deben de seguir los profesionales de la salud en las instituciones, a continuación, se mencionan algunos estándares:

### **Estándares de trato profesional**

- El personal, sus líderes y directivos se desempeñarán con integridad aprovechando al máximo el tiempo de servicio y la utilización racional de los recursos a su disposición protegiendo los intereses de los pacientes y de la institución evitando el dispendio.
- Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente comúnmente aceptado en la atención de la salud en forma debida, oportuna y experta.
- Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.
- Reconocerá sus limitaciones para buscar el apoyo necesario o la derivación de los pacientes conforme a las normas institucionales previniendo la intervención de las personas insuficientemente capacitadas.
- Actualizará el conocimiento y la capacitación para el desarrollo de destrezas necesarias para el empleo de la tecnología accesible lo cual deberá de comprobar por medio de certificaciones correspondientes a su disciplina.
- Informar al paciente, a sus familiares o quien lo tutele de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico y el tratamiento correspondiente o posible, la información se hará con mesura, prudencia y calidez respetando la dignidad humana.

## Estándares del estrato social

Es el tipo de comportamiento que deben de tener los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

- La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos a los que habrá que dirigirse por su nombre.
- 
- El equipo de salud se tendrá que esforzar para poder tener vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados para poder obtener su confianza en el personal que los atiende y en su institución.
- El trato de los integrantes del equipo de salud hacia el paciente debe de ser digno considerando su condición sociocultural y con acato a su intimidad y pudor independientemente de su edad, género y circunstancias personales.
- Evitar tener relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.
- Se deberá evitar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.
- Se debe ser un ejemplo para el paciente para llevar una vida sana libre de adicciones y se debe de practicar algún tipo de ejercicio físico.
- Debe de tener una buena presentación y un lenguaje moderado porque son aspectos importantes para la relación con los pacientes.
- Preparar a los pacientes que irremediamente van a morir, así comotambién a sus familiares para que con su lucidez mental pueda disponer de sus bienes, y se despida de sus seres queridos y que en dado caso pueda resolver sus

problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.

- El personal de salud tiene que respetar el secreto profesional confinado al médico y no debe de comentar con ligereza hechos de la vida de los pacientes, aunque no tengan importancia pero que para ellos tienen un gran significado.

### **Estándares de conducta laboral**

Es el comportamiento que debe de tener todos los integrantes de los equipos de salud, sus líderes formales y de los directivos de las instituciones donde laboran los equipos de salud:

- Debe de perfeccionar su vida como profesional y cuidar su conducta que es la fuente de empleo y conservar el patrimonio institucional y nacional.
- El equipo de salud debe de tener una relación afable y respetuosa y evitar comentarios y acciones que sean dolosas que dañen la imagen o el prestigio de los demás o de la institución donde laboran.
- No debe de utilizar con propósitos de difusión la información que se genera en la institución donde se presta sus servicios incluyendo la que sea de índole personal solamente puede con la autorización correspondiente.
- Todas las quejas que se presenten por motivo de la atención que se proporcionó a los pacientes se debe de colaborar con las investigaciones que se realicen en las instancias formales.
- Se debe apoyar para la solución de conflictos que se presenten y sobre todo se debe actuar con imparcialidad, responsabilidad, equidad, honestidad y respeto de las instituciones, a sus compañeros de trabajo, a los pacientes y

familiares y sobre todo a las obligaciones que como miembro de la sociedad corresponden. <sup>(31)</sup>

### **Ética en los modelos de salud**

El personal de salud como prestador de servicio debe de ser consciente de que el paciente es un ser humano que a pesar de tener algún problema de salud también siente, piensa, anhela, ama y no solo observar al paciente como un expediente clínico o como un bien económico.

Es por eso que se tiene que tener una cultura de la vida para poder ver enfermos y no enfermedades, a dejar de ser indiferentes con los pacientes y a tratarlos con dignidad y respeto.

Por lo tanto, el personal de salud debe de actuar como un profesional competente que tenga como objetivo el bien de los pacientes y ofrecerles posibilidades de mejor salud y es importante que el personal de salud reconozcasus limitaciones es por eso que deben de conocer sus principios éticos y bioéticos y no realizar prácticas que dañen al ser humano.

### **CANON MULTICULTURAL EN SALUD**

Multiculturalidad, es la presencia en un territorio de diferentes culturas que se limitan a coexistir pero no a convivir, por lo tanto la pluriculturalidad es la presencia simultánea de dos o más culturas en un territorio y su posible interrelación y finalmente la interculturalidad es el entendimiento entre las diferentes culturas que habitan en un mismo territorio y así permitir la orientación de las diferentes propuestas hacia una construcción cultural conjunta que pueda reflejar la gran diversidad de una sociedad. <sup>(32)</sup>

De este modo, en México que es un país multiétnico, intercultural y pluricultural que en los últimos 10 años han existido varios movimientos a favor de la diversidad y el respeto a los derechos humanos por eso se impulsó las modificaciones en

diferentes ordenamientos legales para promover el respeto a todos los grupos, pero en especial a las poblaciones indígenas.

