
CARTAS AL EDITOR

México y el derecho a la salud: hora de expectativas y decisiones

Señor editor: Estas líneas están escritas desde el lugar de los afectos para con una tierra que se constituyó en hogar y en donde muchos de los actores del sector salud son apreciados como amigos y amigas. México inicia en breve un nuevo sexenio con el liderazgo de una nueva fuerza política, que claramente ganó en las urnas la legitimidad de un mandato y la responsabilidad de un deber hacia sus ciudadanos. Hay muchas expectativas en el área social y el ámbito de la salud no es una excepción.

En México existe un anhelo compartido de contar con un sistema de salud que materialice el derecho a la salud, disminuya las inequidades y entregue a cada uno de sus habitantes –independiente de su condición laboral, social, étnica o de género– acceso oportuno a servicios integrales de calidad. Junto a ese anhelo común, hay un marcado acuerdo en el diagnóstico de desafíos y pendientes, tales como debilidad en la rectoría de la Secretaría de Salud; las negativas consecuencias de la segmentación y fragmentación del sistema de salud; la necesidad de fortalecer la atención primaria a la salud (APS) como eje de un modelo de atención que asegure acceso universal; la insuficiente e

inequitativa distribución de recursos humanos y de tecnologías sanitarias, sólo por señalar algunos tópicos. Si bien existe consenso en el objeto y en amplios aspectos del diagnóstico de la situación, claramente no lo hay en los medios para resolverlos.¹

Hace más de una década, se implementó como política pública el Seguro Popular (SP), a fin de ampliar cobertura y acceso a quienes no son derechohabientes de la seguridad social en salud. Esta política, ya plenamente instalada en la población, está ampliamente registrada en la literatura, tanto en lo relacionado con sus logros,²⁻⁴ como también con sus cuestionamientos.⁵⁻⁷ No es de extrañar entonces –dados los pendientes y los disensos– que exista una legítima aspiración de plantear cambios en el sistema de salud. El debate democrático y la responsabilidad gubernamental –de cara a un nuevo sexenio– será sobre qué y para qué implementar dichas transformaciones. Por un lado, están los planteamientos que aspiran a mantener la pluralidad de prestadores, mejorar lo existente y terminar con la fragmentación a través de fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y de generar un fondo único de salud que mancomune y solidarice el financiamiento sectorial.^{8,9} Por otro lado, están aquellas propuestas tendientes a introducir reformas a las

instituciones tanto de la seguridad social como del SP,¹⁰ y la propuesta programática de campaña del nuevo presidente que, a través de nueve líneas,¹¹ pretende avanzar en colocar la salud al alcance de todos.

En la aspiración de concretar un sistema de salud integrado, es evidente que habrá detractores del SP que quieran terminar con éste o transformarlo profundamente. Las políticas públicas suelen perfeccionarse cuando hay evidencias para ello. Lo relevante será preguntarse sobre el sentido de los posibles cambios y las alternativas existentes.

Una alternativa clásica sería avanzar hacia un sistema nacional de salud (SNS), como el *National Health Service* inglés. Para ello, al menos habría que: 1) terminar con la dependencia política administrativa de los servicios de salud (Sesa) de los gobiernos estatales para instalar una red nacional de prestadores públicos coordinada y financiada centralmente –independientemente de que su operación sea descentralizada– y así evitar problemas de captura clientelar o uso indebido de recursos, y 2) hacer modificaciones profundas a la seguridad social en salud (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]) para que, de un esquema de seguridad social (*Bismarck*), se

pase a una lógica de *Beveridge* de SNS, unificando así el sistema.

La otra alternativa modélica –en la misma dirección, pero con distinta organización– sería tener un sistema integrado en torno a un seguro social único que cubra a toda la población, contribuyente y subsidiada. Para esto, se podría modificar a la institución más sólida de la seguridad social –el IMSS– para que absorbiera a toda la población. Ambas tienen ejemplos exitosos en el mundo (y también sus propios desafíos) y cuentan con un amplio respaldo de evidencia.

Dada la compleja viabilidad de las opciones anteriores, también se ha planteado –y con evidente controversia– mantener la pluralidad de sistemas integrándolos virtualmente mediante reglas comunes para todos los sistemas para que, en la práctica, puedan proveer la misma cobertura sin importar dónde esté el derechohabiente. La duda es que cualquiera de estas opciones sea políticamente posible en el actual momento.

