

*Ernesto Rubio del Cueto**

La salud como política de Estado: avances y retos

SUMARIO: I. Introducción II. La atención a la salud en México con una visión de política de Estado III. Nuevos escenarios sociales requieren de una nueva gobernanza en el sector salud IV. La prevención: común denominador de una nueva *política de estado* en materia de salud para los mexicanos V. Conclusión VI. Bibliografía

*“El primer bien y el fundamento
de todos los restantes bienes de la vida,
es la Salud”*

René Descartes
(Discurso del Método, VI)

I. Introducción

La salud afronta actualmente problemas demográficos, político-administrativos, financieros y científico-tecnológicos, que señalan la necesidad de que el Estado Mexicano asuma el desafío de modificar su *modus operandi* con el propósito de actuar con mayor eficacia, eficiencia, congruencia y transparencia en una compleja realidad.

El relevo democrático de los poderes públicos federales para 2018-2024, es ocasión propicia para redefinir la *Política de Estado en Salud*. De esto trata el presente ensayo.

* Miembro del Consejo de Ex presidentes de Fundación Mexicana para la Salud. Es Doctor “Honoris Causa” de la Academia Mexicana de Derecho Internacional y miembro de su Consejo de Honor.

Uno de los cuatro pilares de los Fines del Estado (Castelazo, 2013, p.137) es el *Bienestar* que se suma a la Seguridad, la Estabilidad y la Sostenibilidad. Dentro del Bienestar, la Salud es, sin duda, protagonista primordial al estar dirigida tanto al individuo como a la comunidad.

En este entorno, una *alimentación* nutricionalmente equilibrada; una *vienda* higiénica, habitable y confortable; una *educación* de calidad para la vida personal y cívica, técnica y humanística; un *trabajo digno*, suficiente, seguro y productivo; una *cultura* de valores convivenciales con la familia, la comunidad y el mundo, las artes y sus diversas manifestaciones; una oferta de *recreación* deportiva, de entretenimiento y de variadas expresiones populares, forman parte de una *Política de Estado en Salud*, pues de no ser así, todas estas variables, componentes del Bienestar, serían irrealizables; más aún si los servicios sanitarios urbanos y rurales resultan deficientes, insuficientes o inexistentes.

Hoy en día, una coexistencia civilizada y socialmente productiva, demanda del liderazgo político incluir a los gobernados, precisar sus roles, límites y responsabilidades, propias y compartidas.

A lo largo de la Historia se ha venido forjando la *Política de Estado* (Habermas, 1998), que manifiesta su ser en la Constitución, expresión concreta de la naturaleza y objetivos de nuestra Nación, incluidas todas sus contradicciones y, a la vez, todas sus aspiraciones: conjunto de derechos y obligaciones de observancia general y específica para el gobierno y los ciudadanos.

En esta evolución, el *Derecho a la Salud* ha adquirido el *status* de un bien jurídico plasmado en el Artículo 4º constitucional, complementado con el 2º (Derechos indígenas), el 73, que da al Poder Legislativo la facultad de establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de Salud mediante la concurrencia de acciones sobre la materia por parte de cada orden de gobierno, concretadas en la Ley General de Salud.

Estas obligaciones encuentran coherencia en la planeación (objetivos, metas e indicadores); en nuestro caso, el Plan Nacional de Desarrollo (Presidencia de la República, 2013) que enmarca la racionalidad al desagregarse en programas sectoriales, regionales, estatales, municipales y especiales.

El gran obstáculo para la *Política de Estado en Salud* es la fragmentación institucional, con su consecuente cauda de problemas en su concepción, administración y operación, que rompe con una de las cualidades intrínsecas a cualquier política: la integridad, como veremos más adelante:

Consecuentemente, una *Política de Estado en Salud* realmente eficaz ha de instrumentarse de manera integral, desde los tres poderes públicos, en los tres órdenes de gobierno y con la ciudadanía.

A pesar de lo alcanzado durante el siglo XX y lo recorrido del XXI (Cuadro 1), todavía estamos insuficientemente preparados para solucionar los grandes retos que plantea esta centuria, comenzando con la universalización, objetivo plasma-

Cuadro 1
Cien años de evolución institucional y normativa en materia de Salud, 1917 - 2017