Por esta razón, la interculturalidad en salud es un concepto que sustenta acciones para la creación de nuevos modelos de salud ya que una influencia para este tipo de modelos es el análisis de los procesos de comunicación, en los procesos de migración y no solo este, sino que también las experiencias de gestión autonómico de los pueblos indígenas.

Además, existen diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de la salud y entre las quejas que más se presentan es cómo son tratadas a la hora de la atención médica sobre todo existe actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización, y discriminación por parte del personal médico y enfermería de los servicios de salud todas estas quejas del servicio se presentan no solo en los grupos indígena y campesinos sino también en mujeres, ancianos, personas con orientaciones sexuales diferentes, pacientes con VIH-SIDA y con enfermedades mentales.

Pero, también existen otros tipos de barreras que dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud y son las barreras culturales y esto se debe por la cultura de la institución de la salud y la cultura de los usuarios de los servicios, pero en el caso de las poblaciones indígenas son conceptos de causalidad de la enfermedad diferentes por la serie de riesgos que reciben en los servicios y espacios de la salud que dificultan que acudan a ellos libremente.

Las barreras culturales se pueden identificar desde 4 ámbitos:

- Las que se presentan desde la estructura de los servicios.
- En el establecimiento o espacios de la salud.
- En el personal prestador de servicios de salud.
- En la población usuaria.

En la estructura de los servicios las barreras culturales son la forma en que se

organiza la dirección de estos, los marcos éticos del personal directivo y de quien ofrece los servicios y que atiende a los usuarios, las formas del ejercicio del poder, los programas, planes, normas, prejuicios, valores, la participación de los usuarios y el ejercicio de la ciudadanía en ellos.

El establecimiento o espacio de la salud las barreras culturales son principalmente la concepción de la población que tiene el confort y los conceptos sobre la asignación de valores y funciones en espacios específicos lo cual se define por su cultura, los recursos materiales y el clima de la región.

En el personal prestador del servicio de la salud las principales barreras culturales son la ubicación social y estatus de las personas, la capacidad y habilidades de la comunicación, la comprensión de los códigos culturales de los usuarios y las usuarias, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, formas de ejercer el poder, el idioma y la lengua.

Las personas consultantes o usuarias de las barreras culturales son la percepción de la salud y la enfermedad, la conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con el personal de los servicios de salud, el idioma o la lengua, la capacidad de la comprensión de los códigos culturales del personal prestador del servicio de salud, prejuicios y normas sociales.

Es por eso que el programa sectorial de salud del periodo 2007-2012 implementó la política intercultural que está dirigida para mejorar la calidad interrelacionada de los servicios de salud con esto se pretende realizar los cambios pertinentes para que se pueda atender a cada persona de acuerdo a sus necesidades y percepciones culturales relacionados con la salud y enfermedad pero en febrero del 2013 se celebró la Conferencia Internacional sobre Medicina Tradicional para los países de Asia sudoriental en donde la directora General de la OMS Dra. Margaret Chan declaró que “las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Para millones de personas las hierbas, los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria y a veces

la única. Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y en ella confían muchísimas personas. La asequibilidad de la mayor parte de las medicinas tradicionales las hace más atractivas en el vertiginoso encarecimiento del contexto de salud y de la austeridad casi universal. La medicina tradicional se destaca también como un medio para afrontar el incesante aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas”. Con esto se observa que ha aumentado el interés por las medicinas tradicionales y seguramente seguirá aumentando en todo el mundo.

Asimismo, la misión de la OMS es ayudar a salvar vidas y mejorar la salud y con miras a esas funciones la OMS:

- Facilita la integración de la Medicina Tradicional (MTC) en los sistemas de salud mediante su apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de sus propias políticas nacionales para ese sector.
- Elaborar directrices sobre MTC por medio de la elaboración y el establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales.
- Alentar la investigación estratégica en materia de MTC para lo cual respalda proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia.
- Abogar por el uso racional de MTC mediante el fomento de su utilización basada en pruebas científicas.
- Difundir información sobre MTC actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información.

Debido a esto, la evolución de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 este documento proporciona las instancias normativas, los planificadores de servicios de salud, los especialistas en salud pública, los círculos de medicina tradicional y complementaria el documento aborda cuestiones de relativas al a evaluación, reglamentación e integración de la MTC, así como aprovechamiento de su potencial en beneficio de la salud de las personas.

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 actualiza y refuerza el marco de acción establecido en:

- La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 es el primer documento de estrategia preparado por la OMS en esa esfera.
- Las secciones sobre medicina tradicional de la estrategia farmacéutica 2004-2007 de la OMS.
- Los componentes de medicina tradicional de la estrategia farmacéutica de la OMS 2008-2013.

Esta estrategia examina la contribución que la MTC podría efectuar en pro de la salud en particular en la prestación de los servicios y establece medidas prioritarias hasta 2023, además, esta estrategia es una respuesta eficaz y dinámica a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional que alienta a los Estados Miembros a considerar la MTC como una parte importante del sistema de salud y además se basa en la declaración de Beijing adoptada en 2008 por el Congreso de la OMS sobre medicina tradicional.

