



# Sistema de salud en México: En terapia intensiva

Héctor Barragán Valencia





**Centro Tepoztlán Víctor L. Urquidi, AC**

Tenochtitlán 55-Bis,  
Barrio de Santo Domingo  
Tepoztlán, Morelos  
[www.centrotepoztlan.org](http://www.centrotepoztlan.org)

**Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC**

Calle Melchor Ocampo 305,  
Barrio de Santa Catarina, Coyoacán, CP 04010  
Ciudad de México, México  
[www.foroconsultivo.org.mx](http://www.foroconsultivo.org.mx)  
[foro@foroconsultivo.org.mx](mailto:foro@foroconsultivo.org.mx)  
Teléfono: +52 (55) 5611-8536

**Coordinación:**

Mauricio de María y Campos  
Jorge Máttar  
José Franco  
José Antonio Esteva Maraboto

**Responsables de la edición:**

Jorge Máttar  
Gabriela Esteva

**Autor:**

Héctor Barragán Valencia

**Diseño:**

Oswaldo Enrique Romero Ramírez

**DR, Marzo 2018, FCCyT**

Documento de trabajo, sujeto a cambios de fondo y forma. Las opiniones son responsabilidad del autor y no necesariamente coinciden con las del Centro Tepoztlán, del Colegio de México o las del Foro Consultivo Científico y Tecnológico.

Cualquier mención o reproducción del material de esta publicación puede ser realizada siempre y cuando se cite la fuente.

---



## Presentación

México vive una de las encrucijadas más complejas de su historia contemporánea. La mayoría de la población sufre un deterioro de su calidad de vida y la expectativa de un futuro mejor se ve amenazada por el estancamiento y desgaste de la economía, las instituciones, el bienestar social, la práctica de la política y el medio ambiente. La situación apunta a la urgencia de transformaciones estructurales que rompan con esta trayectoria, y que encaminen al país en una senda de desarrollo sostenible e incluyente, que abata la pobreza y la desigualdad y traiga prosperidad a la población.


La gravedad de los problemas y la baja efectividad de las soluciones que se han ensayado en las últimas tres décadas deben dar lugar hoy a una estrategia diferente, que ataque los problemas de raíz, que impulse el crecimiento, el empleo y el bienestar social, así como la inversión, la creatividad y la innovación y ofrezca resultados palpables a la población en todas las regiones del país en el corto plazo; pero que también impulse soluciones duraderas y sostenibles en el mediano y largo plazos, que permitan recuperar la confianza, el orgullo y la identidad nacional en la hora global.

El proceso electoral y el inicio de una nueva administración de gobierno representan una nueva oportunidad para construir un mejor país. La difícil coyuntura induce a que la esperanza que se renueva cada seis años, hoy se asiente sobre bases más firmes, con una sociedad dispuesta a ser parte activa de la solución y no un mero testigo pasivo o reactivo de decisiones del poder económico y político. Eliminar la corrupción y la impunidad, fortalecer el estado de derecho y las instituciones democráticas, reconstruir el tejido social e implantar un sistema de desarrollo sostenible, incluyente y más justo, con mayor confianza en su futuro, precisa de una ciudadanía empoderada y con capacidad de diálogo eficaz con su gobierno.

El Centro Tepoztlán Víctor L. Urquidi A. C., espacio de análisis y discusión multidisciplinaria e independiente de los problemas nacionales desde hace cuatro décadas, con el apoyo de El Colegio de México y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico, decidió emprender en 2016 el proyecto *México próspero, equitativo e incluyente; construyendo futuros*, que tiene como objetivo formular una propuesta para encarar los grandes desafíos de la nación, a partir del análisis de los problemas actuales con una perspectiva estratégica de mediano y largo plazo.

El Proyecto se ha nutrido de sesiones de reflexión y diálogo que cada mes realiza el Centro Tepoztlán para contribuir al análisis y solución de los problemas nacionales. Una coyuntura compleja, un futuro incierto y viejos y nuevos desafíos requieren discusiones responsables sobre opciones de trayectorias y propuestas participativas para construir escenarios compartidos de futuro, lo que constituye un propósito central de esta iniciativa.

---



El informe ha contado con la coordinación técnica de Jorge Máttar, la activa colaboración de Susana Chacón y Javier Matus, la orientación de Francisco Suarez Dávila, Clara Jusidman y Eugenio Anguiano; el respaldo informático de Ulsía Urrea y la entusiasta participación y diálogo de los asociados del Centro Tepoztlán. Reúne a un grupo de expertos nacionales de muy diversas disciplinas y experiencias de vida, públicos y privados, interesados en examinar los principales retos políticos y de gobierno, económicos, sociales, tecnológicos, de seguridad y del entorno internacional que afectan a México actualmente y que pueden incidir de manera significativa en su trayectoria de mediano plazo. Propone, finalmente, opciones de política e iniciativas concretas para superar los desafíos coyunturales y estructurales que enfrenta la nación y la construcción de futuros posibles.

**Mauricio de Maria y Campos**  
Presidente del Centro Tepoztlán Víctor L. Urquidi

---



# Sistema de salud en México: En terapia intensiva

Héctor Barragán Valencia

## Resumen ejecutivo

El sistema de salud mexicano está en terapia intensiva. El financiamiento público es escaso y decreciente: pasó de 3.5% del PIB en 2013 a 2.5% en 2018. La cobertura es deficiente y desigual: el acceso a los servicios médicos lo determinan las condiciones económicas y laborales formales.

El sistema de información es disperso y desarticulado: cada entidad maneja información diferente y soslaya la clasificación internacional de las enfermedades. La enfermedad se considera como entidad cerrada y reducida a un problema entre médico, enfermo y medicamentos, pues suelen obviarse los determinantes sociales de la salud, como si el ingreso, la habitación, los servicios básicos, etc., no influyeran. Pese a la evidencia de diversos macro estudios sobre cómo inciden las condiciones sociales en la enfermedad y su evolución, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no admite que la desigualdad sea un factor decisivo en la epidemia mundial de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus, tipo II, que pone en riesgo la viabilidad financiera del sector.

Los desafíos que plantea la transición epidemiológica (el tránsito de las enfermedades infectocontagiosas a las crónico-degenerativas) implican cambiar el modelo de salud curativo por otro que privilegie la libre determinación y la dignidad de las personas, cuyo objetivo sea mantener el mayor tiempo posible sanos a los hombres, y se centre en la anticipación, la prevención, la promoción de la salud y estilos de vida saludables, así como en la adherencia terapéutica.

## I. Un Sistema fragmentado generador de desigualdad

El sistema de salud está anclado en el siglo XX. En el siglo pasado se fundaron las principales instituciones de salud: en 1938 nace la Secretaría de Asistencia Social, hoy Secretaría de Salud (SS), para enfrentar los graves problemas de salud pública ocasionados por las enfermedades infectocontagiosas, principalmente diarreicas y respiratorias. Años más tarde, con una concepción sectorial y de control político, surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 1943) para dar servicios médicos y seguridad social (incapacidad y pensiones) a la población trabajadora en el sector formal de la economía. Cierra el círculo la creación del Instituto Nacional de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, cuyo propósito es proveer servicios médicos y protección social a los empleados públicos. El proyecto inicial de atender la salud pública se perdió, y a la postre la Secretaría de Salud se transformó en la dependencia que ofrece servicios de salud a la población sin seguridad social laboral: campesinos, trabajadores por su cuenta, desempleados, subempleados y a todos aquellos que laboran en la economía informal.

A esta abigarrada estructura de salud se suman los servicios de salud que atienden a las fuerzas armadas y a los trabajadores de la industria petrolera, así como las 32 secretarías de salud estatales, que son organismos descentralizados de la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propio, fondeados por los gobiernos estatales y el gobierno federal.

En suma, la provisión de servicios médicos a los mexicanos es un galimatías, no sólo por su complejidad administrativa y financiera, sino por la forma cómo abordan el proceso salud-enfermedad y sus dispares sistemas de información. México cuenta con 38 subsistemas de salud, mayoritariamente plagados de deficiencias. A ello, se añaden los diferentes servicios médicos privados de variopinta calidad y en mayor medida guiados por la ambición y la ganancia. Y no menos grave es que las leyes y las normas vigentes que deberían regular a todo el sector salud son más indicativas que obligatorias (sancionar su violación presenta un alto grado de dificultad), lo cual facilita que se cumplan parcialmente. Tan complejas condiciones, que rayan en lo absurdo, tornan casi utópico pensar en un sistema nacional único de salud, porque adicionalmente las instituciones públicas de este sector responden a diversas y muy específicas clientelas políticas.

La forma como se distribuye el presupuesto a las instituciones de salud pública refleja el poder de las diferentes clientelas a las que ofrecen servicios de salud y, en consecuencia, su regresividad: el gasto en salud que, idealmente, debería nivelar el piso entre los sectores ricos y los pobres, es un reproductor de las abismales condiciones de desigualdad que prevalecen en el país. Así, el presupuesto previsto para la Secretaría de Salud viene cayendo desde 2013. En 2018 sufre un nuevo recorte de 4.6% respecto de 2017. En particular el Seguro Popular, que atiende a los mexicanos sin seguridad social laboral y de menores ingresos, disminuye por segundo año consecuti-

vo. En 2017 el recorte fue de 10 mil millones de pesos y para 2018 será de 3,019 millones. En cambio, el presupuesto del IMSS aumenta en 6,420 millones de pesos y el del ISSSTE registra una modesta alza de 21 millones de pesos.

La caída neta del gasto público en salud implica un crecimiento del gasto de bolsillo para todos los sectores de la población. Una de las consecuencias de este fenómeno es que la población de menores ingresos suele incurrir en gastos catastróficos, es decir equivalentes a 30% o más de sus ingresos disponibles.