1917-1940	1940-1960	1960-1980	1980-2000	2000-2017
1917: Ley de Secretarías de Estado: DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA. 1917: Secretaría de Guerra y Marina: Servicio Médico Militar. 1922: Escuela de Salud Pública. 1925: Reglamento de Salubridad Pública 1926: Código Sanitario. 1929: Institución asistencial "La Gota de Leche", antecedente del DIF. 1935: Coordinación de Servicios Sanitarios con los Estados, Distrito y Territorios Federales. 1934-35: Departamento del Trabajo: Seguros Sociales. 1937: Departamento de Asistencia Social Infantil. 1937: Secretaría de la Asistencia Pública (SAP). 1938: Petróleos Mexicanos Departamentos de Previsión Social y Médico. 1938: Secretaría de la Defensa Nacional: Sanidad Militar. 1939: Organización de la SAP en el Distrito y Territorios Federales. 1939: Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.	1940: Secretaría del Trabajo y Previsión social: Seguros sociales. 1943: Ley del Seguro Social. 1943: Hospital Infantil de México. 1944: Instituto Nacional de Cardiología. 1946: SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA). 1946: Hospital de Enfermedades de la Nutrición (INN en 1964). 1946: Instituto Nacional de Cancerología. 1947: Se formaliza la facultad de la SSA para disponer de los fondos de la Lotería Nacional. 1952: Comité Nacional de Lucha contra la Poliomielitis. 1955: Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo. 1959: Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. 1959: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).	1961: Instituto Nacional de Protección a la Infancia. 1964: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. 1970: Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). 1971: Instituto Nacional de Rehabilitación. 1972: Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF). 1975: Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares (hoy INER). 1976: Ley del Instituto de Seguridad Social para la Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Subrogado al IMSS e ISSSTE mediante convenios. 1977: Sectorización de las entidades de la Administración Pública Paraestatal. SSA Cabeza de sector. 1977: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). 1977: Instituto Nacional de Perinatología. 1979: Instituto Nacional de Psiquiatría.	1983: Instituto Nacional de Pediatría. 1983: Sistema de Planeación Democrática. 1984: Ley General de Salud. 1985: SECRETARÍA DE SALUD. 1985: Se establece el concepto de Sistema Nacional de Salud. 1985: Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA. 1985: Fundación Mexicana para la Salud A.C. 1986: Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). 1986: IMSS e ISSSTE, entidades paraestatales. 1987: Instituto Nacional de Salud Pública.. 1989: Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud. 1993: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1998: Se reglamenta la denominación genérica de medicamentos.	2000: Comisión Nacional de Bioética. 2001: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). 2002: Ley Orgánica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. 2002 Fondo Sectorial para la Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS). 2002: Se reconoce el concepto de Protección Social a la Salud. 2003: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular. 2004: Instituto Nacional de Medicina Genómica. 2004: Ley de Asistencia Social (pública y privada). 2006: Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 2012: Instituto Nacional de Geriátria.
Salud Asistencia Social Seguridad Social Complementarias				

Fuente: elaboración propia.

SOCIEDAD, VALORES Y DESARROLLO

do en el Plan Nacional de Desarrollo, en distintos foros y, desde luego ya iniciado en varios programas institucionales, pero cuya realización sigue apareciendo como asignatura pendiente.

Este devenir obedece a una lógica circunstancial por parte de las instituciones públicas, las cuales, antes que previsoras, han sido reactivas frente a las exigencias del desarrollo, particularmente por las presiones a los sucesivos gobiernos que les impelen a dar respuestas inmediatas sin una debida planeación, programación y previsión de recursos suficientes con una visión de largo plazo. Esto ha provocado la ausencia de un programa racional y eficaz, atribuible, entre otros fenómenos, a los efectos del crecimiento demográfico que, al rebasar los 120 millones de mexicanos, con un índice de envejecimiento de 31% (INEGI, 2017), agudizan la prevalencia de las condiciones de pobreza y desigualdad, y la aparición de nuevas patologías.

Ante esta realidad, a lo largo de esta reflexión, traeré a colación algunas de las ideas y experiencias surgidas en instituciones públicas y privadas: CONEVAL, UNAM, Fundación Espinoza Yglesias, FUNSALUD, etc. Así como de personalidades del ámbito de la Salud: Julio Frenk, Juan Ramón de la Fuente, Santiago Levy, Mercedes Juan López, Xavier Soberón Mainero, entre otros.

II. La atención a la salud en México con una visión de política de Estado

La *Salud*, responsabilidad compartida entre el gobierno y la sociedad, exige una atención institucionalizada: cumplirla implica adentrarse en intrincados procesos de negociación, acuerdos y consensos; la magnitud del esfuerzo y recursos que demanda son enormes. Por ello, es indispensable enmarcarla en una *Política de Estado*, presente en todo el sistema por todo el territorio, como parte de un delicado equilibrio global.

Diseñar políticas, estrategias y planes de acción en Salud, forma parte de un sistema mayor, referido no sólo a los asuntos estrictamente médicos, sino a otros sectores involucrados, tales como la agricultura, zootecnia, industria, educación, obras públicas, comunicaciones, etcétera.

En el caso de la Salud, la *Política de Estado* ha de ejercer su autoridad a través de *Políticas Gubernamentales* pertinentes conforme a Derecho. Sólo una renovada *Política Gubernamental*, permitirá equilibrar el Sistema de Salud mexicano, garantizar el acceso y la calidad, lo cual requiere efectuar procesos de diagnóstico/pronóstico: ¿A qué tipo de demandas y/o necesidades de Salud está destinada la atención? ¿Qué compromisos de cambio/estabilidad habrán de establecerse y cumplirse? ¿Cuáles previsiones financieras y administrativas se van a adoptar para mejorar la convivencia de un grupo, una comunidad o la Nación entera? ¿Qué fenómenos negativos se pretende abatir?

Las respuestas a estas y otras interrogantes habrán de posibilitar la planeación, consistente en definir y acordar los propósitos con fundamento en la “transversalidad” (Serra, 2017), para transitar de las actuales políticas institucionales fragmentarias y costosas, hacia las *Políticas Públicas Transversales*.

Son múltiples los actores que intervienen en los procesos transversales de las *Políticas Públicas*: primero, quienes toman las decisiones con base en valoraciones de factibilidad integral, política, financiera, técnica y administrativa; segundo, quienes dan orden a los programas y los institucionalizan mediante su normatividad; tercero, quienes operan las acciones aportando sus competencias profesionales o técnicas desde la Administración Pública o el Sector Privado; y cuarto, quizá el más importante, una ciudadanía proactiva que vive las necesidades y se organiza para plantear soluciones e insertarlas en la agenda pública.