Además, hay diversos factores que hacen que los Estados Miembros utilicen la MTC como la cultura, la importancia histórica y los reglamentos por eso conveniente considerar la forma en que las personas utilizan la MTC como:

- Utilización en los países en donde la medicina tradicional es una de las principales prácticas de atención a la salud y en estos países la disponibilidad de los servicios de salud basados en la medicina convencional y el acceso a estos servicios es limitada.
- Utilización de medicina tradicional debido a influencias culturales e históricas.
- Utilización de la MTC como terapia complementaria y esto es muy común en los países desarrollados en los que la estructura del sistema de salud suele estar afianzada.

En primer se puede observar existen muchos motivos por lo cual las personas se inclinan a utilizar la MTC como por la alta demanda que existe en todos los servicios de salud, segundo lugar por obtener más información para aumentar sus conocimientos sobre las opciones disponibles que existen y por último por la creciente insatisfacción con los servicios de salud existentes. <sup>(33)</sup>

Debido a eso el Plan Nacional de Desarrollo del periodo 2013-2018 el principal elemento central del Gobierno Federal es la de un México incluyente y su objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud es por eso que se establecieron las estrategias y las líneas de acción para que puedan dar el soporte al programa de interculturalidad en salud.

**Estrategia 2.3.3** Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

**Línea de acción:** Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.

En el Programa Sectorial de Salud se establece como objetivo:

- Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuenten con seguridad social y el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria.
- Incrementar la eficiencia, efectividad, y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio.
- Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS especialmente en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derecho.
- Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública

a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de la vida y la pertinencia cultural.

- Mejorar la protección de salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de las enfermedades especialmente las que representan el mayor impacto de la mortalidad de la población.

**Estrategia 2.1:** Avanzar en el acceso efectivo de los servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral.

**Estrategia 2.3:** Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.

**Estrategia 4.3:** Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

**Líneas de acción:** Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Para poder realizar esta política intercultural para los servicios de salud en México influyeron diferentes procesos como:

- Las experiencias previas de las instituciones oficiales en relación con la implementación de servicios de salud en regiones rurales indígenas.
- Los procesos paulatinos de posicionamiento para la concentración de grupos organizados constituidos para la relación institucional.
- La evolución de las políticas indigenistas y sus atribuciones y competencias de las instituciones de salud y de la sociedad rural y campesina.
- La influencia de los cambios de perfil de la población y del contexto rural el más importante es el de la migración de la población hacia los Estados

Unidos.

La Secretaría de Salud, realizó como política pública la interculturalidad creando el programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas en sus estrategias señalaba:

- La necesidad de capacitación de los prestadores de los servicios de salud con perspectiva intercultural.
- Buscar la complementariedad entre la medicina tradicional con la medicina alópata
- Promover la comunicación educativa en salud de acuerdo con las características socioculturales de cada grupo étnico.

En la Secretaría de Salud señala en su reglamento sobre la interculturalidad:

**Capítulo 25.** La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud tiene las siguientes atribuciones:

**VII.** Diseñar y promover la implantación de nuevas unidades de atención a la salud que respondan a las necesidades y características culturales de la población y que consideren prototipos médico - arquitectónicos, sistemas organizacionales, esquemas de operación y financiamiento.

**XVII.** Impulsar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de salud.

**XIX.** Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales alternativas y complementarias en el Sistema Nacional de Salud.

**XX.** Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas promoviendo la equidad en el acceso de los servicios de salud en el territorio nacional.

El Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 agregaron las siguientes líneas de acción:

**3.4** Promover políticas de respeto a la dignidad de las personas que fomenten la inclusión y que eviten la discriminación y brindar servicios sensibles a la multiculturalidad nacional.

- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal operativo y directivo.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud para disminuir las barreras culturales.

**1.1.1** Impulsar una política integrada para la atención de la salud de los pueblos indígenas.

**8.5** Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias.

Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud.

- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.
- Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.
- Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias.

Así es como se logró definir las acciones que impulsaron un proceso institucional que reconoció la interculturalidad que es una forma de articular la promoción de los derechos de las mujeres, la población indígena y los derechos humanos en general en los servicios de salud. <sup>(34)</sup>

## **POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD**

La política pública para el autor William Jenkins es el conjunto de decisiones que están interrelacionadas y tomadas por un actor o por un grupo de actores políticos preocupados por elegir metas y medios para alcanzarlas en una situación determinada y en donde los actores tienen el poder de alcanzar las metas.

Las políticas públicas son el conjunto de decisiones y objetivos que el Estado usa para poder resolver los problemas públicos y demandas de la sociedad de forma racional y esto lo hace a través de las acciones gubernamentales.