Sin duda, la consecuencia de esta política pública será el incremento de la pobreza en todas sus dimensiones. De acuerdo con el polémico estudio de 2016 de medición de la pobreza del Coneval, el acceso a la salud es uno de los factores que contribuyeron a disminuir la pobreza por carencias. No obstante, los recortes en salud revertirán ese logro, si es que acaso lo hubo entre 2014-2016.

Todo parece indicar que el Coneval realizó cuentas alegres. Así lo muestran el estudio *Afiliación, uso y gasto en salud: ENIGH 2016* de Judith Senyacen Méndez del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, AC<sup>1</sup>. El trabajo demuestra que no hay una correlación entre el incremento del número de afiliados al Seguro Popular y una mayor utilización de los servicios de salud de los gobiernos federal y estatales por las personas sin seguridad social laboral.

Esto significa que por sí solo el mayor número de afiliados al Seguro Popular no implica una disminución de la carencia en salud y, por tanto, no incide en una reducción de la pobreza, toda vez que un mayor número de personas pueden estar incurriendo en gastos catastróficos, en particular aquellas ubicadas en los primeros deciles de ingresos.

Veamos: entre 2014 y 2016, el número de afiliados a este sistema de seguridad en salud pasó de 52 a 55.6 millones, es decir, un incremento de 3.6 millones. Sin embargo, cuando se cruza el número de afiliados con la pregunta, *¿en dónde se atendió?*, de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2016, el resultado es que un creciente número de personas de todos los deciles de ingresos se atendieron en consultorios privados. Por ejemplo, en el decil I el uso efectivo del Seguro Popular bajó cuatro puntos porcentuales, de 61% en 2014 a 57% en 2016. Paralelamente la consulta privada se incrementó en la misma proporción al pasar de 27 a 31% en el periodo. El trabajo citado destaca que el decil VI fue el que más aumentó el uso de los servicios médicos privados al pasar de 36% en 2014 a 45% en 2016, nueve puntos porcentuales más.

La desigualdad y fragmentación del sistema nacional de salud se refleja en la asignación que reciben los diferentes subsistemas. En 2016, el gasto per cápita asignado a los afiliados del Seguro Popular fue de \$2,769 pesos; para los del IMSS ascendió a \$3,118 pesos; para los del ISSSTE llegó a \$3,982 y para los de Pemex alcanzó la suma de \$11,335 pesos<sup>2</sup>.

Esta distribución del gasto perpetúa la desigualdad entre los distintos estratos de la población. Pero a pesar de que las asignaciones presupuestales son mayores en el IMSS, ISSSTE y Pemex, el gasto de bolsillo (que incluye atención primaria, hospitalaria y medicamentos) de los afiliados a estos subsistemas de seguridad fue creciente entre 2014 y 2016. En el ISSSTE2 durante ese último año representó 84% del gasto público per cápita destinado a esta institución; en el IMSS alcanzó 68%, y en Pemex llegó a 19%.

Por su parte, los afiliados al Seguro Popular tuvieron un gasto de bolsillo de \$163 pesos adicionales en 2016, respecto de 2014, al pasar de 1,324 pesos a 1,487. Si se compara el gasto público per cápita de 2,769 pesos en 2016 con el gasto de bolsillo del mismo año, este último representa 54% del gasto público federal destinado a tales derechohabientes.

En consecuencia, mientras que el gasto público real per cápita destinado a los afiliados al seguro popular aumentó en 56 pesos entre 2014 y 2016, el gasto de bolsillo de las personas afiliadas a este subsistema de salud subió a 163 pesos en el mismo periodo, lo cual equivale a un crecimiento de casi tres veces (2.91) en dos años, que en muchos casos es gasto catastrófico. Estas cifras confirman que la pobreza por carencia de salud no disminuyó.

Dichos datos, nada halagüeños, reflejan que el financiamiento público para la salud está muy por debajo de las necesidades del sector, que no solamente es deficiente, sino decreciente en los últimos años de la administración de Enrique Peña Nieto. Asimismo, esta insuficiente inversión en salud contribuye al empobrecimiento general, donde no son ajenas las clases medias y todos los trabajadores que cotizan en el Seguro Social y en el ISSSTE.

Complementa este cuadro de acceso desigual a la salud el hecho de que el Seguro Popular cubre apenas el tratamiento de 266 enfermedades, mientras que en el IMSS no hay restricciones. Por ejemplo, el Seguro Popular no cubre los infartos cardíacos en los mayores de 60 años, los accidentes cerebro vasculares, la diálisis después de la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón<sup>3</sup>. Claro, otro asunto es la oportunidad y la calidad de la atención en todas las instituciones públicas de salud, que dejan mucho que desear. Como también merece un análisis aparte la atención privada a la salud, donde proliferan los estudios y las intervenciones innecesarias (que suelen ocasionar iatrogenias); en pocas palabras, prevalece el lucro por encima de las necesidades sanitarias de las personas.

Como se aprecia, el gasto público en salud es un factor que en lugar de contribuir a disminuir la desigualdad entre los mexicanos, la reproduce. No contribuye a la movilidad social; mantiene alto el gasto de bolsillo de las familias, que para los deciles de bajos ingresos significa la pauperización y preserva la segmentación sectorial de la sociedad y la pobreza intergeneracional. Todos estos factores se traducen en una baja calidad de vida, en menos años productivos y saludables y en una disminución de la esperanza de vida.



### 2. Financiamiento deficiente y decreciente

“Obras son amores y no buenos discursos”. Esta frase marca la distancia que existe entre los dichos de los funcionarios federales y la inversión en salud: el presupuesto para el sector ascenderá en el año 2018 a 568 mil 577 millones de pesos, que representa 2.5% del PIB, dos décimas de punto inferior al de 2017 (2.7% del producto) y un punto porcentual menos del producto interno bruto en relación con el año 2013, cuando el gasto ascendió a 3.5% del PIB. (La OCDE sugiere que se incremente al doble, esto es a 7% del PIB, para acercarlo al estándar de los países miembros). El presupuesto también disminuye como proporción del gasto público total, que pasó de 11% en 2016 a 10.9% en 2018. En términos reales, el gasto público en salud para 2018 se ubicará en el mismo nivel que en 2013, pero con 6.3 millones de mexicanos más que en aquel año<sup>4</sup>. La caída afecta a la calidad del servicio y es una carga adicional de trabajo y de estrés para los trabajadores de la salud.

La OCDE<sup>5</sup> estima que en este rubro México destina casi cuatro veces menos que el promedio de los países que la integran: 1,080 pesos frente a 4,003 pesos en 2016, la menor cantidad entre los 35 países del organismo y la tercera más baja como porcentaje del PIB. Algunas de las consecuencias del magro nivel de gasto del gobierno en salud son un menor acceso a la atención, una deficiente calidad y una alta carga financiera para las familias.

El gasto de bolsillo permanece alto: 41% del gasto general en salud, el segundo más alto y el doble del promedio de los países de dicha organización, que asciende a 20 por ciento. Igualmente se traduce en menos personal de salud: nuestro país tiene 2.4 médicos por cada mil habitantes, en relación con 3.4 en promedio de los de dicha organización, y cuenta con menos de un tercio del número de enfermeras (2.8 por cada mil habitantes, frente a 9 del promedio) y camas de hospital por mil habitantes que el promedio de estas naciones.

La disminución del gasto en salud afecta de manera desigual a cada uno de los subsistemas<sup>6</sup>: el IMSS que tiene a su cargo 9 de los 45 programas sectoriales se lleva 50% del presupuesto de este rubro, con un incremento de 2.4% en 2018, respecto del año previo; la Secretaría de Salud (que atiende a la población sin seguridad social laboral) que lleva 23 de los programas, recibe 21% del presupuesto federal (menos de la mitad que el IMSS) y una disminución de 4.6%; y al ISSSTE, que atiende a cinco de los programas se le asigna 10% del presupuesto, con un incremento marginal en el presupuesto de 2018. El resto del presupuesto y de los programas de salud lo reciben la Sedena, la Semar y el ramo 33.

El Seguro Popular, que atiende a la población abierta, ha sido duramente castigado en los últimos años: una reducción de más de 10 mil millones en 2017 y poco más de 3 mil millones en 2018. Este hecho, de por sí preocupante, alarma cuando se observa

la reducción que tendrán en el presupuesto del año próximo otros programas clave. Tales son los casos del de prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes, castigado con 21% menos; vigilancia epidemiológica; que recibe el más grande de los recortes con 59% menos y el de Vacunación, que es disminuido en 16%.

Lo menos que puede decirse es que dichas rebajas son temerarias. La disminución afecta a los programas más sensibles de la salud de los mexicanos: se castiga el monto de los recursos destinados a enfrentar la mayor epidemia de salud pública que padece México, el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, enfermedades de las que tristemente somos los campeones del mundo. No menos grave es que se reduzca casi 60% el monto de los recursos a vigilancia epidemiológica, cuando existe el riesgo de una pandemia global, tanto por la aparición de nuevos virus, como por la mayor resistencia de las bacterias a los antibióticos y los crecientes flujos humanos por todo el planeta, debido a las migraciones por guerras y hambre y por el incremento del comercio internacional. Igualmente es inverosímil que se disminuyan los recursos destinados a la vacunación, que es el programa que previene desde la influenza hasta el virus del papiloma humano.

Los recortes al gasto de salud del gobierno de Peña son un retroceso: nuevamente estamos en el nivel de inversión que se destinaba en 2006, equivalente a 2.4% del PIB.

### 3. Deficientes Sistemas de información y de planeación

Los sistemas estadísticos de las distintas instituciones de salud pública son dispersos, desarticulados y parciales. Este fenómeno es reflejo de la pervivencia de varios subsistemas de salud, de la enorme rotación del personal -que duplica o triplica la información porque en unas ocasiones cotizan en el IMSS, otras en el ISSSTE y en unas más están afiliados al seguro popular y algunas veces están registrados en varios de ellos simultáneamente-, de los diferentes servicios que brindan cada uno de los subsistemas y de la falta de un sistema de información con los mismos indicadores. Otra falla grave es que los sistemas estatales de salud no respetan la Clasificación Internacional de las Enfermedades, lo que hace que se hablen varios lenguajes, no del todo equivalentes.