Consiguientemente, el diseño e implementación de *Políticas Públicas* debe ser abarcativo, habrá de contemplarse el todo y las partes en un esfuerzo de concatenación de intereses que enfrenta riesgos y costos, pero a la vez provee compensaciones políticas, económicas y sociales.

La puesta en marcha de acuerdos y decisiones en torno a las *Políticas Públicas Transversales*, descansa en la organización, coordinación e implementación, concebida bajo una responsabilidad y asignación presupuestal horizontales, establecimiento de plazos y metas, previsión de los medios de evaluación y control. Si bien la responsabilidad estratégica recae en el gobierno, la coordinación e implementación atañen a los agentes de la política de Salud.

La evaluación ha de estar presente desde las fases de planeación, durante y posteriormente a la ejecución (aciertos vs. desaciertos; costos vs. beneficios). Por los resultados, el mayor peso de la evaluación corresponde a la sociedad.

Toda *Política Pública* ha de fundamentarse en la confianza, que se alcanza a través de prácticas concretas y cotidianas de Transparencia y Rendición de Cuentas, por parte de los organismos gubernamentales y de todos los protagonistas.

La *Política Ciudadana* emana de compromisos establecidos entre particulares y/o de acciones delegadas a ellos por los gobiernos, con el objeto de atender intereses comunes de orden público; organiza el proceder de la ciudadanía en torno a problemas específicos al amparo de una legislación general que la faculta o empodera.

En este ámbito, los ciudadanos establecen sus formas de actuación, fijan márgenes, definen procedimientos, métodos de evaluación y mecanismos de control; sólo ocasionalmente requieren de recursos presupuestales públicos ya que están dispuestos a asumir sus costos económicos, políticos y de convivencia social; más aún, no esperan que el gobierno intervenga, salvo a petición de parte cuando su autodeterminación u operatividad han sido rebasados, dada la importancia de salvaguardar el valor de lo privado frente a lo público.

La responsabilidad ciudadana implica el autocuidado y la prevención en el hogar, la escuela y el entorno inmediato, la observancia de las disposiciones en la materia, la participación y colaboración con las autoridades, así como la civilidad y solidaridad en el *Espacio Público* que se comparte.

Decíamos que las Políticas, cualesquiera que sea su jerarquía o alcance, se materializan en el *Espacio Público* que demanda una organización racional y activa, sin fragmentar la autoridad del Estado.

El *Espacio Público* es aquél que pertenece a todos, donde se dirimen los asuntos de interés general, de manera que en él se aprecian distintas dimensiones y consecuencias: en cada individuo y en los grupos sociales donde interactúan, con el ineludible enlace entre autoridad y responsabilidad en la fragua de las decisiones, la definición de acciones, su programación, implementación, resultados esperados y su evaluación.

Particularmente en materia de Salud pública resulta indispensable dimensionar el *Espacio* como *Público-Público*, donde la responsabilidad gubernamental es indelegable; *Público-Social* cuya responsabilidad se comparte mediante el consenso, y *Público-Privado*, en el cual la responsabilidad es legalmente delegable para ofrecer bienes o servicios públicos, ello incluye desde las grandes instituciones hospitalarias, las universidades y centros de enseñanza e investigación especializada, los centros de Salud, clínicas y consultorios privados, las farmacias, los laboratorios; hasta el manejo de alimentos, otros productos y servicios que pudieran significar riesgos para la Salud, etc. (COFEPRIS, 2017).

En suma, la *Política de Estado* se desagrega en *Políticas Gubernamentales*, *Políticas Públicas* y *Políticas Ciudadanas* que se retroalimentan en un contínuum traducido en resultados objetivos y mensurables. En todas sus vertientes, está permanentemente expuesta a externalidades en los distintos niveles del *Espacio Público*, donde se entretejen relaciones e interacciones de diversos factores, que ciertamente complican la adopción de decisiones y el emprendimiento de actividades, lo cual se hace más evidente en la atención a la Salud, al tratarse de fenómenos biopsicosociales, culturales, políticos y económicos que afectan el alcance y el cumplimiento de aspiraciones y propósitos que contribuyan a la preservación de la vida humana.

En este camino el gobierno, como representante del Estado, seguirá siendo la médula del esfuerzo para integrar y atender los asuntos pendientes en la agenda pública, que desde un punto de vista general, serían:

La reforma del marco jurídico

Ante el progreso constante que experimenta el mundo (Zaid, 2017), y por supuesto México, el tema de la Salud requiere una readecuación periódica del marco constitucional, legal y regulatorio, que dote de congruencia a las acciones de todas las instituciones abocadas a ella, del sector público, social y privado, y que de hoy en adelante vincule los derechos que ya tienen con las obligaciones que habrán de asumir los ciudadanos frente a su Salud.

Se trata de poner al día, en un escenario global, las posibilidades de participar legal y legítimamente en las múltiples y diversas tareas implicadas en la prevención, atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, teniendo en

cuenta que hay otras materias relacionadas, como la educación, el trabajo, la urbanización, la alimentación, etc., que deben incorporarse a esta gran reforma, específicamente por su mutua influencia en el tema.

El Congreso de la Unión, los Congresos locales y los Ayuntamientos (en materia de saneamiento), constituyen los espacios de deliberación y aprobación de los cambios; consecuentemente, los partidos políticos deberán adoptar un rol importante en el debate, igualmente las campañas político-electorales habrán de incluir el tema en su plataforma, por la primordial importancia que reviste la atención a la Salud, como base para alcanzar un desarrollo sostenible (ONU).