Además, cuando se mencionan las políticas públicas se hace referencia a la conformación de acciones estratégicas con el fin de poder responder a las demandas y las necesidades de la ciudadanía o solventar los problemas públicos. <sup>(35)</sup>

### **Políticas públicas en el país**

El objetivo de este programa es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y que presenta alto riesgo al empobrecimiento debido a gastos en salud y la importancia de este programa es para poder coordinar diversas acciones con el fin de fortalecer el Sistema Nacional de Salud de México este programa le da protección financiera a todas las familias afiliadas, fortalece el modelo de prepago, mejora el pacto entre los niveles del gobierno federal y estatal con el fin de que los recursos asignados al sector salud se reduzcan las distorsiones entre entidades federativas.

El seguro popular inició operaciones como programa piloto en 2001 y terminó en diciembre del 2003 y se instrumentó como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud en 2004 y se divide en cuatro apartados.

El primer apartado, describe las justificaciones políticas, jurídicas, sociales y económicas financieras que sustenta el gobierno federal sobre la importancia del Seguro Popular de Salud.

El Segundo apartado, sintetiza los diferentes estudios que dieron fundamento empírico a la creación del Seguro Popular de Salud como una política de protección a la población sin acceso a la seguridad social o población abierta.

En el tercero, se permiten identificar los tipos de seguridad social para toda la población abierta que el estado ha dispuesto a atender pero que no cuentan con seguridad social garantizada por las prestaciones laborales o las comunidades con altos índices de marginación y pobreza.

El cuarto, incluye todos los elementos más significativos del Seguro Popular de Salud y su transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud que ha motivado el cambio en la distribución de los gastos en salud para las entidades federativas a partir del año 2004. <sup>(37)</sup>

### **Programa sectorial de salud 2013-2018**

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el plan Nacional de desarrollo 2013-2018 establece 6 objetivos asociados a las metas nacionales que son México en Paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con Responsabilidad global.

En las políticas públicas se encuentran:

- Consolidar las acciones de protección, promoción de la Salud y prevención de enfermedades.

- En el Plan de Desarrollo, se establecía como prioridad el mejoramiento de la salud, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, pero con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y sobre todo respondiendo al mosaico de la interculturalidad.
- Aseguraría el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- El estado debía instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población pueda acceder a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.
- Debido a las prioridades en ese momento del país que señalan la urgencia de mejorar la atención primaria todas las instituciones del sector enfocan sus esfuerzos a fortalecerla y en ese sentido se revisan las acciones emprendidas en los años anteriores y se consolidan las que han dado resultados.
- Reducían los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
- Para reducir riesgos a la salud se han incorporado líneas de acción que permiten controlar, prevenir y vigilar productos y servicios que en la salud poblacional produce efectos nocivos como los factores ambientales, los riesgos de trabajo, importación y exportación de productos.
- Cerrarían las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
- México, es un país con desigualdades e inequidades mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los grupos sociales y regiones del país.

- La atención de las personas que viven en condición de vulnerabilidad requiere además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes del gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales.
- Aseguraría la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
- El sector público en materia de recursos financieros, materiales y humanos para la salud deberá ser abordado elevando la eficiencia y la calidad del gasto en salud. Esto significa que las instituciones públicas de salud deben de mejorar sus márgenes de eficiencia para liberar recursos que permitan consolidar sus logros.
- Así mismo, dado el bajo nivel de financiamiento público en salud, la situación actual del perfil demográfico y epidemiológico plantea retos adicionales que requieren mayores recursos públicos.
- Las estrategias significan formas diferentes de manejar los recursos para obtener mejores resultados en salud. <sup>(37,38)</sup>

## **Política pública vigente en el país**

### **Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)**

Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio sectorizado en la Secretaría de Salud.

Asimismo, el INSABI tiene como objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar en coordinación con la Secretaría de Salud acciones orientadas para lograr una adecuada integración y articulación de las Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, pero para el cumplimiento de su objeto el INSABI tiene las siguientes funciones:

- Prestar de manera gratuita servicios de salud y asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados y demás elementos necesarios para la atención de las personas sin seguridad social de conformidad con los instrumentos públicos que al efecto suscriba con las Instituciones Integrantes del Sistema Nacional de Salud.
- Celebrar y proponer convenios, instrumentos jurídicos de coordinación y colaboración con las Instituciones de Salud públicas y entidades, entidades federativas y municipios para asegurar el cumplimiento de su objeto.
- Coordinar las acciones para ejecutar, dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los instrumentos jurídicos a que se refiere la fracción anterior de conformidad con las disposiciones generales que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.
- Proponer a la Secretaría de Salud adecuaciones a la normatividad reglamentaria que resulten necesarias en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.
- Impulsar en coordinación con la Secretaría de salud, la implementación de redes integradas de servicios de salud en las que participen todas las instituciones públicas de salud, federales o locales, que confluyen en una zona con el fin de garantizar la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.
- Contribuir con la Secretaría de Salud y con la participación de las entidades federativas en la planeación estratégica de esquemas que permitan privilegiar el uso racional de los recursos humanos debidamente capacitados, del equipo médico y de la infraestructura médica, en la planeación se tomará en cuenta las redes integradas de servicios de salud.