La OCDE diagnostica puntualmente el galimatías que plantea a los usuarios de servicios médicos los distintos subsistemas de salud: Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. El acceso a cada subsistema está determinado por la condición laboral. Los individuos asalariados en el sector privado y sus familias están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de prestadores que pertenecen al IMSS; si pierden su empleo, tendrán que afiliarse al Seguro Popular, con un paquete diferente y un grupo distinto de prestadores; y si después encuentran trabajo en el gobierno federal, entonces serían afiliados a un paquete diferente y otros prestadores de servicios, los del ISSSTE.

Estas circunstancias y características dificultan la continuidad de la atención y es ineficiente dados los múltiples requerimientos que se exigen para mantenerse dentro del sistema al transitar de un subsistema al otro<sup>7</sup>.

Un comparativo entre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que es el estándar mundial establecido por la OMS para clasificar y medir la incidencia de las afecciones, y el catálogo de enfermedades de las entidades del país, permite inferir que se utilizan diferentes denominaciones y clasificaciones para catalogar las enfermedades. En algunos casos, coincide la clasificación de enfermedades con el capítulo correspondiente, pero en muchos otros no se toma en cuenta. Igualmente, ocurre con los grupos y las categorías. También se entremezclan grupos con categorías, si nos apegamos a la CIE.

Por si fuera poco, en rubros arbitrarios se colocan enfermedades que competen a diversos capítulos, grupos y subgrupos, no apegados a la CIE y, para colmo, hay una importante cantidad de enfermedades de consulta externa, que en algunos casos llega hasta 24% de los padecimientos, con un promedio de 12.9%: al mandar estos males al bote de la basura estadística, ignoramos de qué enfermamos y morimos.

Por último, la mayoría de los sistemas de información son cuantitativos, soslayando el impacto integral que las acciones sanitarias tienen en la salud de la población. Es decir, no hay evaluación ni seguimiento, mucho menos medición de la calidad. Señala Rafael Álvarez Cordero: las campañas de salud no funcionan porque se “informan acciones, no resultados, y, cierto, se informa la movilización de más de un millón de mexicanos que los domingos hacen ejercicio físico en las calles de la ciudad, ¿Y qué resultados hay?, ¿Cuántas personas bajaron de peso?, ¿Cuántas mejoraron su hipertensión arterial o su diabetes?”<sup>8</sup>.

En estos eventos masivos es frecuente que a la siguiente semana no asistan las mismas personas y aquellas a las que se les tomaron muestras de sangre o se midió la presión arterial (dos acciones de salud) ni siquiera recojan sus resultados y tampoco haya forma de hacerlos llegar al interesado porque no se anotaron sus datos, están incompletos o son falsos.

Cabe aclarar que las acciones de salud no equivalen a una consulta. La revisión de un paciente puede incluir diferentes acciones. Por ejemplo, si la persona acude al médico por una gripe, y ahí le auscultan las vías respiratorias, le toman una placa torácica, le miden la presión arterial, le extraen una muestra de sangre, etcétera; cada examen es una acción de salud, de manera que un solo paciente puede ser origen de 10, 15 o 20 acciones. Así se inflan las estadísticas con números descomunales, -pero no conocemos los resultados, ni la evolución del paciente; o sea, la información que permita saber si la medicación fue la adecuada, con la finalidad de facilitar la planeación a la hora de adquirir insumos y medicamentos. La conclusión es delicada: no se privilegia la evidencia científica y se favorece el dispendio.

En *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*<sup>9</sup> lapidariamente se asegura: “el sistema de salud mexicano genera mucha información, pero su recolección es fragmentada, no es comparable y usualmente no está debidamente validada. Por ello, los análisis y su difusión son escasos y de difícil acceso. Dadas estas deficiencias, rara vez esta información puede ser usada para la elaboración de políticas públicas que sirvan para mejora en los servicios sanitarios. Los administradores del sistema de salud, ya sea a nivel nacional, estatal o institucional, pocas veces pueden identificar proyectos que hayan usado información para identificar fortalezas o debilidades, o que la hayan usado como base para trabajos de mejora de la calidad. Además, la falta de comparabilidad entre la información de un subsistema de salud y otro generan resultados diferentes. Incluso indicadores sencillos, como los tiempos de espera para consulta, no se miden de manera consistente en México”.

Si el sistema de información de salud es parcial y no comparable; si adolece de una clasificación estándar de las enfermedades; si los indicadores son cuantitativos (como número de visitas o de atenciones médicas) y si no se miden resultados, ni impacto ni calidad del servicio, la planeación es prácticamente imposible o deficiente en el mejor de los casos. Y sin planeación, el uso de los recursos es arbitrario, tanto de materiales de curación como de medicamentos, así como de infraestructura sanitaria y contratación de personal. La evaluación es, en consecuencia, una rara avis: no hay forma de medir la productividad de los trabajadores ni la pertinencia de las inversiones en los distintos rubros.

En tan precarias condiciones, el sector salud es tierra fértil para que la contratación del personal obedezca a criterios clientelares, discrecionales y patrimoniales. Es una pesada rémora que interfiere en la construcción del servicio civil de carrera.

El uso de los servicios médicos públicos -tan importantes para el bienestar de los mexicanos, porque contribuyen a aliviar los estragos de la pobreza y la desigualdad- como patrimonio privado de los funcionarios en turno, es una brutal forma de corrupción y por su cercanía con la gente (es uno de los puntos de contacto directo más frecuente entre las personas y sus comunidades con los diversos órdenes de gobierno), aviva el desencanto hacia la clase política y desacredita la democracia.

Decía con atingencia el fisicomatemático William Thomson Kelvin: “Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”. A Peter Drucker se le atribuye esta frase complementaria: “Si no se mide lo que se hace, no se puede controlar y si no se puede controlar, no se puede dirigir y si no se puede dirigir, no se puede mejorar”. Tristemente a este callejón sin salida nos lleva la deficiente codificación de las estadísticas: la salud está más cerca de su degradación que de su glorificación.

En consecuencia, la planeación, cuando la hay, es mala porque el soporte numérico es fragmentado e incompleto. He aquí la gran dolencia del sistema sanitario mexica-

no y el principal desafío para construir un sistema universal de salud. Para lograr el cambio no sólo falta voluntad política sino información adecuada para darle rumbo.

### 4. Determinantes sociales de la salud y modelo curativo

Aunque en los años cuarenta y hasta los setenta del siglo pasado se dio enorme importancia a los determinantes sociales de la salud (acceso a agua potable, alcantarillado, alimentación suficiente y nutritiva, vivienda adecuada, salario remunerador, condiciones ambientales saludables, salud escolar para favorecer la autonomía de las personas, y más reciente se añadió, con justicia, la equidad de género), hoy tienen poca relevancia, amén de que por diferentes circunstancias las distintas dependencias públicas que se encargan de las políticas sociales trabajan como departamentos estancos: no se comunican entre sí, toda vez que son subordinadas al servicio del interés particular, económico y político, de los jefes en turno. La política de salud se desvinculó de los factores socioeconómicos que hacen posible una vida saludable, así como la política social se desentiende de la salud. Aún más: se soslaya el impacto que tienen en la morbilidad condiciones sociales como la desigualdad, pese a los estudios que demuestran que es la principal causa de la epidemia de obesidad y diabetes II.

La manera de salir del paso de esta lacerante realidad es responsabilizar al individuo de su bienestar, que ciertamente es corresponsable de su salud, pero no es causa suficiente. Deliberadamente los determinantes sociales son ignorados o minimizados: a propósito se soslayan el perpetuo estrés y los daños que provocan al sistema endocrino la desigualdad y la pobreza, que inducen al consumo de alimentos con alto contenido calórico; no se considera la manipulación del inconsciente por la publicidad que favorece la ingesta de comida chatarra; no se habla de la destrucción de modos de vida ocasionados por la precariedad del empleo y los míseros salarios, que no sólo impiden acceder a alimentación adecuada y a satisfactores básicos (vivienda, educación, esparcimiento, etc.) en detrimento de la salud personal y comunitaria, sino que además contribuyen a que niños y mujeres sean obligados a incorporarse al mercado laboral, en detrimento de la antigua estructura familiar, sin ofrecer a cambio, medios de compensación para que la mujer labore, tales como guarderías y horarios escolares extendidos o facilidades para atender a sus hijos. Se pasa por alto que sin estas condiciones sociales no hay manera de mejorar la productividad laboral y, por ende, la competitividad empresarial. En fin, al sector salud se le impone la carga de resolver los problemas de orden social: salud mental, suicidios, adicciones, epidemia obesogénica, entre otros. Ergo, el sistema sanitario es una especie de basurero de una sociedad disfuncional.

El modelo curativo dominante también es responsable de esta distorsión: se repara al trabajador para que sea funcional (esa fue la misión, muy propia de la época del mundo, para la que nacieron el IMSS y el ISSSTE). La relación del médico con el paciente se burocratizó: te enfermas, te medico sin ver, y punto. Se “echó en saco roto” que no

hay enfermedades, sino enfermos, que todos padecemos un mismo mal de manera diferente. Se deshumanizó al olvidar que su leitmotiv es el paciente -en buena medida por efecto de saturación de los servicios médicos, parcialmente achacable a la planeación deficiente del sistema de referencia y contrarreferencia entre el primero, segundo y tercer nivel de salud. Y se relegó la prevención, la anticipación, la promoción y la adherencia terapéutica.