El proceso de reformas habrá de fundarse en un diagnóstico que permita ordenar el punto de partida e indicar el rumbo hacia los objetivos alcanzables: los poderes ejecutivos federal, estatales y municipales, han de formular las iniciativas pertinentes, después de consensuarlas con todos los sectores responsables, entre los cuales destaca el sector privado por sus propios intereses legítimos, por el conocimiento que le asiste en cuanto a posibilidades de solución integral a demandas y necesidades, financiamiento e inversiones, adquisición y desarrollo de tecnologías, y sobre todo por la responsabilidad social que significa participar en la materia.

Así mismo, no debe descuidarse la posibilidad del surgimiento de conflictos entre los actores, por lo cual es imprescindible fortalecer el arbitraje médico como mecanismo alternativo de solución de controversias, mediante una mejor coordinación entre las correspondientes comisiones estatales y las instituciones reguladoras de la atención médica, del desempeño que éstas tengan y los resultados que alcancen depende el reconocimiento ciudadano al proceso arbitral (Muñoz, 2016).

La reforma del marco jurídico en materia de Salud se llevará a cabo construyendo un liderazgo político-institucional en todos los sectores de la sociedad, capaz de imbuir una conciencia respecto de la necesidad de proceder gradual y sistemáticamente, con responsabilidad y confiabilidad a lo largo y ancho de la República, a fin de eslabonar los compromisos ciudadanos con los institucionales.

La reorganización del Sistema de Salud

Hemos argumentado que el sistema de Salud mexicano presenta actualmente un desbalance entre las instituciones, lo que se observa en cinco factores principales, que desde el punto de vista de una *Política de Estado*, afectan la eficacia, congruencia, consistencia y sostenibilidad del propio sistema.

La eficiencia se alcanza si el personal está motivado, capacitado y dignamente remunerado, sobre la base de mecanismos que garanticen seguridad y estabilidad en el empleo y a la par, desarrollo profesional. No obstante, debido a problemas presupuestales, gran cantidad de personas presta sus servicios en forma eventual o subcontratada, lo que debilita el compromiso institucional y aumenta la rotación de personal (Bohon, 2009) que indudablemente impide una atención adecuada.

La cultura de los sindicatos de las instituciones públicas, se sostiene por la necesidad de proteger los derechos laborales, pero también estos sirven al Estado como medio de adhesión política de los trabajadores (Medina, 2003), tanto para legitimar acciones oficiales como para equilibrar los intereses, de manera que las demandas no rebasen las posibilidades de respuesta. Los sindicatos se han convertido en una especie de tabú ante la latencia de distintos tipos de confrontaciones, desde presiones que pudieran rayar en la ilegitimidad, hasta movimientos, paros o huelgas en detrimento de los usuarios. En el análisis de costo-beneficio político, económico y social se perciben saldos desfavorables para las instituciones, y el intercambio con la autoridad ha consistido en dar cabida simbólica a la dirigencia sindical en el proceso de toma de decisiones, no necesariamente para fortalecer la funcionalidad del Sistema de Salud.

Frente a esto, las relaciones entre autoridad y sus trabajadores deben reorientarse en una dinámica de diálogo y concertación, teniendo como faro los objetivos de servicio trazados, a partir de introyectar competitividad, innovación y pactar un compromiso mutuo que conduzca a mejorar la atención, solidifique la sostenibilidad de la institución y por ende posibilite su trascendencia.

Una explicación superficial atribuiría la ineficiencia a la escasez de dinero: en México el 6.2% del PIB es destinado a la Salud, monto inferior al promedio mundial, 9.9%; al de la Unión Europea, 10%; Estados Unidos y Canadá, 16.5%; o los países de la OCDE, 12.3%, y a la par que el de las naciones de ingreso mediano-alto (Banco Mundial, 2017); pero no sólo se trata de aumentar los recursos, sino racionalizar el gasto.

Si se juzga el gasto de nómina únicamente para el IMSS, en el 2018 representa el 50% del gasto corriente, a lo cual habría que añadirle el 21% más de pago a jubilados y pensionados (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017). Esta fotografía se repite proporcionalmente en el ISSSTE, la Secretaría de Salud incluyendo el Seguro Popular y a los servicios de salud en las entidades federativas. En otros términos, el financiamiento del Sistema de Salud está enfermo.

Sin embargo, el debate financiero podría tomar otros derroteros si México se decide a solucionar el problema de las pensiones que amenazan con llevar al colapso del sistema de seguridad social, afectando la atención a la salud. Sería importante reconsiderar algunos planteamientos respecto de la integralidad de la seguridad social y la salud, que podrían vincularse a la recaudación fiscal generalizada, como lo es el IVA, obteniendo del mismo recursos etiquetados para este rubro (Levy, 2012).

Una manera de facilitar la cobertura universal, consiste en abrir la participación a las instituciones privadas de seguros, a través de distintos mecanismos de financiamiento, que conducirían a una mejor y transparente gestión, reducción de costos administrativos y el fortalecimiento del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos, así como para ampliar el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Tomar decisiones en el sentido de corresponsabilizar al sector público y privado en la estrategia de universalización, ayudaría a reducir considerablemente el “gasto de bolsillo” que actualmente rebasa la cifra de 260 mil millo-

nes de pesos al año, además de que ampliaría la oferta de servicios a microempresarios y clases medias actualmente fuera de cobertura alguna.¹

Sin duda, en muchos casos el modelo de la administración o gobierno y las demandas de control por las dependencias globalizadoras ya resulta obsoleto, con tantas grietas que pueden ser caldo de cultivo no sólo para la ineficacia, sino también para la corrupción administrativa con efectos devastadores en el presupuesto.