•—Supervisar que en las unidades médicas a su cargo cuenten de manera permanente con el personal profesional, auxiliar y técnico para la salud necesario para la prestación de los servicios, pero con especial énfasis en las comunidades marginadas.

- Impulsar en términos de las disposiciones aplicables el establecimiento de estímulos como parte de la remuneración correspondiente para el personal profesional, técnico y auxiliar para la salud que preste sus servicios en comunidades marginadas de difícil acceso.
- Colaborar con la Secretaría de Salud en la promoción de actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud.
- Proponer con sujeción a los recursos disponibles, programas de regularización del personal profesional técnico y auxiliar para la salud que participe en la prestación de los servicios a que se refiere el INSABI entre otros aspectos la antigüedad y el desempeño.
- Formular y mantener actualizada la plantilla ocupada de los trabajadores que participan en la prestación de los servicios y operar conforme a lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias, un sistema de administración de nómina en el cual se debe identificar el tipo, el nivel, clave de la plaza y del centro de trabajo correspondiente conforme a los lineamientos que al efecto emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Transferir a las entidades federativas con oportunidad y precedente los recursos que le correspondan para la prestación gratuita de servicios de

salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

- Establecer el registro en las unidades médicas que prestan servicios de las personas atendidas por la misma.
- Definir las bases para la compensación económica entre las entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud esto por concepto de prestación de servicios.

Sin embargo, cabe mencionar que no es necesario afiliarse ni pagar ninguna cuota para poder recibir atención médica y medicamentos solo es necesario que se presente el paciente con su CURP o presentar el acta de nacimiento.

Pero antes del INSABI existía el Seguro Popular que anteriormente se había mencionado que tenía como misión brindar a toda la sociedad en general cobertura médica gratuita y de calidad todo esto con la finalidad de poder proteger a toda la población que no cuenta con seguridad social en salud.

Además, buscaba que todos los integrantes de las familias afiliadas pudieran tener acceso a los servicios de salud médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos este programa tuvo éxito en los 18 años que estuvo en función ya que en su primera etapa tuvo un millón de afiliados y año con año fue incrementando hasta que llegó a los 53 millones de afiliados a nivel nacional, pero como todas las políticas públicas era necesario una mejor fiscalización de los recursos.

Es por eso que el 29 de noviembre se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto que oficializó la eliminación del Seguro Popular y se creaba el nuevo Instituto de Salud para el Bienestar.

El INSABI inició operaciones el 1 de enero del 2020 como un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud y los servicios que ofrece se darán bajo los criterios de universalidad, igualdad e inclusión. <sup>(39,40)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México y el mundo, los modelos de salud han tenido distintos cambios en aspectos económicos, políticos y sociales, pero existe una gran parte de la población que no puede acceder a los servicios de salud tanto en el sector público como el privado. Los modelos de salud se basan en función de las necesidades, pero no toman en cuenta las capacidades monetarias de la población, el mal control financiero y operativo hace que el dinero no llegue a los programas de salud que existen y que no tengan el impacto que debería de tener. Por lo mencionado anteriormente se aborda este tema y se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el modelo de atención idóneo para cubrir las necesidades que se presentan en la población?

## **OBJETIVO**

Describir los modelos de atención para la salud nacional e internacional para saber las diferencias que existen en cada uno de ellos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Mencionar los modelos de atención para la salud nacionales
- Mencionar los modelos de atención para la salud internacionales
- Identificar las diferencias entre los modelos nacionales e internacionales

## **METODOLOGÍA**

Tipo de estudio sistemático, el cual causara datos secundarios como principal fuente de información, relacionar los datos ya existentes que provienen de distintas fuentes. <sup>(42)</sup>

## DISCUSIÓN

Podemos observar que México, tiene un modelo segmentado de salud que cuenta con 2 sectores público y privado heterogéneo y que tienen 2 subsistemas coordinados entre sí y se dividen trabajadores asalariados en el sector privado y público y la población con capacidad de pago, por lo tanto, se pudo observar que la gente que no tiene la capacidad de pago o que no cuente con un trabajo que cuente con seguro no tienen la capacidad de poder atenderse en caso de que presenten una enfermedad y aunque en el plan de desarrollo mencionan que las entidades federativas organizan sus sistemas estatales de salud y que la secretaría de salud apoyará a los estados que decidan descentralizarse esto no se ha llevado a cabo debido a que los recursos que se destinan para la salud no llegan en su totalidad.

Además, debido a la crisis que presentan los sistemas de salud no solo de México sino de todo Latinoamérica la OPS mencionó que para terminar con ella solo se lograría con la promoción de la salud y sobre todo con la renovación de los servicios de atención primaria que la renovación es que la atención primaria llegue a toda la población y que se encuentren cerca de las poblaciones es por eso que en la actualidad se ha creado el INSABI para que todas las personas de escasos recursos y de poblaciones tengan atención de la salud gratuita en los tres niveles de atención y sobre todo cerca de sus comunidades.