A este modelo lo aquejan varias dolencias: la indispensable tecnología sustituyó a la auscultación; se rompió, en consecuencia, el trato personal, cálido; y derivado de todo este círculo vicioso; se dejó de escuchar al paciente; todos ellos factores que inciden en su bienestar y parcialmente en su cura. Otras consecuencias no deseables son la hiperespecialización del médico, el encarecimiento de la consulta y de los servicios y la mercantilización de la profesión, dominada por grandes conglomerados hospitalarios y mecanismos de aseguramiento que sacan provecho tanto del paciente como de los médicos: las partes de este infernal sistema.

La política social cierra la pinza que convierte a la salud en el bote de la basura de la crisis humanitaria del país: su objetivo es paliar la pobreza no importa si como te ayudo te mato. Un caso emblemático es *La cruzada nacional contra el hambre*, que, aunado a todos los problemas de implementación y falta de transparencia, el Coneval advirtió que en el programa de comedores los platillos son inapropiados porque las porciones no son equilibradas ni recomendables. Su contenido es alto en sodio, azúcares, carbohidratos y grasas. Las posibles consecuencias podrían representar una carga adicional al sistema de salud pública por sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión<sup>10</sup>.

Como se aprecia, la política social está desvinculada de la política de salud y lo peor, contribuye a reproducir ambientes insalubres. Quizá para bien, el programa mencionado sólo atiende a una porción menor de los más de 50 millones de mexicanos que padecen algún grado de inseguridad alimentaria. La política contra el hambre está muy lejos de considerar los factores que la propician en las zonas rurales, como son las escasas vías de comunicaciones, los ingresos insuficientes y la falta de acciones para fomentar y desarrollar granjas y huertos familiares. Tampoco considera la conformación de las familias, ni si son encabezadas por hombres o por mujeres, pues en los casos donde hay jefas de hogares el hambre suele recrudecerse.

Igualmente, la política social está desvinculada de la política económica: la desnutrición afecta el peso, la talla y el desarrollo cerebral y emocional. Es decir, al menos 50 millones de mexicanos no podrán desempeñarse adecuadamente en la escuela o en el trabajo, porque carecen de los nutrientes suficientes para desarrollar su físico e intelecto. El resultado será un magro rendimiento cuando ingresen al mercado laboral. Así que después no nos asombre la baja productividad, pues ésta y la salud las determinan las condiciones económicas y sociales. En pocas palabras, la desigualdad es el lastre que frena el desarrollo.

Este diagnóstico quedaría incompleto si dejamos pasar un elemento crucial del desarrollo. Amartya Sen en *Desarrollo y libertad* muestra que en sociedades donde existen democracias funcionales no hay hambrunas. Ello implica empoderar a la gente (agencia), es decir, otorgarles libertad para que decidan, para que los intereses de las personas primen sobre el interés particular o el de las burocracias estatales, y así avance el interés general. El supuesto subyacente es educar para la libertad, para elegir: he ahí la base del desarrollo humano. Por ejemplo, sin educación en salud las personas fácilmente pueden ser presas de la publicidad y de las múltiples formas conocidas para inducir comportamientos y conductas que favorezcan el consumo de comida chatarra u otros productos dañinos para la salud. Así, la educación puede ser la clave para preservar las libertades comerciales sin que se conviertan en un lastre para las personas y la sociedad. Educar para liberar: tal vez sea la mejor manera para distinguir adecuadamente entre lo que nos beneficia y lo que nos daña.

El modelo sanitario curativo, que desvincula a la salud de los determinantes sociales, que deshumaniza y desvirtúa la relación médico-paciente, que encarece los costos de la atención médica, aunado al envejecimiento de la población y a la emergencia de las enfermedades crónico degenerativas, está conduciendo a la quiebra al sistema de salud, lo que abre una ventana de oportunidad para replantear y transformar dicho modelo, por otro basado, como se ha dicho, en la anticipación, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la adherencia terapéutica. Esta circunstancia genera, simultáneamente, una oportunidad para desarrollar un sistema universal de salud pública.

### 5. Obesidad y desigualdad: las caras de la moneda

Usualmente se ve a la enfermedad como un mero proceso orgánico y genético, como si el hombre fuera una entidad inconexa. Algo así como la economía neoclásica considera al individuo: un ser autosuficiente, aislado, racional, utilitarista y egoísta por antonomasia. Para esa escuela de pensamiento los vicios privados (“el que no transa no avanza”) son el origen del bienestar público.

Hace años, sí se reconocía el componente social de los padecimientos. Se hablaba de enfermedades de la pobreza, como las diarreicas, la tuberculosis y las infectocontagiosas. Pero hoy que predominan en adultos, jóvenes y niños, las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes Mellitus II, los males cardiacos y el cáncer, no parece obvia una correlación directa entre estos padecimientos y las cuestiones sociales. Sin embargo, descubrimientos recientes han establecido una correspondencia directa entre desigualdad y mala salud, porque este tipo de males tienen causas socioeconómicas. Un macro estudio publicado por *The Lancet* (25-03-2017), revista británica especializada en salud, que dio seguimiento a 1.7 millones de personas de diversos países durante varios años, concluyó que la pobreza y la desigualdad acotan más la vida que la obesidad, la hipertensión y el consumo excesivo de alcohol<sup>11</sup>.



“El bajo nivel socioeconómico es uno de los indicadores más importantes de la morbilidad y la mortalidad prematura en todo el mundo. Pero las estrategias de salud global no consideran las circunstancias socioeconómicas de la pobreza como factores de riesgo que deben modificarse”, aseguran los autores del estudio que publica la revista, una treintena de especialistas de instituciones tan prestigiosas como la Universidad de Columbia, el King’s College de Londres, la Escuela de Salud Pública de Harvard y el Imperial College de Londres. Añaden los investigadores, liderados por Silvia Stringhini, del Hospital Universitario de Lausana: “Nuestros hallazgos sugieren que las estrategias y acciones globales definidas en el plan de salud de la OMS (25x25) excluyen de su agenda un importante determinante de la salud”. Por tanto: “La adversidad socioeconómica debe incluirse como factor de riesgo (que puede modificarse con políticas públicas) en las estrategias de salud local y global, tal y como se hace con las estrategias y la vigilancia de los factores de riesgo para la salud”. Es contundente la crítica a las políticas de la OMS.

Años antes, los epidemiólogos británicos Richard Wilkinson y Kate Pickett, escribieron un libro monumental, que en español se titula **Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva**. Su tesis sostiene que la epidemia de obesidad es efecto de la desigualdad y no sólo del sedentarismo, malos hábitos alimenticios y herencia genética. Los autores también demuestran que la desigualdad propicia la violencia, las enfermedades mentales, el consumo de drogas y el embarazo de adolescentes, así como los bajos rendimientos escolares de los jóvenes y niños.

El análisis se deriva de una doble pregunta: ¿por qué se ha disparado el estrés en las sociedades modernas, en apariencia opulentas, y qué repercusiones tiene en la salud de las personas? La respuesta de los especialistas es que los niveles de estrés crónico son ostensiblemente bajos en países menos desiguales, como Japón y Suecia, y muy altos en países desiguales como Estados Unidos y Reino Unido. El estrés crónico se manifiesta como un continuo estado de alerta del organismo (liberación de las reservas de energía, vasoconstricción, aumento de los factores de coagulación sanguínea, mayor actividad pulmonar y cardíaca, agudización de los sentidos y alerta del sistema inmune), que trastorna su autorregulación. El estado perpetuo de alerta del cuerpo provoca daños: la movilización de energía en forma de glucosa favorece la obesidad central y la diabetes; la vasoconstricción y los altos niveles de coagulantes causan hipertensión, debilitan el sistema inmunológico, dañan parte del cerebro y la digestión... y esto refuerza los hábitos no saludables. Por ello los padecimientos crónicos relacionados con la obesidad se presentan a edades cada vez más tempranas: no sólo son afecciones del adulto mayor.

Ahora bien, ¿qué causa el estrés crónico? Los diversos estudios estadísticos y de salud llevan a concluir a los investigadores que la desigual distribución de la riqueza es el principal factor que detona el estado perenne de estrés. Me explico: el hombre como animal social y político necesita de los demás para sobrevivir,



a lo cual se conoce como empatía: capacidad cognitiva que permite reconocernos en los otros, y favorece el desarrollo del lenguaje y la imitación-socialización, según revelan los estudios del neurocientífico Ramachandran en su libro **Lo que el cerebro nos dice**. La empatía, añade, nace con la socialización, permite al humano aprender conductas, transmitir la cultura y los conocimientos; hace posible comprender o simpatizar con el otro: es base de la tolerancia y la diversidad.

Entender esto es crucial porque nos relacionamos y convivimos con nuestros iguales y tendemos a rechazar a los desiguales. Por eso importa tanto cómo nos ven los demás, parecemos y ser lo más similares a ellos. La aceptación social nos da seguridad y favorece el desarrollo de la confianza social; el rechazo nos torna inseguros, irascibles, violentos y excluyentes. De ahí que sea vital el lugar que ocupamos en la jerarquía social. Estos factores explican por qué la desigualdad social genera estrés continuo, que provoca mala salud y, en el ámbito sociopolítico, causa creciente malestar con el statu quo.

La abismal desigualdad global ha roto la socialización: ricos y pobres viven en mundos paralelos; son extraños, no se reconocen. Esta condición impide encontrar intereses comunes y, por tanto, nuestras ideologías y proyectos de vida no coinciden: nos polarizan. Si no compartimos intereses ni idearios, difícilmente estaremos dispuestos a compartir leyes y gobiernos en común. En consecuencia, la desigualdad siembra la semilla de la ingobernabilidad. En el orden económico, sentirnos y vernos como extraños genera desconfianza, por lo que desaparecen las condiciones para invertir y producir, para emprender y comerciar. La desigualdad también atenta contra el desarrollo y la cohesión.