En otros términos la eficiencia está constantemente acosada. Si nos atenemos al concepto de lograr resultados en el menor tiempo, imprimiendo el esfuerzo preciso y al menor costo posible (Taylor, 1911), esta antigua teoría obliga a profesionalizar al personal y a la funcionalidad de los espacios, ordenar los tiempos de espera, consulta, pruebas de laboratorio, tratamiento, referencia, intervenciones quirúrgicas, terapia, rehabilitación, etc.

En añadidura, la calidad de la atención está permanentemente presionada por la creciente demanda y enfrenta, otra vez, la rigidez institucional que todavía no logra, por ejemplo, establecer la portabilidad como una política de coordinación entre las instituciones del sector Salud que para ser eficaz, más allá de los convenios, debiera acompañarse de medidas prácticas de modernización administrativa.

En la búsqueda de una verdadera *coordinación* intergubernamental, interinstitucional, con los sectores social, privado y con los ciudadanos, la reorganización de las instituciones enfrenta el reto de abandonar sus posturas endogámicas; levantar la mirada hacia una realidad dinámica que exige alianzas y cooperación; por lo tanto, las indispensables reestructuraciones internas deben obedecer a una puntual estrategia de apertura, hacia el propio sector público, y con la misma intensidad, incorporar a la sociedad organizada y al sector privado. Es dable advertir que mientras exista la segmentación o fragmentación de los servicios será indispensable avanzar en la portabilidad, la homologación, la subrogación, las compras consolidadas, la credencial única de identificación, etcétera.

El diseño e implementación de Políticas Públicas transversales de observancia general

Como hemos visto, la evolución social, económica, científica y tecnológica suscitó distintos grados de especialización en el sector Salud de México, que explica, mas no justifica, el surgimiento de la diversidad de instituciones que lo conforman y la complejidad en su operación.

¹ Es importante tomar en cuenta que desde 2013, la Fundación Mexicana para la Salud propuso seis escenarios para la protección financiera en materia de salud: *Seguro Popular Competitivo*, *Eficiencia para la alta especialidad*, *Seguro Popular para la Clase Media*, *Seguro Popular Integral*, *Protección para Microempresarios*, y *Cobertura efectiva de las Enfermedades Crónicas*. Vid. “Hacia la Cobertura Universal de la Protección Financiera de la Salud en México. Tendencias y Oportunidades para la Colaboración Público-Privada. 25 Convención de Aseguradores de México.

En principio resulta imposible que una organización alcance por sí misma una suficiencia plena, por grande que sea o por ambicioso que haya sido su diseño y creación; por ende, las instituciones deben reconocer los ámbitos de actuación y el alcance de sus homólogas, a fin de estar en capacidad de identificar aspectos complementarios, acciones coincidentes, compartir experiencias o servicios, diseñar objetivos y coparticipar en la planeación, implementación, operación, seguimiento y evaluación de tareas conjuntas, como pudiera el acceso a los servicios independientemente del status laboral, o la remisión de pacientes conforme a protocolos sencillos, con la agilidad requerida por sus padecimientos o condiciones. Evidentemente estos intercambios potenciarían las capacidades de cada una de las instituciones y, en consecuencia, al sistema en su conjunto.

La estrategia de transversalidad no debiera implicar incrementos a los requerimientos financieros, sino por el contrario, al compartirse los recursos, se atendería la necesidad de reducir costos y al mismo tiempo aportar resultados socialmente útiles.

La transversalidad de las *Políticas Públicas* requiere de establecer y mantener canales institucionales de interacción entre los componentes del sistema, así como prevenir que alguno de ellos se arrogue predominio alguno o caiga en la tramitopatía. En este propósito, la transparencia en la calidad y flujo de la información es factor determinante para generar confianza mutua.

La universalización de los servicios de Salud

El precepto constitucional de que toda persona tenga derecho a la protección de la Salud, persiste como una aspiración.

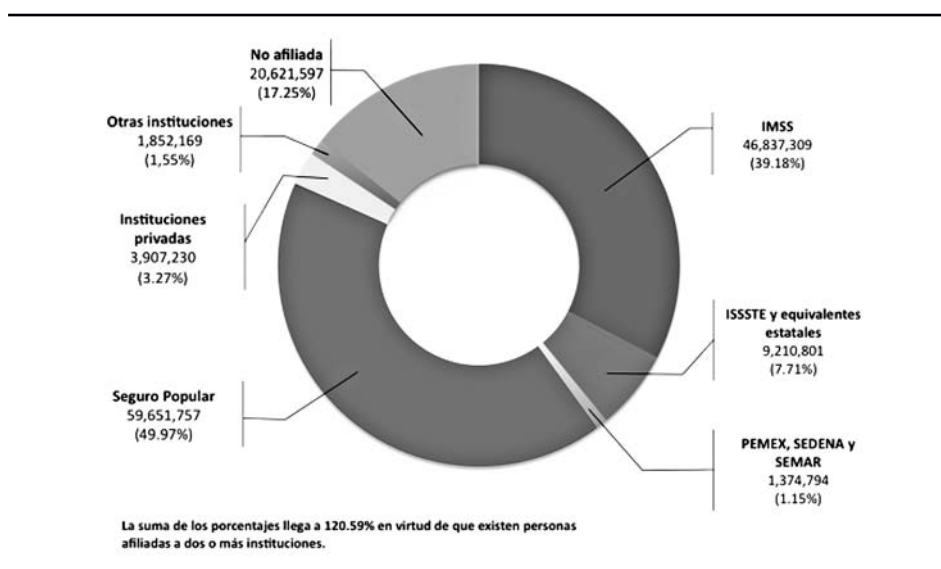
La parcelación de la atención entre una diversidad de instituciones, provoca enormes contrastes al revisar su estructura pública, privada y social en la prestación de los servicios de primer, segundo y tercer niveles a 120 millones de mexicanos en 2015. Esta aseveración se confirma al observar el cuadro 2. Las instituciones públicas, privadas y sociales requieren de un nuevo diseño interdependiente a fin de cumplir sus cometidos con las condiciones en escenarios inéditos, con estrategias financieras para la inclusión de todos; por el lado cuantitativo (20.6 millones de mexicanos están sin cobertura, y la diferencia en el gasto sólo en salud per cápita en el IMSS o ISSSTE, es seis veces mayor al del Seguro Popular).