Por lo tanto, otro de los principales problemas del sistema de salud mexicano es que no hay calidad, calidez y ética en el personal de salud a lo anterior nos referimos que no hay un buen trato hacia los pacientes además, de que en una publicación del seguro social menciona un manual sobre el código de conducta que debe de tener todo el personal pero a pesar de eso el personal de salud no sigue ese código de conducta lo que hace que el servicio de salud sea deficiente, otro problema que existe en el sistema de salud mexicano es que a pesar de que existe políticas interculturales estas no se ponen en marcha y sigue sin poder usarse la medicina tradicional como otra alternativa de tratamiento sobre todo en las poblaciones de escasos recursos y no solo eso, sino que también existe todavía discriminación del personal de salud a la hora de prestar los servicios a la población. (16,39,40)

## CONCLUSIONES

Como pudimos observar en México invierte poco dinero creando programas para la salud, pero a pesar de los programas nuevos que son creados para las personas de distintos niveles económicos aún no llegan los servicios de salud a toda la población, otro de los motivos que hacen que fracasen los programas de salud es la cultura ya que la mayoría de la población en México solo acude a los servicios de salud cuando existe dolor o no acude debido a sus creencias religiosas y en vez de acudir con el personal de salud acuden con curanderos o brujos y otros motivos por los cuales no acuden a sus instituciones de salud es por la forma y desigualdad con la que son tratados en las instituciones, por el tiempo prolongado que tienen sus citas y por qué para tener acceso a la atención especializada tienen un costo extra.

En comparación con países como Cuba que su sistema de salud es considerado como un verdadero sistema de salud ya que todas las instituciones tienen que brindar acceso libre e igualitario a todas las personas a sus programas y servicios de salud y tienen que hacer una cobertura del 100% y otros de los beneficios es que tienen acceso a los 3 niveles de atención.

Otro ejemplo de sistema de salud es el de Brasil que asegura atención hospitalaria especializada y medicamentos a más de dos tercios de los brasileños además de dar atención en cuidado de salud mental, sida, cáncer, y rehabilitación. Brasil con este sistema de salud avanzó en la prevención y promoción de la salud.

Otro sistema de salud que ha dado buenos resultados es el de Argentina debido a la creación de la Administración Nacional de la Seguridad Social en 1991 con esta administración logró concentrar la recaudación de todos los aportes y contribuciones de obras sociales, jubilaciones y subsidios familiares y en cuestión a las autoridades sanitarias y la administración de los recursos asistenciales existe una distribución de facultades decisorias y de regulación entre la nación y las provincias este equilibrio impide la concentración de las atribuciones suficientes para poder planificar las reformas trascendentes en la gestión global del sistema.

En cuestión a los establecimientos públicos solo hay dos excepciones que son los hospitales Garrahan y Posadas los demás hospitales son administrados por las 24 jurisdicciones provinciales, además, cabe mencionar que hay otros hospitales dependientes a nivel nacional, pero está fuera de la cartera de salud que son los de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y los universitarios.

En Países de primer mundo como Alemania donde no está permitido no contar con seguro de salud y que no solo eso Alemania cuenta con un sistema mixto que significa que esté mezclado el sector público y privado donde las principales características de este sistema, aunque están mezclados existe el predominio del sector público y se tiene la libertad de elección del médico y no solo eso tiene acceso a la atención especializada.

Pero también hay países de primer mundo como Estados Unidos que invierte mucho dinero en programas para la salud pero que aún con esto no ha podido darle la cobertura al 100% de su población.

Con esta información de los modelos de servicio que se recolectó de diferentes fuentes bibliográficas podemos observar que para que México tenga éxito en sus programas de salud se tienen que cambiar varias situaciones como las creencias de la población y que cuando se realicen los programas de salud o en los ya existentes se tienen que enfocar en los principales problemas de salud que tiene la población y no solo eso también darle capacitación al personal de salud sobre cómo atender o tratar a las personas que ocupan estos servicios ya que como se puede observar aunque existe código de ética para las instituciones en la mayoría no lo ponen en práctica ya que siguen tratando con desigualdad a las personas y otro punto importante es que para poder mejorar sus programas es considerar dar acceso a la atención especializada sin ningún costo extra.<sup>(19,23,25,27,42,43)</sup>

## PROPUESTAS

En México, hemos observado cambios en el sistema de salud para tratar de cubrir las necesidades que se presenten en la población, pero como menciona Salazar A., México ha invertido poco y mal en salud pública, además, a diferencia de los países similares es el que invierte menos en la salud.

También, se observa que la pobreza y la desigualdad prevalecen todavía en México y son retos para las políticas públicas de salud, sobre todo porque afectan al acceso de la atención médica y a los medicamentos, pero, no solo eso afecta a la prevención y alteran las condiciones de vida de los mexicanos.

Es por eso, que se propone un modelo de atención para la salud que tenga las siguientes características: que se base en el paradigma conductista, ya que explica y describe las conductas de los organismos y esto es de gran utilidad, porque es importante estudiar la conducta de la población en donde se aplicara el modelo de servicio, para ver si tendrá éxito.