La igualdad es una virtud cardinal en toda sociedad. Ya Aristóteles pregonaba en su **Ética a Nicómaco**, que la igualdad es el cimiento de la felicidad de los pueblos. Y en su tratado conocido como **Política**, va más lejos: “Que el régimen intermedio –revela el filósofo griego– es el mejor resulta obvio, ya que sólo él está libre de sediciones, pues donde es numerosa la clase media se originan con menos frecuencia revueltas y revoluciones entre los ciudadanos”. Este gran pensador griego concibe la igualdad como la moderación entre riqueza y pobreza.

Si bien Aristóteles observó en su tiempo que la desigualdad era motivo de revueltas y alzamientos, hoy el trabajo empírico de Wilkinson y Pickett no habla de sedición, pero sí constata el gran malestar prevaleciente en las sociedades occidentales, que se manifiesta como inseguridad, criminalidad, drogadicción, posverdad, populismo... Y van más allá: además de complicar la convivencia pacífica y agravar los males sociales, su análisis comparativo entre países ricos descubre una alta correlación entre enfermedades y desigualdad. Su trabajo muestra la asociación de este problema con padecimientos como la obesidad, que desencadena diabetes y cardiopatías, así como deterioro de la salud mental.

Asimismo, los autores de esta obra, cuya lectura es muy recomendable, vinculan la desigualdad con la depredación de la naturaleza. Sostienen que “las personas en situación

de inferioridad están obsesionadas por el desprecio de los demás. En un contexto de competencia, piensan que consumir es la solución para mejorar su estatus social, lo que nos condena a una espiral sin fin de destrucción de los recursos y de contaminación. Nuestro análisis [revela que] valores como la amistad y la cooperación pueden mejorar la salud”.

Nuevos estudios completan el panorama: “Ser pobre es una experiencia sumamente vergonzosa que degrada la dignidad y la sensación de autoestima de la persona. Mientras que las manifestaciones y las causas de la pobreza difieren, la humillación que la acompaña es universal. Una investigación reciente realizada en la Universidad de Oxford determinó que, desde China hasta el Reino Unido, las personas que enfrentan una penuria económica -inclusive los niños- experimentan un ataque casi idéntico contra su orgullo y autoestima”<sup>12</sup>.

Los estudios más recientes en México también dan luz sobre cómo políticas públicas aisladas, que soslayan la desigualdad, arrojan pobres resultados en el combate al sobrepeso y la obesidad. En tres años (2013-2015) se invirtieron más de 1,500 millones de pesos, pero la prevalencia se mantuvo al alza en el periodo, sobre todo en el grupo etario de 12 años y más, registrándose una baja no significativa estadísticamente entre los 5 y los 11 años, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (Ensanut 2016).

Algo parecido ocurre con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas que registra un persistente incremento en el país, sobre todo entre jóvenes y mujeres, en los últimos años. Mientras se persista en medidas que atacan el mal en los ámbitos policiaco y sanitario, en este último es cuando se manifiesta el problema, los resultados van a ser decepcionantes.

¿Cómo atacar la drogadicción en los jóvenes? ¿Con represión o pláticas, con información o medicamentos? Para estos muchachos es imposible enfrentar con paliativos una vida de violencia, de abusos, discriminación, de humillación, inseguridad física y precariedad económica. Proviene de familias pobres, disfuncionales, monoparentales, sometidas a extensas jornadas laborales y a largas horas en el transporte... donde la subsistencia para todos los miembros es un reto cotidiano de vida o muerte. Las familias rotas son incapaces de brindar protección, solidaridad, referentes de identidad y sentido de pertenencia a las vidas de niños y adolescentes para forjarles su personalidad y carácter. ¿Cómo puede haber estabilidad emocional en esta situación?.

El vacío que deja el colapso de las estructuras familiares y comunitarias es sustituido en cada vez más regiones de México por los cárteles criminales que dan a los jóvenes el tan ansiado sentido de identidad y de pertenencia, y así utilizarlos de mano de obra: úsalo y deséchalo, a semejanza de la lógica del libre mercado con la fuerza de trabajo. Elena Azaola explica espléndidamente este fenómeno: “queda claro que uno de los temas a

los que se ha prestado muy poca atención en las políticas de seguridad es a las razones que permiten a los grupos criminales reclutar a un número imparable de adolescentes, cuyo reemplazo está inclusive previsto y asegurado, entre otras cosas, porque los niños y adolescentes ni siquiera están contemplados en esas políticas<sup>13</sup>.

Por extraño que parezca, a esta problemática social se le encasilla, como enfermedades mentales. Se les denomina como “trastornos mentales”, y los más frecuentes son depresión, ansiedad y consumo de sustancias prohibidas; todos explicables por la crisis social. En 2016, por ejemplo, la Ciudad de México perdió 17% de días laborales por discapacidad de origen mental y consumo de sustancias. Como los presuntos males mentales son estigmatizados se ocasiona que 70% de los casos se tarden cuando menos siete años para ser diagnosticados, y más de 50% de ellos nunca reciben tratamiento adecuado. Una de las consecuencias aciagas es el suicidio, que es una epidemia entre los jóvenes: de acuerdo con la alerta de la OMS de agosto de 2017 es la segunda causa de defunción en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 29 años. Anualmente mueren por esta causa 800 mil personas; de estos fallecimientos, 78% suceden en países de ingresos medios y bajos. Apunta el doctor Arnoldo Kraus que a más de un siglo de distancia es vigente la idea del médico, escritor y politólogo Rudolf Virchow (1821-1902): “Si la enfermedad es una expresión de la vida del individuo bajo condiciones no favorables, las epidemias son indicadores de alteraciones en los grupos humanos y en la vida de las personas<sup>14</sup>”.

El origen de la epidemia de depresión se encuentra en la conquista del alma (“La economía es el medio, nuestro objetivo es el alma”, sentenció en 1987 Margaret Thatcher) por la ideología neoliberal de mercados libérrimos, donde el Estado es básicamente garante de los contratos y del orden. El neoliberalismo logró que el hombre común introyectara en su psique que cada uno es, a semejanza de la macroeconomía, una empresa independiente, responsable exclusivo de labrar su destino. Hacerse a sí mismo es el ideal de “hombre libre”. Así se justifica ideológicamente la precariedad laboral, de ingresos y el desempleo: eres el responsable de gestionar mal tu empresa personal. El costo que implica ser empresario de ti mismo, de tu cuerpo te condena al riesgo, al desequilibrio permanente y a la desesperanza. Y como cualquiera mercancía, se vale vender tu cuerpo o sus partes (órganos). Es la apología de una nueva forma de esclavismo.

De esa magnitud es el costo de desaparecer de un plumazo los determinantes sociales en la constitución del hombre y de su psique. Sobre la ilusión de que la libertad radica en el emprendimiento individual, y que, por tanto, de la capacidad, pero especialmente de la voluntad de cada quien depende su éxito o fracaso (el hombre hecho por sí mismo), se justifica ideológicamente el desmantelamiento del Estado de bienestar o sea, el sistema de solidaridad. De esta manera, el nuevo hombre libre es una pluma sin referentes que arrastran a capricho los vientos.

La desigualdad, justificada por la ideología del hombre empresario, hecho por sí mismo, es responsable de la emergencia de la epidemia de baja autoestima, de menoscabo, de

soledad y de depresión. Socialmente este estado de ánimo nos condena a la desmoralización, la impotencia y la desmovilización. El ideal neoliberal se ha consumado.

Escribe Iván de la Mata Ruiz en **Salud mental y capitalismo**: “En un mundo en que se valora el riesgo, las condiciones políticas estructurales de la inseguridad son negadas y traspasadas al individuo, incapaz de controlarlas. Los altibajos emocionales se reconfiguran en el campo semántico de la bipolaridad que guarda una simetría con las oscilaciones de la economía... La flexibilidad, la temporalidad, la precariedad, la pérdida de referentes institucionales, la necesidad permanente de adaptación, de reinención de uno mismo, dificultan la posibilidad de construirse una identidad coherente y duradera, que generalmente estaba construida en torno al trabajo o los roles sociales estables... La inestabilidad biográfica se acompaña de la fragilidad de los vínculos sociales, de las antiguas solidaridades, de las luchas colectivas. Se forjan identidades parciales en torno al consumo, al fetiche de la marca, o pseudoidentidades grupales volátiles que tratan de compensar la ausencia de una narrativa que dé sentido... [Y cuando al hombre-empresa lo consume] La fatiga es un síntoma de un cuerpo productivo averiado. El dopaje para mejorar el rendimiento en todos estos aspectos es una realidad cotidiana. Incluso en la escuela, concebida antes como un lugar para incluir y garantizar igualdad de oportunidades, es ahora un lugar de competencia, donde al niño se le exige rendir al máximo, si es necesario con el uso de estimulantes... El sentimiento de vacío es una condición humana que rellenamos gracias a la inmersión en un mundo simbólico construido por la cultura.

“Durante las décadas del llamado ‘Estado de Bienestar’ la protección frente a los riesgos de la enfermedad era considerada una responsabilidad colectiva. Las políticas de salud pública se dirigían al conjunto de la comunidad y a los determinantes sociales de la enfermedad. Las políticas de salud eran transversales a todas las políticas: mejora de los saneamientos, control de la calidad de los alimentos, acceso a una alimentación adecuada, seguridad en el trabajo, infraestructuras, contaminación ambiental, etc....

Los problemas de salud mental ya no tienen un origen social [ni obedecen] a la interacción entre el individuo y el medio, sino que se deben al fallo de un cerebro alterado o de una mente entendida en términos computacionales. La hipótesis de que las enfermedades mentales se deben a la falta de unas sustancias en el cerebro, los neurotransmisores, que es corregida por una serie de fármacos específicos, la teoría del desequilibrio bioquímico, se convierte en uno de los mayores mitos de la psiquiatría. Estas hipótesis, jamás demostradas, ya no se aplican solamente, a las enfermedades mentales clásicas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva) sino a todo tipo de sufrimiento psíquico, incluidos los trastornos más leves...”<sup>15</sup>. Por supuesto no se niega la existencia de padecimientos mentales, cuyo origen es multifactorial, pero cuando se presentan como epidemia indican que la sociedad es la que está enferma.