El peor de los escenarios para México –de no ser alguna de éstas viables– sería hacer cambios que resultasen en un modelo aún más segmentado, sin articulación entre sistemas, y cuyas diferentes lógicas hicieran aún más difícil el anhelo de las y los mexicanos por un sistema integrado que garantice la equidad en el acceso a servicios de calidad. América latina muestra reformas de distinto signo ideológico que tienen defensores y detractores, tales como el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, la Ley 100 de Colombia, el Plan AUGE en Chile, el mismo SP en México, y el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Todas ellas en sus contextos y diversidad, con sus aciertos y pendientes, han declarado avanzar en materializar el derecho a la salud, y fueron posibles tras complejos procesos políticos y técnicos. Esas experiencias señalan que, aun disímiles, los cambios son posibles pero, sea cual sea el camino

que se defina, seguro que estará lleno de desafíos.

De no ser posible una nueva reforma estructural, que tampoco lo fuera posible en el sexenio que se acaba (y no por falta de voluntad, sino precisamente por la complejidad de los procesos involucrados), surge la pregunta evidente sobre cómo seguir avanzando. Una respuesta está en lo concordado por los países de Las Américas en la estrategia para salud universal:¹² aumentar el gasto público para seguir disminuyendo el gasto de bolsillo; mejorar la eficiencia y calidad de dicho gasto evitando el despilfarro y terminando con la corrupción; explorar mecanismos para mancomunar el financiamiento entre la seguridad social y el sistema que tengan los no derechohabientes; transformar la prestación de servicios de atención en uno basado en la estrategia de APS¹³ y articulado en redes integradas asegurando que el primer nivel de atención sea plenamente resolutorio al disponer de personal, medicamentos y tecnologías sanitarias en todo el territorio, especialmente en zonas vulnerables; seguir avanzando en la instalación de una cultura de la calidad en la prestación de servicios; fortalecer la gobernanza y la rectoría del sistema, y, finalmente, una acción multisectorial efectiva sobre los determinantes sociales de la salud.

La urgencia de los cambios es evidente, al constatar que, a pesar de los muchos avances –que hay que reconocer–, persisten profundas desigualdades en resultados y en calidad: que los servicios que recibe la población más vulnerable del país que vive en zonas rurales o urbanas y marginadas son justamente los más insuficientes; en cómo cada vez más personas, tanto de la seguridad social como de las Sesa, buscan resolver sus dificultades de acceso en la atención médica en farmacias; en cómo autoridades han sido procesadas por desviar dineros de la salud a otros fines, y en cómo subsiste cierta

cultura clientelar en la operación de los servicios; en observar cómo instituciones tan sólidas como el IMSS requieren también mejoras.¹⁴ Sin duda, hay mucho por hacer y, afortunadamente, México tiene de sobra el talento humano y la voluntad para lograrlo. No puedo sino expresar esperanza, la misma que siento palpar en esta hora de transformaciones, y desear pleno éxito y ventura por el bien de tantas personas y comunidades, que han puesto su confianza en quienes conducirán los destinos de esta gran nación.

Oswaldo Artaza-Barrios.⁽¹⁾
oartaza@gmail.com

⁽¹⁾ Instituto de Salud Pública,
Universidad Austral de Chile. Chile.

<https://doi.org/10.21149/10107>

Referencias

1. Anaya R, Artaza O, González E, Manuell G, Sagastuy B. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. Ciudad de México: OPS/OMS, 2013.
2. Gómez-Dantés O, Ortiz M. Seguro Popular de Salud: siete perspectivas. *Salud Pública Mex.* 2004;46(6):585-8. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000600013>
3. Avila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Pública Mex.* 2013;55(Suppl 2):S91-9. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5103>
4. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet.* 2012;380:1259-79. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
5. Laurell AC. Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *Int J Health Serv.* 2007;37(3):515-35. <https://doi.org/10.2190/0133-572V-564N-4831>
6. Tamez S, Eibenschutz C. El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2008;10(Suppl):133-45. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000600012>
7. Laurell-Asa C. Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2795-806. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600018>

8. Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55:E3-64. <https://doi.org/10.21149/8759>

9. Frenk J, Gómez-Dantes O, Knaul M, Arreola H. Hacia la universalización de la salud. *Revista Nexos.* 2018. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=36346>

10. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. Estado y perspectivas del Sistema Nacional de Salud. México: CEEY, 2016. Disponible en: <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/Estado-y-perspectivas-del-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>

11. Morenasalud. La salud en México debe estar al alcance de todos. México: Morenasalud, 2018 [sitio en internet]. Disponible en: www.morenasalud.org

12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS, 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

13. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>

14. González-Block MA. El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma. Estado de México: Universidad Anáhuac México, 2018.

Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de Monterrey

Señor editor: En relación con la atención de adultos mayores institucionalizados en México, no se cuenta con suficiente información acerca de la tipología de pacientes que viven en residencias geriátricas medida por la valoración geriátrica integral.^{1,2} Múltiples factores epidemiológicos han contribuido al aumento en la expectativa de vida.^{3,4} En Monterrey, Nuevo León, realizamos un estudio transversal a mediados de 2016 en tres residencias geriátricas, con una n de 280 residentes, mediante el cual se obtuvieron variables demográficas y sociales, síndromes geriátricos y comorbilidades. La edad media fue de 84.73 años; 71.1%

eran mujeres y el resto hombres; 52.1% eran viudos y 29.3% solteros. El 70.7% tenía acceso a los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y 42.4% contaba con una pensión económica de entre 2 000 y 4 000 pesos mexicanos.

Al revisar variables geriátricas, encontramos que la media del índice de Barthel fue de 61.14 (± 37.73) puntos, en tanto que la media del *Mini Mental State* de Folstein fue de 18.69 (± 10.24) puntos. Respecto al estado emocional, medido por *Geriatric Depression Scale*, encontramos una media de 3.94 (± 3.45) puntos. Asimismo, al valorar el riesgo de caídas por el *Timed Get Up and Go*, observamos que 52.9% registró un tiempo mayor a 15 segundos. A nivel nutricional, encontramos que el peso medio del total de los residentes fue de 58.38 (± 14.82) kg y el índice de masa corporal y el *Mini Nutritional Assessment* medio fue de 24.37 (± 4.43) puntos y 21.66 (± 4.71), respectivamente. Se observó incontinencia urinaria en 41.8% de los residentes, estreñimiento en 40.4% y úlceras por presión en 3.9% de ellos. Entre las enfermedades crónicas más prevalentes encontramos hipertensión arterial con 58.6%, diabetes mellitus con 26.8% e hipercolesterolemia con 35.4%.

Con estos datos podemos observar que la gran mayoría de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados son mujeres, presentan una dependencia funcional de moderada a severa y riesgo de sufrir una caída. Además, tienen deterioro cognitivo de moderado a severo y riesgo de malnutrición. Asimismo, sus ingresos económicos son inferiores a 4 000 pesos mensuales.

Esta información nos ayuda a conocer la problemática a la que se enfrenta un sector poblacional en aumento y nos obliga a prepararnos con instalaciones y personal capaz de atender mejor a una población vulnerable y frágil.

Fernando Coindreau-Frias, MC Partero, Geriatr,⁽¹⁾
fcoindreau@gmail.com

Mauricio Ramos-Bacco, MC Partero, Geriatr,⁽²⁾

Alejandra Barba-Marines, MC Partero, Geriatr,⁽³⁾

Anibal Gutiérrez-Torres, MC Partero,⁽⁴⁾

Hugo Alberto Barrera-Saldaña, PhD, D en C Bioméd,⁽⁴⁾

Javier Valero-Gómez, MC Partero, Anestesiol.⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Asilo Luis Elizondo. Guadalupe, NL, México

⁽²⁾ Asistencia y Desarrollo Social A. C. Monterrey, Nuevo León, México.

⁽³⁾ Residencia de Geriátrica, Hospital General de Zona, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalupe, NL, México.

⁽⁴⁾ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Instituto Tecnológico de Monterrey. Monterrey, NL, México.

⁽⁵⁾ Hospital Zambrano Hellion, Instituto Tecnológico de Monterrey. Monterrey, NL, México.

<https://doi.org/10.21149/10011>

Referencias

- Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Fematt FM, Montaña-Álvarez M. La geriatría en México. *El Residente.* 2010;5(2):43-8.
- Salinas-Martínez R, Banda-Arévalo JB. Asilo de ancianos en el estado de Nuevo León. *Salud Publica Mex.* 1991;33(001):56-69.
- Velazco-Rodríguez R, Godínez-Gómez R, Mendoza-Pérez RC, Torres-López MM, Moreno-Gutiérrez I, Hilerio-López ÁG. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2012;20(2):91-6.
- De la Fuente Sanz MM, León MM, García MR, de Santiago FF, Cámara FN. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia.* 2012;34(6):239-44. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2012.03.007>

Propuesta de un esquema simple de antivirales de acción directa para tratamiento de VHC en un sistema de salud público con bajo presupuesto

Señor editor: Se presenta el caso de una de mujer de 68 años, con antecedente de diabetes mellitus bien controlada, que recibió transfusiones en 1977. En una valoración se encontraron alteraciones bioquímicas; el abordaje se completó con serología para virus de hepatitis C (VHC) que resultó positiva, la cual se corroboró con reacción en cadena de la polimerasa determinando carga viral de