Otra propuesta, es que en este modelo de salud se brinde una mejor calidad en la asistencia a la salud y en la atención, con esto se pueden obtener mejores resultados en los tratamientos de los pacientes, así como, en la relación de los mismos.

Otro punto importante, que se aplicaría en esta propuesta, es capacitar al personal, entorno a la calidez en el servicio y creando un reglamento que se deberán cumplir y en caso de que no lo aplique el personal, se les otorgue una multa.

Por último, en cuestión de ética y multiculturalidad en este modelo que se propone se busca capacitar al personal para darles un trato digno y respeto a los pacientes, también a reconocer sus limitaciones, esto enseñándole al personal los principios bioéticos.

En cuestión, de multiculturalidad en este modelo se busca enseñar al personal de salud sobre medicina tradicional y sobre la cultura indígena.

Sobre la diferencia entre los sistemas de salud internacionales y el sistema de salud mexicano, encontramos que en países de Europa y América los sistemas de salud llegan a toda la población, esto porque mencionan en el reglamento interno de sus instituciones de salud que todas las personas tienen derecho a ser atendidas en las instituciones de salud, además, en países como Alemania, las leyes marcan que todas las personas tienen que tener seguro obligatorio. En el caso de América Latina el gobierno de Cuba marca en sus leyes que toda la población tiene derecho al libre acceso a la salud, en ambos países en dado caso que no se cumplan lo que marcan las leyes existen sanciones a las Instituciones.

Es por esto, que se propone que en México se modifique el reglamento interno de sus Instituciones de Salud, esto porque, aunque el INSABI marca que toda la población puede ser atendida en cualquier institución de salud presentado únicamente su CURP, pero no se cumple debido a que en las Instituciones de Salud les cobran por la atención lo cual marca el INSABI que no deberían de cobrar.

Por lo tanto, es necesario marcar en el reglamento de las Instituciones Públicas de Salud que la población tiene derecho a ser atendida sin costo alguno presentando su CURP al igual que el acceso gratuito a los medicamentos y no solo eso sino mencionar que se les debe de dar presupuesto extra a las Instituciones para que puedan cubrir este gasto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fierros HA. Concepto e historia de la salud pública en México. Gaceta Médica de México, 2014; 150:195-199.
2. Dantes OG. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Salud pública de México, 2019; 61(2).
3. Durán A. Políticas y Sistemas Sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de salud; 2004.
4. Acosta FR. ¿Sabes realmente que es un paradigma?[ publicación periódica en línea]2004,Marzo[citada: 2020 Octubre 16] [aproximadamente 11 pp.]. Disponible en <https://rieoei.org/historico/deloslectores/819Acosta.PDF>
5. GOB. El enfoque intercultural en salud y sus aportes para una revisión de los paradigmas en el campo de la salud, disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/37990/ParadigmasSalud.pdf>
6. OEA (1993). Caracterización del paradigma conductista, disponible en: [https://www.academia.edu/37990169/Caracterizaci%C3%B3n\\_del\\_Paradigma\\_Conductista](https://www.academia.edu/37990169/Caracterizaci%C3%B3n_del_Paradigma_Conductista)
7. OEA (1993) Caracterización del paradigma cognitivo, disponible en: [https://comenio.files.wordpress.com/2007/09/paradigma\\_cognitivo.pdf](https://comenio.files.wordpress.com/2007/09/paradigma_cognitivo.pdf)
8. OEA(1993) Caracterización del paradigma sociocultural, disponible en: [https://comenio.files.wordpress.com/2007/11/paradigma\\_sociocultural.pdf](https://comenio.files.wordpress.com/2007/11/paradigma_sociocultural.pdf)
9. OEA(1993) Caracterización del paradigma constructivista, disponible en: [https://comenio.files.wordpress.com/2007/10/paradigma\\_psicogenetico.pdf](https://comenio.files.wordpress.com/2007/10/paradigma_psicogenetico.pdf)

- 10.OMS (1986). Carta de OTTAWA para la promoción de la salud, disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- 11.Franco AG. Atención primaria en salud (APS) ¿De regreso al pasado?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2012;30(1): 83-94.
- 12.OPS (1990). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, disponible en: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=792-desarrollo-fortalecimientos-los-sistemas-locales-salud-2&category\\_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=792-desarrollo-fortalecimientos-los-sistemas-locales-salud-2&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965)
- 13.OPS (1993). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud La salud bucal, disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/salbuc1.pdf>
- 14.Carvajal VA. Teorías y modelos: formas de representación de la realidad. Revista Comunicación, 2013; vol. 12(1) :1-14.
- 15.Arredondo A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud – enfermedad [publicación periódica en línea] 1992. Julio [citada: 2020 octubre 15]; 8 (3): [aproximadamente 8pp.]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?lang=es&format=pdf>
- 16.GOB (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018, disponible en: [http://www.sidss.salud.gob.mx/contenidos/PDF/PAE\\_2013-2018\\_DGCES\\_3Mar2015\\_v21.pdf](http://www.sidss.salud.gob.mx/contenidos/PDF/PAE_2013-2018_DGCES_3Mar2015_v21.pdf)
- 17.GOB (2019). Programa Sectorial de Salud 2019-2024, disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/638803/PSS\\_2020-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/638803/PSS_2020-2024.pdf)
- 18.UE (2012). La gestión del sistema sanitario en los Estados Miembros de la UE: la función de los entes locales y regionales, disponible en: <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-es.pdf>
- 19.Parel M. El sistema sanitario alemán. Panace, 2011; 12 (34): 285-294.