La hipótesis del incremento desmesurado y súbito de las enfermedades mentales la confirma Allen Frances, quien dirigió durante años el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV), que define y describe las diferentes patologías mentales: “No supimos anticiparnos al poder de las farmacéuticas para hacer creer a médicos, padres y pacientes que el trastorno psiquiátrico es algo muy común y de fácil solución. El resultado ha sido una inflación diagnóstica que produce mucho daño, especialmente en psiquiatría infantil. Ahora, la ampliación de síndromes y patologías en el DSM V va a convertir la actual inflación diagnóstica en hiperinflación”.<sup>16</sup> A estos poderosos intereses económicos se suma la industria de libros de autoayuda, que parte de que la enfermedad es una avería personal.

Aunado a esta problemática, existe una enorme facilidad para que las personas se mediquen, lo cual, dice Frances, está provocando la aparición de un mercado clandestino de fármacos psiquiátricos muy peligroso. En Estados Unidos, 30% de los estudiantes universitarios y 10% de los de secundaria compran fármacos en el mercado ilegal. Hay un tipo de narcóticos que crean mucha adicción y pueden dar lugar a casos de sobredosis y muerte. En estos momentos hay ya más muertes por abuso de medicamentos que por consumo de drogas. Estamos frente al origen de la crisis de consumo de opiáceos.

Pero la historia de la morbilidad moderna, en la que existen vasos comunicantes entre obesidad, trastornos mentales y enfermedades crónicas quedaría inconclusa si se deja de lado a las poderosas industrias azucarera y refresquera, que son las causantes de la potente y perniciosa adicción al dulce. Este sector explota la necesidad básica de energía que es parte constitutiva del instinto de supervivencia de la humanidad. En 1965 Sugar Research Foundation, hoy conocida como Sugar Association, sufragó un estudio para conocer los efectos del azúcar en organismos vivos (ratas de laboratorio). Cuando dicha fundación “conoció los datos, que apuntaban a una relación entre el consumo de azúcar y la enfermedad cardíaca e incluso un mayor riesgo de cáncer de vejiga, detuvo las investigaciones y nunca publicó sus resultados”<sup>17</sup>. Posteriormente, Pepsico financió otra investigación acerca del impacto en la salud de los productos alimenticios que fabrica. Explica Dana Small, subdirectora del laboratorio John B. Pierce de la Universidad de Yale: cuando “tuvimos los resultados que indicaban que sus productos podían estar haciendo daño. En ese punto, ellos querían poder negar conocimiento, porque podrían ser demandados, pero al mismo tiempo querían desarrollar comidas más saludables. Era un punto complicado para la empresa. Dejaron de financiarme a la semana siguiente, y a los científicos con los que estaba trabajando les confiscaron los ordenadores”<sup>18</sup>.

En fin, atrás de la carga de la enfermedad en México gravita la enorme desigualdad económica, la destrucción de las familias y las comunidades, y un apetito voraz por el lucro de la industria azucarera, de las empresas productoras de alimentos y las farmacéuticas.

## 6. Propuesta

### 6.1 Modelo anticipatorio y sistema de salud universal

El sistema de salud curativo, hoy vigente, es reactivo y reparador (su fin es hacer que el empleado esté en condiciones de trabajar), soslaya los determinantes sociales de la salud, no anticipa el daño, sus costos son crecientes y no sustentables, se burocratizó y perdió la relación humana médico-paciente: ya no observa, escucha ni ausculta al enfermo porque la tecnología, mal aplicada, y la mercantilización se cruzaron en su camino. Es necesario un cambio copernicano, que sin desdeñar la tecnología, recupere su esencia comprensiva y compasiva. La reforma propuesta tiene varias y profundas implicaciones.

Retomo las características que sugirió Julio Frenk Mora al ingresar al Colegio Nacional:

**“Anticipatorio y predictivo**, que promueva la salud y combata proactivamente los riesgos a la población.

**Centrado en las personas**, aplicar los avances científicos para desarrollar la llamada “Medicina de precisión”, para responder a las características específicas de cada paciente.

**Comprometido con la calidad**, lo que supone prestar servicios efectivos y seguros que garanticen un trato digno.

**Integral**, que implica la cobertura de todo el ciclo del proceso de salud-enfermedad.

**Continuo**, que exige la cobertura de todo el ciclo de vida de las personas, con énfasis en el manejo de la cronicidad que ahora domina el panorama epidemiológico.

**Diversificado**, que propone novedosos espacios para una atención hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria capaz de responder a las diferentes necesidades de los enfermos y los sanos.

**Multidisciplinario**, es decir, basado en equipos con múltiples competencias profesionales.

**Interconectado** a través de redes locales, regionales, nacionales y globales.

**Sostenible**, lo que exige un manejo fiscalmente responsable que garantice un alto nivel de protección financiera.

**Responsable**, es decir, capaz de rendir cuentas en un marco de transparencia e integridad.

**Innovador**, que invierte en investigación y desarrollo tecnológico de manera que pueda renovarse en consonancia con el dinamismo inherente a la salud<sup>19</sup>.

El cambio en esta dirección requiere cuando menos dos pasos: educar a las personas, desde su más temprana edad, para que se hagan corresponsables de su cuerpo y de su salud (higiene personal, hábitos alimenticios, sexualidad y crianza de los hijos), como ha insistido con denuedo Armando Ahued Ortega, ex secretario de Salud de

la Ciudad de México. La educación es fundamental para conciliar el bienestar personal con la libertad comercial, y toda la parafernalia que le acompaña: publicidad, cabildeo para favorecer sus intereses, intimidación y hasta compra y subordinación de los gobiernos. La educación, que no debe ser limitativa al campo de la salud, ha de servir para forjar hombres libres, que sean conscientes de sus deberes y de derechos para exigir normas y regulaciones que limiten los intereses particulares de los cada vez más grandes y poderosos corporativos, y los alinee con el interés general. Por supuesto que ello no implica dejar de lado el sistema de solidaridad social. La educación ha de ser condición sine qua non para rescatar a la democracia, crecientemente degradada a plutocracia: el poder rapaz y corruptor del dinero.

El otro paso fundamental es la reforma de los planes y programas de estudio de las escuelas y facultades de medicina. Como el proceso salud-enfermedad es determinado por las condiciones sociales, la formación del médico debe incluir la instrucción sociológica, la economía de la salud y la estadística. El plan de estudios debería basarse en el humanismo, por lo que idealmente tendría que incluir el aprendizaje de la filosofía y la ética. De esta manera, el profesional de la salud podrá identificar las necesidades específicas, sociales y culturales del lugar donde ejerza su profesión, para que sea capaz de responder a los requerimientos y a las demandas sanitarias de las personas y de sus comunidades<sup>20</sup>.

La medicina general, más que la hiperespecialización es la respuesta a las necesidades de salud pública actual. De acuerdo con Julian Tudor Hart<sup>21</sup>, el médico general puede y debe resolver hasta 80% de la demanda de salud al explorar y escuchar a los pacientes. Ello requiere una política que aliente a las instituciones formadoras de médicos para que el currículo académico haga énfasis en la enseñanza y la práctica de la nosología y en la exploración clínica. Sólo así se logrará recuperar el paradigma con que se ha ejercido la medicina desde sus inicios: hacer el bien al enfermo; procurar curar su enfermedad y atender sus dolencias con compasión. El centro de este proceso es el humanismo.

Los nuevos planes de estudio tendrían que hacer énfasis en la atención humana a los pacientes. Este paso es fundamental porque, según los estudios empíricos ya citados de Hart, se logran dos resultados trascendentes: se mantiene la calidad del servicio, condición que contribuye, de manera significativa, a disminuir la demanda de atención médica, que se eleva con una atención deficiente. Al mismo tiempo, es un factor de primer orden para las instituciones de salud pública, toda vez que así protegen su viabilidad financiera, dadas la ideología dominante, la escasez de recursos y la transición epidemiológica.

La universalización del sistema de salud también exige grandes cambios legales y administrativos y financieros. Menciono los principales. En primer lugar, para que el acceso a la atención médica no dependa de la condición laboral, sino que sea un derecho humano de todos los mexicanos. En segundo lugar, para establecer por ley



montos suficientes de financiamiento público, quizá financiados con impuestos indirectos y al consumo de productos nocivos para la salud: tabaco alcohol, refrescos, etc. En tercer lugar, para unificar los diversos subsistemas de salud (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, Secretaría de Salud, Seguro Popular y las 32 secretarías estatales). En cuarto lugar, para establecer un paquete inicial de servicios básicos de salud que evolucione de acuerdo con la morbilidad y crezca a medida que se consolide el sistema universal. En quinto lugar, para crear un sistema único de información con indicadores cualitativos, de impacto y calidad. En sexto lugar, para establecer el servicio civil de carrera y estándares de contratación de personal. En séptimo lugar, para separar el sistema de salud de los sistemas de pensiones y jubilaciones. En octavo lugar, para no mezclar en la Secretaría de Salud funciones financieras y reguladoras y fortalecer su rectoría normativa, de vigilancia y de control. En noveno lugar, para reforzar el mecanismo de portabilidad de los servicios de salud. En décimo lugar, crear un padrón único de beneficiarios para así poder introducir y generalizar el expediente clínico electrónico, que facilitaría la atención, mejoraría el sistema de información y de abasto, eliminaría trámites y papeleo y generaría diversas economías.