Adicionalmente, la transparencia y rendición de cuentas evitan la discrecionalidad, la arbitrariedad y la corrupción en el uso de los recursos públicos. Al intervenir el sector privado, los informes, reportes y auditorías se efectuarían no sólo ante el Congreso, sino ante instituciones independientes del gobierno, evitando que éste sea juez y parte, y generando el clima indispensable de confianza entre gobernados y gobernantes.

Desde el punto de vista cualitativo la atención es dispar por causa de que las instituciones obedecen a sus propias políticas provenientes de su historia, status político-administrativo, disponibilidad de recursos (tripartita, bipartita o

subsidiada), así como los distintos grados de desarrollo de sus medios tecnológicos, científicos y administrativos. Todo ello provoca que las instituciones ofrezcan respuestas diferenciadas. De no actuar en forma inmediata, el crecimiento demográfico presionará con mayor exigencia en cantidad y calidad; las proyecciones indican que para el año 2030, habrá 137 millones de connacionales .

Cuadro 2
Afiliación de la población a servicios de salud



Fuente: elaboración propia con datos de INEGI 2015.

Se pueden encontrar argumentos teóricos y técnicos que expliquen esta situación: por ejemplo la proporción 80/20 del principio de Pareto (Pareto, 2012), nos daría la razón, sin embargo, por el mandato constitucional y legal, así como por la Ética subyacente en materia de Salud, esto es inaceptable: La atención al Derecho a la Salud debe ser Universal.

Tal preocupación se ha reflejado en los planteamientos recogidos por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud (Secretaría de Salud, 2017) que le acompaña, y las propuestas de la Fundación Mexicana para la Salud (González, 2015), así como las recomendaciones de otros agentes internacionales del desarrollo como la OPS (OPS, 2016) y la OCDE (OCDE, 2016).

La universalización del Sistema de Salud es un asunto multifactorial, requiere del replanteamiento de los esquemas financieros, la homologación de

conceptos, procedimientos y equipos,² cuya realización exige definiciones claras, así como métodos y procedimientos asequibles para los participantes directos, de manera que se establezca un estándar de calidad general, aunque cada actor le imprima sus concreciones y particularidades. Ya se han trazado las vías por las cuales se transitaría hacia este propósito por las principales Instituciones de Salud, como son: la portabilidad, homologación de servicios, la subrogación, la consolidación de compras, la credencial única para los pacientes, etc. y acceso efectivo (López, 2014); que no se han cumplido y que hace falta ponerlas en práctica.

La universalización no significa fusión de instituciones o desaparición de programas, sino que es la oportunidad de establecer políticas homogéneas y/o complementarias, acompañadas por estrategias de comunicación y cooperación entre las instituciones, los sindicatos, y un consenso que resulte de un análisis costo/beneficio.

En lo que respecta a la responsabilidad compartida implicada en la universalización precisa avanzar sin arriesgar el andamiaje actual, imprimiendo certidumbre al cambio, sin menospreciar los logros alcanzados y dar continuidad a los procesos en marcha; siempre enlazados con el propósito fundamental: asegurar el *acceso* de todos a la Salud, en las mejores condiciones de *disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad*, conforme a las dimensiones e indicadores considerados por la Organización Mundial de la Salud y desarrollados para nuestro país por el CONEVAL (CONEVAL, 2014) .

Por ello, la atención a la Salud debe ir más allá de concentrar las decisiones en un solo punto, sino de desarrollar una capacidad de construirlas en todas las dimensiones de la estructura para asegurar su adecuada ejecución. Sólo de esta manera será posible hacer realidad el *Derecho a la Salud* enmarcado en una *Política de Estado*, que encuentra su espacio de implementación en la estrategia de universalización a través de políticas transversales.

III. Nuevos escenarios sociales requieren de una nueva gobernanza en el sector salud

La Gobernanza es resultado de tres etapas de desarrollo político: va del gobierno de responsabilidad única, al de responsabilidad compartida, hasta llegar a la autorregulación del funcionamiento del sistema social, donde cada actor asume su tarea y la cumple a favor de todos.

² El tema ha sido objeto de atención desde hace por lo menos un lustro, se planteó explícitamente en el Simposium *Los grandes retos del sector salud ante los nuevos actores*, convocado por la Fundación Espinoza Yglesias en octubre de 2012.

La *Gobernanza* nos remite a un liderazgo colectivo, puesto que se reconocen nuevos actores en la arena política, económica y social, y busca contar con una ciudadanía libre y capaz de hacerse oír o de plantear sus necesidades y demandas, asumiendo las tareas que le corresponden a cada individuo y dispuesta a colaborar con el gobierno y otros actores de los sectores social y privado para abrir espacios a la *Gobernabilidad*, y así garantizar el *Derecho a la Salud*.