20. Bello M. Becerril MV. Sistema de salud de Argentina. Salud pública de México, 2011; 53(2): S96-S108.
21. Becerril MV., Medina G. y Aquino R. Sistema de salud Brasil. Salud pública de México, 2011; 53(2): S120-S131.
22. Becerril MV., Reyes JD. Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud pública de México, 2011; 53(2): S132-S143.
23. Domínguez A E. Zacca E. Sistema de Salud de Cuba. Salud pública de México, 2011; 53(2): 5168-5176.
24. OMS (2018). Estrategia de cooperación país OPS/OMS Cuba 2018-2022, disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275329/ccs-cub-2018-2022-spa.pdf?ua=1>
25. OPS (2010). Perfil de sistemas y servicios de salud Estados Unidos de América, disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Estados\\_Unidos\\_America\\_2002.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf)
26. OPS (2010). Canadá Perfil de sistemas y servicios de salud, disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Canada\\_2000.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Canada_2000.pdf)
27. GOB. Ley General de Salud, disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
28. Gómez DO., Becerril VM. Arreola H. Sistema de Salud en México. Salud pública de México, 2011; 53(2) : 5220-5232.
29. Sosa MCR. ¿Cómo lograr la Calidad en la Clínica Dental?[publicación periódica en línea]2009, septiembre[citada: 2020 noviembre 20](1):1-7 disponible en: : <https://gacetadental.com/2009/05/cmo-lograr-la-calidad-en-la-clnica-dental-30949/#:~:text=La%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20su%20dimensi%C3%B3n%20t%C3%A9cnica%20consiste,del%20paciente%20minimizando%20sus%20riesgos.&text=El%20odont%C3%B3logo%20debe%20satisfacer%20las,cuanto%20a%20esta%20relaci%C3%B3n%20personal>

30. Moreno WM., Sánchez CLG., Orozco LC. Álvarez AFH. La calidad de la atención en el servicio odontológico. *Odontología actual*, 2008; 59(5): 52-55.
31. GOB (2002). Código de conducta para el personal de salud 2002, disponible en:  
<http://salud.edomex.gob.mx/salud/documentos/acercade/cobiem/CNB/CODIGO%20DE%20CONDUCTA%20PARA%20EL%20PERSONAL%20DE%20SALUD%202002.pdf>
32. Bernabé V.M. Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad conocimientos necesarios para la labor docente. *Revista educativa hekademos*, 2012; 11(5): 67-76.
33. OMS (2014) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf;jsessionid=BFDC1709977168C65E8389CB52EF436B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=BFDC1709977168C65E8389CB52EF436B?sequence=1)
34. GOB (2012). Interculturalidad en salud Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud, disponible en :  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
35. GOB (2014). Manual y protocolo para la elaboración de políticas públicas de Derechos Humanos conforme a los nuevos Principios Constitucionales, disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf;jsessionid=BFDC1709977168C65E8389CB52EF436B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=BFDC1709977168C65E8389CB52EF436B?sequence=1)
36. GOB (2019). Programa Seguro Popular, disponible en:  
<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>
37. GOB (2012). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, disponible en:  
<https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>
38. GOB (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, disponible en:  
<https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>

39. GOB. Instituto de Salud para el Bienestar, disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>
40. GOB. Que reforma los artículos 36 y 77 bis 1 de la ley general de salud, suscrita por senadores del grupo parlamentario del pan, disponible en: [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2020-01-15-1/assets/documentos/Inic\\_Arts\\_36y77-BIS\\_LEY\\_GENERAL\\_SALUD.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2020-01-15-1/assets/documentos/Inic_Arts_36y77-BIS_LEY_GENERAL_SALUD.pdf)
41. Vázquez CE., Sotomayor TJ, Mizuki AG. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. 2018, Rev. Salud Pública; 20(2): 254-257.
42. UNAM (2018). Investigación bibliográfica, disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/12.pdf>
43. Wagner SG. El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto. 2015, Salud Colectiva; 11(4): 469-470.
44. Arce HE. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. 2012, Departamento de salud pública; 72: 414-418.
45. Salazar CA. La real enfermedad del sistema de salud mexicano. 2019, Sapien boletín científico de la escuela preparatoria número 1; (2): 1-7
46. Zeron GL, Montañó FG. La capacitación del personal de salud y la mejora en la atención. 2017, Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 55(3): 276- 277.