## 6.2 Financiamiento para la salud

Revertir la caída del gasto público en salud es condición necesaria para lograr la igualdad en el acceso a los servicios médicos. Como se ha dicho, en 2018 se tendrá el menor gasto en este rubro como proporción del PIB: 2.5%, de los últimos 10 años. El gasto privado en salud nuevamente supera a la inversión pública, con 2.9%, con una baja de dos décimas de punto porcentual, que refleja la desinversión gubernamental. De manera que para mantener un sistema de salud con orientación social y cuyo mandato sea la equidad, es menester subir el gasto público al nivel de otros países de la OCDE, que promedia 5% del PIB, aunque idealmente el gasto debería subir al menos a 7.3% del producto<sup>22</sup>. Alcanzar esa meta requerirá el trabajo y el aumento constante de la inversión durante varios años.

Las altas tasas de trabajo en empleos informales es una característica del mercado laboral mexicano: casi 60% del empleo se da en el sector informal (aunque el sector formal está creando nuevos empleos mal pagados). Cerca de 22% de los jóvenes mexicanos no cuentan con un empleo formal, ni estudian ni reciben capacitación (9.4% hombres y 34.7% mujeres entre 15 y 29 años de edad), comparado con 15% en promedio en los países de la OCDE<sup>23</sup>. Estas altas tasas de empleo informal inevitablemente limitan los recursos disponibles para financiar públicamente la atención a la salud y otras formas de protección social. Por ello, el gasto público en protección social amplia es el más bajo en la OCDE, equivale a 7.9% (2012) del PIB mexicano, casi un tercio del promedio de esos países, que es de 21.6%. Aumentar el empleo formal implica otra política de desarrollo, que permita al país crecer a tasas de 5% anual, como explica en otro capítulo Francisco Suárez Dávila.



En estas circunstancias, aunado a la reforma fiscal del presidente Donald Trump en Estados Unidos que disminuye a 20% la tasa de impuestos a las empresas y elimina gravámenes a la herencia y otras rentas de capital, la opción de México para financiar la salud y otras políticas sociales es mediante la aplicación de impuestos indirectos. No hay que descartar un esquema financiero basado en cuotas obrero-patronales, impuestos generales e indirectos más una activa participación privada, bajo la rectoría del Estado.

Sin duda financiar el sistema de salud mediante impuestos indirectos es regresivo, por lo que habría que procurar que la pérdida de ingresos que infringiría un IVA universal de 18%, con excepción de alimentos y medicinas, sea compensado con creces por una atención médica que evite el gasto de bolsillo que lastra a los sectores de bajos ingresos.

### 6.3 Convertir a la Secretaría de Salud en entidad reguladora y supervisora

Un paso crucial para unificar los diversos subsistemas de salud y regular con eficiencia al sector privado de la medicina es Consolidar el principio de rectoría de la Secretaría de Salud federal (SS) y que la ley la establezca como la institución responsable de la regulación de la atención en salud, con atribuciones precisas sobre planeación, coordinación, evaluación y rendición de cuentas. "La experiencia internacional... muestra la importancia de contar con un organismo central que asuma la competencia única de la regulación normativa y coordinación, particularmente en aras del funcionamiento eficiente del conjunto del sistema y, sobre todo, cuando se asume la descentralización territorial"<sup>24</sup>. Este cometido requiere modificar la Ley General de Salud para, entre otros, separar las funciones reguladoras (en los ámbitos de prestación y de aseguramiento), de financiamiento, de prestación y de servicios médicos, así como definir las funciones y responsabilidades de los subsistemas de salud estatales y de la portabilidad de los servicios médicos. En las últimas reformas legales ha habido avances, pero se requiere muchos pasos adicionales.

Asimismo, es imprescindible mejorar y unificar los diferentes sistemas de información, así como apegarse rigurosamente a la Clasificación Internacional de Enfermedades para lograr un lenguaje común, mejorar la atención y centrarla en las personas, no como entidades aisladas, sino como efecto y también causa de su comunidad. El primer paso es que, bajo la coordinación de la SS, todas las entidades de salud (públicas y privadas) revisen sus sistemas de recolección de información, para mejorar calidad y pertinencia, de manera que sus indicadores se centren en los resultados y no en el número de atenciones y de consultas. Esta es la base para mejorar la calidad de los servicios.

"La nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad... debe informar sobre un desarrollo extenso del sistema nacional de información. Las vías comunes acordadas

y los estándares mínimos de calidad deben ser base de un conjunto de indicadores de desempeño de aplicación nacional... Los países de la OCDE ofrecen ejemplos [dignos] emular. En Suecia, por ejemplo, la Junta Nacional de Salud y Bienestar Social y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regiones (SALAR) publican regularmente el desempeño de los condados en más de 150 indicadores de calidad y de eficiencia de la atención, que se obtienen del enorme conjunto de registros nacionales de pacientes. En atención primaria, Dinamarca e Israel desarrollaron sistemas de reporte de desempeño muy efectivos, aplicados a los prestadores de atención primaria con resultados públicos. En Finlandia, el proyecto PERFormance, Effectiveness and Cost of Treatment (PERFECT, Proyecto para el Desempeño, la Efectividad y el Costo del Tratamiento) vincula la información de los individuos para reportar resultados y costos para las vías integrales de atención a los pacientes con cáncer de mama, esquizofrenia y muchas otras enfermedades<sup>25</sup>...

## 6.4 Política de salud como parte de la política social

En el curso de este trabajo hemos visto los daños que ocasiona a la salud tomarla como un proceso puramente orgánico y genético, desvinculada de las condiciones materiales de la población. Los nuevos descubrimientos en la teoría de la evolución asientan que las necesidades que impone el medio para sobrevivir hacen que se desarrollen mecanismos orgánicos de compensación. Es decir, las circunstancias de vida influyen de manera directa en el binomio salud-enfermedad. Los estudios de Lars Olov Bygren, experto en salud y nutrición preventiva del mundialmente famoso Instituto Karolinska y del genetista Marcus Pembrey, del University College London, "demostraron que los genes tienen 'memoria'. Que las vidas de tus abuelos, el aire que respiraron, la comida que comieron, incluso las cosas que vieron, podían afectarte directamente, décadas después, a pesar de que nunca experimentarás esas cosas tú mismo. Y que lo que hicieras en tu vida podría afectar a tus nietos". Estos descubrimientos modifican la teoría de Darwin sobre la evolución, y la hipótesis de que la herencia es solo cosa de genes, de secuencias de ADN<sup>26</sup>. Lo que pasa en nuestras vidas, las circunstancias sociales, sí modifican a nuestros genes. Por eso se ha puesto tanto énfasis en las enfermedades derivadas de la desigualdad.

Asentado este principio, el centro del sistema de salud debe ser la persona porque, como se insiste en este capítulo, no existen enfermedades sino enfermos, o lo que es lo mismo, cada persona padece de diferente manera una enfermedad. Para mejorar la atención personal es menester revisar los tiempos de espera para consulta o para recibir tratamiento en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, así como mejorar el sistema de referencia y contra referencia (cuando un paciente que recibe atención primaria requiere atención hospitalaria en el segundo o tercer nivel). Lograr este objetivo requiere incrementar el personal médico y paramédico, que está por debajo de los estándares internacionales. Luis Durán Arenas et al, calculan que se requeriría contratar a 42 mil médicos adicionales para cubrir la creciente demanda de salud<sup>27</sup>.

Además, cabría emplear a un número tres veces mayor de enfermeras generales y a un tercio extra de especialistas.

El arte para mejorar la salud de los mexicanos requiere una combinación adecuada de reformas a las instituciones de salud, tomar en serio los determinantes sociales, mejorar la información y la planeación, alinear el interés de las empresas farmacéuticas, azucarera y refresquera con el interés público, y una nueva política social que iguale el piso de todos los mexicanos. Sin duda, ello implica un nuevo modelo de desarrollo económico, cuyo centro sea el hombre, para lo cual habrá que empoderar a las personas mediante la educación.

### 6.5 Abatir la desigualdad para mejorar la salud pública

La información disponible para pensar en la necesidad de un cambio que modifique la manera de hacer y de pensar en economía, que ponga por fin, como señala Clara Jusidman en esta misma serie, a la economía al servicio de las personas, del bien común, es tremenda: la Oxford Martin School calcula que cerca de 50% de todos los empleos actuales corren el peligro de ser automatizados en las próximas dos décadas. Además, el antiguo mecanismo para distribuir la riqueza se averió irremisiblemente, como lo demuestra que el hecho que de 1970 a la fecha la productividad laboral en la producción de bienes y servicios aumentó 250%, pero los salarios se estancaron y, en muchos casos, retrocedieron.

Enfrentar la desigualdad requiere modificar el modelo económico de desarrollo y establecer políticas sociales que dignifiquen a las personas y respeten su autonomía. Sobre el conjunto de estas cuestiones, reflexiona Manuel Muñiz, decano de la IE School of International Relations and Senior Associate of the Belfer Center for Science and International Affairs, Harvard University: “El mundo occidental se encuentra a las puertas de una convulsión política profunda y duradera. Lo que conecta acontecimientos aparentemente aislados como el Brexit, el ascenso del Frente Nacional en Francia o el nombramiento de Donald Trump como candidato republicano a la presidencia de los Estados Unidos es una quiebra general de la confianza en el orden liberal y las élites que lo representan.

Esta pérdida de confianza ha empoderado a populistas de izquierdas y derechas, y es una reacción directa a un cambio profundo y estructural del modo en que se genera y distribuye la riqueza en nuestras sociedades. A menos que esta brecha estructural subyacente se aborde sin ambages, los propios cimientos de nuestro orden político se verán menoscabados. Será necesario, por lo tanto, que en las próximas décadas surja un nuevo contrato social mediante el cual la mayoría de nuestros ciudadanos sienta que obtienen una parte equitativa de las oportunidades y la prosperidad generadas en nuestras sociedades”<sup>28</sup>.