La *Gobernanza* es profundamente democrática (Unión Europea, 2017), resulta de la articulación de propósitos diversos en un Estado de Derecho que privilegia la convivencia entre el individuo y la comunidad, y de ambos con el gobierno; establece responsabilidades vinculantes, legítimamente sustentadas y legalmente reguladas, pues de otra forma se daría paso a la demagogia sobre la democracia.

Las cualidades de la *Gobernanza* son políticas, administrativas y técnicas, con una frontera de ceniza entre ellas al encontrarse fuertemente imbricadas. Estas son por lo menos cuatro:

- La *capacidad adaptativa* para reconocer las circunstancias inmediatas, en contraste con las posibilidades futuras, e impulsar y conducir los cambios hacia una mejor calidad de vida; evitar la parálisis que produce el dogma de aferrarse un modelo ya agotado (Kuhn, 1971); y sobre todo evitar regresiones que pretendan preservar privilegios causantes de la desigualdad.
- La *capacidad relacional* para atraer y convencer a los involucrados en la trama de la toma de decisiones fundamentales a objeto de mantener los equilibrios necesarios al progreso socialmente productivo.
- La *capacidad funcional* para hacer que las cosas sucedan mediante una suma de liderazgos confiables, informados, profesionales y responsables. En la actualidad la *Gobernanza* de las instituciones de Salud de nuestro país están a cargo de órganos colegiados: el Consejo Nacional de Salud, las Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y de Institutos nacionales de Salud con sus Juntas de Gobierno, sus patronatos, el Consejo Técnico del IMSS, la Junta Directiva del ISSSTE, o el Consejo Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
 Se hace necesario incorporar a la trama y toma de decisiones a distintos actores representativos de la sociedad que colaboren y cooperen en el manejo de las instituciones, como los consejeros independientes, con experiencia, conocimiento y probada honestidad, siguiendo las recomendaciones de la OCDE para el buen Gobierno en las Instituciones Gubernamentales.
 Sobre esta base, y ante el reto de la coordinación que significa interconectar los distintos componentes del Sistema de Salud, han de establecerse políticas y programas transversales que permitan evaluar la eficacia, eficiencia, congruencia y utilidad de los resultados, adicionando a los efectos sobre la salud, los costos financieros que supone la infraestructura, los insumos y la operación de los ser-

vicios como un todo. Con el propósito de lograr mejores condiciones de salud a costos racionales y conforme a posibilidades financieras reales.

- La *capacidad evaluativa* para interconectar la planeación con los objetivos, los medios y los resultados, de manera que se dé lugar a la posibilidad de corregir el rumbo en cualquier momento, para no perder de vista los propósitos preestablecidos.

En el marco de la *Gobernanza*, el gobierno y sus instituciones no únicamente están obligadas a cumplir y hacer cumplir la Ley, debe revisarse el funcionamiento de los órganos, comités y comisiones de control, vigilancia y auditoría para garantizar la transparencia y rendición de cuentas.

¿Qué tanto es válida esta reflexión sobre la Gobernanza en el Sector Salud de la República Mexicana?

Aunque, en efecto, se ha intentado establecer una rectoría en el Sector Salud, la realidad revela que persiste la dispersión de esfuerzos y el gasto irracional (la OCDE estima que hay un desperdicio de recursos, pues la mayor parte se destina a gasto de administración). (OCDE, 2016).

A objeto de elevar la eficacia de la gobernanza se hace necesario racionalizar las regulaciones hacendarias o de control interno, ya que obstaculizan notablemente dos cuestiones: la primera, el flujo, que castiga la oportunidad para actuar en el mercado de adquisición de bienes y servicios autogenerar recursos propios y avanzar en la innovación e investigación y, segunda, las normas que limitan, o de plano impiden, administrar mediante mecanismos modernos que generan empleos indirectos bajo la responsabilidad de empresas privadas, como es el caso de la subcontrataciones, arrendamiento de equipos, inmuebles, mantenimiento, construcción...; utilización directa de cuotas de recuperación y aportaciones de patronatos, empresas y particulares, para atender requerimientos inmediatos de operación. Las reglas de control de observancia general, deben convertirse en medidas casuísticas de seguimiento, útiles a la atención de las necesidades del Sector Salud.

Estas situaciones podrían ser resueltas mediante la revisión y cambios en las estrategias o políticas obsoletas gubernamentales. Las vías de participación deben diversificarse; ir más allá de las jornadas electorales o de las “consultas populares”, para trasladarse seriamente hacia la *Gobernanza*: propiciar la coparticipación en la integración o reformas del marco normativo, establecer compromisos específicos con objetivos concretos, y distribuir responsabilidades en la planeación y emprendimiento de medidas idóneas a las condiciones generales de Salud en nuestro país.

La responsabilidad del Gobierno, como representante del Estado consiste en abrirse para convocar, motivar, estimular y modular la participación, los otros componentes de la sociedad (Gobierno Abierto) (Open Government Partnership, 2017).

¿Cómo puede participar la sociedad civil organizada?

Particularmente en materia de Salud es necesario acudir al artículo 26 constitucional sobre planeación democrática y solidificar el diálogo con las organizaciones representativas de la sociedad, como las Cámaras, Asociaciones, Instituciones filantrópicas y de Asistencia Social, ellos cuentan con un bagaje de experiencias y propuestas válidas por su condición vivencial, por lo cual se trata de interlocutores válidos, tal como se concibe en la Constitución Mexicana el valor de la inclusión.