A la tremenda crisis social se añade la destrucción de la naturaleza causada por el salvaje consumo que auspicia el modelo neoliberal y pone en peligro no solamente a la salud, sino a la misma especie humana. Los fundamentos de la economía de libre mercado se desmoronan. Por ello surgen ideas como el establecimiento de la renta universal básica. El FMI calcula que es una medida viable y que cuyo costo en las economías emergentes sería de aproximadamente 3-4 puntos porcentuales del PIB<sup>29</sup>. La idea es interesante si no implica dismantelar los servicios básicos, como salud, educación, agua potable, vivienda...

Quizá la renta básica sea la solución a la política social clientelar que estigmatiza a los pobres y los somete a las veleidades de los regímenes y partidos gobernantes.

En cuanto a políticas sociales que dignifiquen a las personas y corrijan las desigualdades, encontramos en el caso islandés un ejemplo exitoso: en 1998, Islandia estableció el programa Youth in Iceland (Juventud en Islandia), que consiste en mapear cada dos años a la población adolescente, mediante encuestas donde participan las escuelas, las familias y las comunidades. La información obtenida sobre el sexo en los adolescentes, pautas de consumo, características de sus hogares, ausentismo escolar y problemas emocionales se utiliza para atajar las adicciones. Las políticas públicas atienden el ingreso y la convivencia familiar y aumentan la oferta de actividades deportivas y recreativas.

Los países que toman en serio la problemática social y la grave crisis política en cierne, nada dejan al azar, ni las políticas públicas ni sus programas están desarticulados. Mantienen el gasto en seguridad social aun en tiempos de adversidad.

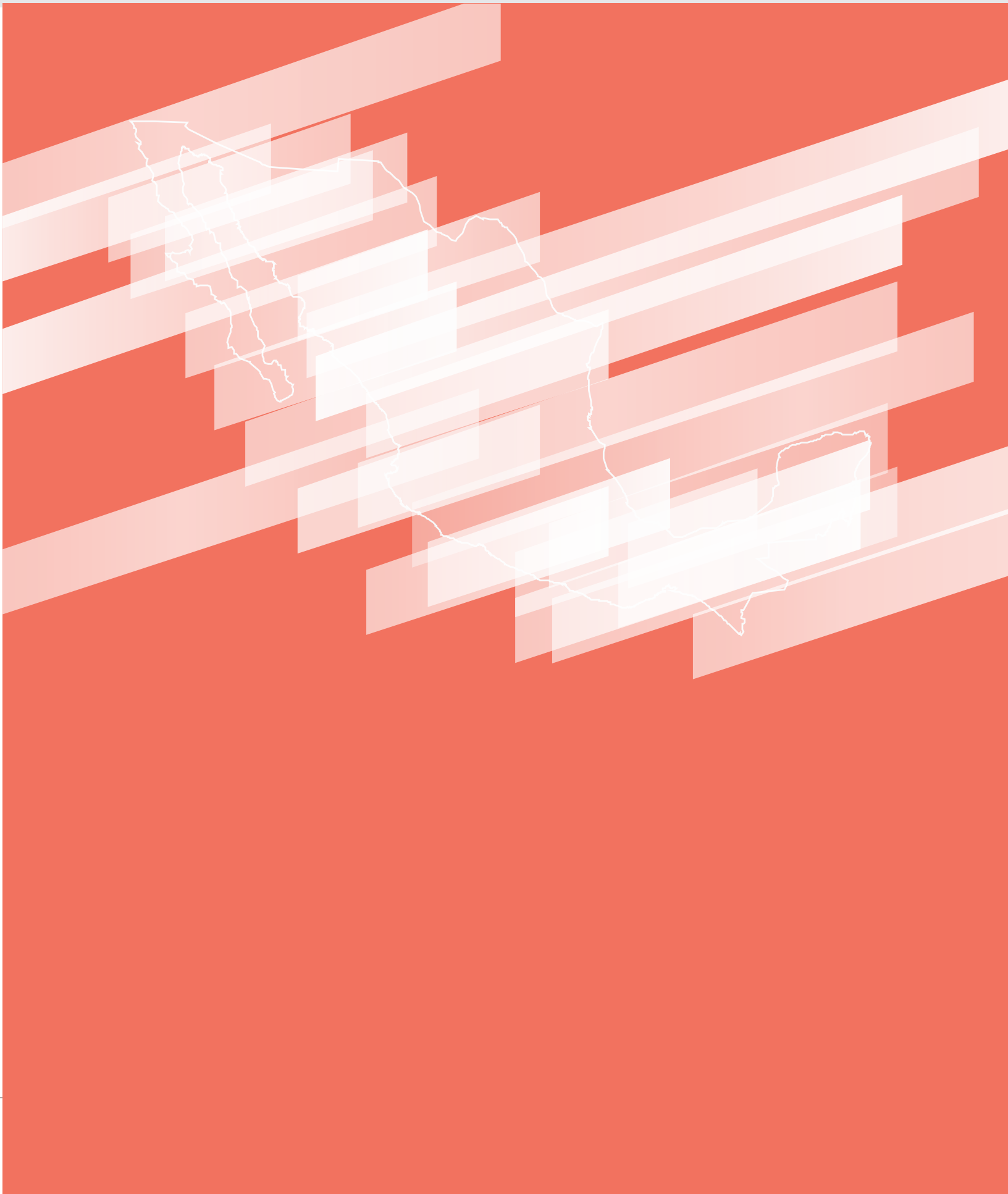
Lo contrario hace México. Sus políticas públicas no son holísticas, y con el menor pretexto se reduce el gasto en salud y seguridad social.

En un potente estudio, recogido en el libro **La austeridad mata**, David Stuckler de la Universidad de Oxford, y Sanjay Basu de la Universidad de Stanford, demostraron que mantener el gasto social durante las crisis y reducirlo en defensa y sectores no prioritarios para el bienestar es muy benéfico y productivo. En suma, la vía más corta y más barata para mejorar la salud pública es atendiendo las causas terapéuticas, genéticas y sociales con políticas públicas transversales en lugar de paliar sus efectos.

## Bibliografía

1. <http://ciep.mx/afiliacion-uso-y-gasto-en-salud-enigh-2016/>
2. CIEP, Op. Cit.
3. Ibid.
4. <http://ciep.mx/implicaciones-del-paquete-economico-2018/>
5. [funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde\\_rhsmx\\_sp.pdf](http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf)
6. <http://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
7. CIEP. Implicaciones del paquete económico 2018.
8. <http://www.excelsior.com.mx/opinion/rafael-alvarez-corde-ro/2017/11/26/1203640>
9. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016:file:///C:/Users/HP/Downloads/Libro%20CT/OCDE%20sistemas%20de%20informaci%C3%B3n%20de%20salud%20M%C3%A9xico.pdf
10. <https://economia.nexos.com.mx/?p=101>
11. ([http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)32380-7.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)32380-7.pdf)).
12. [https://www.weforum.org/es/agenda/2017/11/la-pobreza-tambien-es-un-problema-psicologico?utm\\_content=buffer04dc2&utm\\_medium=social&utm\\_source=facebook.com&utm\\_campaign=buffer](https://www.weforum.org/es/agenda/2017/11/la-pobreza-tambien-es-un-problema-psicologico?utm_content=buffer04dc2&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer)
13. <https://www.nexos.com.mx/?p=31545>
14. <https://arnoldokraus.nexos.com.mx/?p=480>
15. <https://amsm.es/2017/06/28/salud-mental-y-neoliberalismo-ivan-de-la-mata-ruiz/> Capítulo del libro Salud mental y capitalismo (varios autores), Cisma editorial 2017.
16. [https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295\\_336861.html?id\\_externo\\_rsoc=FB\\_MX\\_CM](https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html?id_externo_rsoc=FB_MX_CM)

17. [https://elpais.com/elpais/2017/11/22/ciencia/1511374173\\_530869.html?id\\_externo\\_rsoc=FB\\_MX\\_CM](https://elpais.com/elpais/2017/11/22/ciencia/1511374173_530869.html?id_externo_rsoc=FB_MX_CM)
18. [https://elpais.com/elpais/2016/11/03/ciencia/1478190576\\_159601.html](https://elpais.com/elpais/2016/11/03/ciencia/1478190576_159601.html)
19. Salud y educación superior: tiempo de transiciones.  
[http://president.miami.edu/\\_assets/pdf/speeches/salud-y-educaci%C3%B3n-superior-tiempo-de-transiciones.pdf](http://president.miami.edu/_assets/pdf/speeches/salud-y-educaci%C3%B3n-superior-tiempo-de-transiciones.pdf)
20. El contexto institucional: el profesionalismo en los ciclos clínicos. Educación Médica y profesionalismo. UNAM 2017 (varios autores)
21. Hart JT Two paths for medical practice.  
The Lancet 1992; 340. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(92\)92304-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(92)92304-X/abstract)
22. Hacia un sistema nacional de salud. Ciro Murayama y Santos M. Ruesga, coordinadores. UNAM, 2016.
23. <http://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
24. Hacia un sistema nacional... Op. Cit.
25. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016, Op.Cit.
26. <http://www.bbc.com/mundo/noticias-42252422>
27. La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. [http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM\\_148\\_2012\\_6\\_552-557.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_552-557.pdf)
28. <http://ctxt.es/es/20171108/Firmas/16039/riqueza-capital-contrato-social-Manuel-Muñiz-CTXT.htm>
29. <http://www.imf.org/es/Publications/FM/Issues/2017/10/05/fiscal-monitor-october-2017>





Documento de trabajo, sujeto a cambios de fondo y forma. Las opiniones son responsabilidad del autor y no necesariamente coinciden con las del Centro Tepoztlán, del Colegio de México o las del Foro Consultivo Científico y Tecnológico.

DR, Marzo 2018, FCCyT

Cualquier mención o reproducción del material de esta publicación puede ser realizada siempre y cuando se cite la fuente.