Este sector es de capital importancia al estar conformado por grupos económicos y científicos, dedicados a la producción o importación de bienes, provisión de servicios, infraestructura, tecnología, investigación y formación de talento, sin olvidar a los centros de educación superior. Todos estos con capacidad de identificar prioridades, jerarquizarlas y establecer programas para atenderlas, además cuentan con recursos tangibles e intangibles, susceptibles de aplicarse en el cumplimiento de los compromisos socio-gubernamentales.

Las empresas e instituciones privadas abocadas a diversos aspectos de la Salud, toman en sus manos la máxima prioridad del ser humano (la vida); conjuntan el legítimo interés lucrativo, con el sentido humanitario que conlleva a efectuar considerables inversiones en construcción, operación y mantenimiento, con tasas de retorno a plazos muy prolongados. Esto significa una responsabilidad que genera el valor de la identidad y solidaridad social mayor que en otros sectores productivos.

En concordancia, las instancias gubernamentales han de estimular el diálogo, en el cual se analicen necesidades, prioridades, recursos, vías de solución, tanto en los aspectos relacionados directamente con la atención a la Salud como en los referentes a asuntos económicos, como pudieran ser los estímulos fiscales, fuentes de financiamiento, actualización del marco regulatorio a fin de adaptarlo a las actuales condiciones nacionales e internacionales, y los contratos de asociación público-privada en proyectos de infraestructura, inversión productiva, investigación aplicada y/o de innovación tecnológica, para los que, incluso, ya están reguladas por la Ley y Reglamento específicos, así como el manual respectivo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Ley de Asociaciones Público-Privadas, 2017).

Ello permitirá afrontar, con mayores posibilidades de éxito, el alza en los costos de insumos y servicios, de los seguros médicos y de vida, ante el surgimiento e incremento de padecimientos costosos y altamente demandantes. De manera que la búsqueda del consenso se convierte en una prioridad a efecto de establecer una planeación racional que permita obtener resultados positivos, con vistas a conseguir la universalización de la Salud en México.

¿Y qué compete a los ciudadanos?

La población en general debe corresponder mediante acciones eficaces a fin de reducir, lo más posible, toda clase de riesgos para la integridad física individual, familiar y comunitaria (OMS, 1986).

Son simples y conocidas las actividades básicas de promoción y conservación de la Salud: hábitos de higiene personal; manejo y disposición apropiados de desechos sólidos y aguas residuales; prevención y reporte de riesgos, condiciones o incidentes que amenacen la Salud; protección y mejoramiento del medio ambiente; atención y respuesta favorable a las campañas sanitarias convocadas por las instancias gubernamentales: vacunación, detección oportuna de enfermedades metabólicas o crónico-degenerativas, prevención de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual; erradicación o control de vectores, y una extensa lista de frentes que por estar constantemente presentes en el entorno, llegan a pasar desapercibidos con los consecuentes costos humanos, sociales y económicos.

En este sentido es imprescindible crear conciencia individual respecto a la importancia de conservar la Salud física y mental. Así mismo, prevenir las patologías sociales, derivadas de ambientes hostiles a la convivencia o propicios para la proliferación de adicciones.

Se trata de integrar valores en torno a la Salud, cuyos efectos se irradian a otras esferas de la existencia personal y de la colectividad.

IV. La prevención: común denominador de una nueva *política de estado* en materia de salud para los mexicanos

Hasta este punto, nuestra reflexión se ha referido principalmente a los aspectos directamente relacionados con la atención médica, conviene ahora concentrar nuestro interés hacia elementos que cierran espacios a la enfermedad, el núcleo de la universalidad del Derecho a la Salud: *la prevención*.

Los hechos políticos, financieros, administrativos y médicos, ratifican la percepción popular de que la prevención es la “pariente pobre del sistema de Salud” (OMS, 2011). En contraparte, ha sido conceptualizada científicamente como “... una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la Salud y la calidad de vida individuales y solución de las causas primordiales de los problemas de Salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación” (OMS, 2017).

La nueva *Política de Estado* de la Salud en México, puede anclarse en la prevención situada en cuatro escenarios:

- Saneamiento integral desde el Municipio.
- Educación para la Salud.
- Desarrollo tecnológico en Salud.
- Medicina genómica para el acceso efectivo y la calidad de los servicios de Salud.

Saneamiento integral desde el Municipio

Una revisión del Artículo 115 Constitucional, en sus numerales III y IV, indica que las funciones y servicios públicos asignados a los gobiernos municipales están directamente relacionados con el saneamiento y con ello a la protección de la Salud. Se trata de medidas preventivas para las personas y la comunidad, de ahí la importancia que reviste su reforzamiento mediante la actualización tecnológica, la profesionalización del personal, la captación de recursos generados en el propio municipio, el financiamiento federal, estatal o fuentes alternativas, así como una alianza transparente con el sector privado que dé continuidad a la prestación de los servicios, con eficacia y eficiencia, todo ello en el cumplimiento de una rendición de cuentas que abone a la confianza ciudadana.

México es principalmente urbano, las ciudades concentran a 81.2 millones de personas en 384 municipios (59 Zonas Metropolitanas, 78 conurbaciones y 247 centros urbanos) (Consejo Nacional de Población, 2012). Para el año 2030, se calcula que alrededor de 117 de los 131 millones de mexicanos habitarán en ciudades, lo cual indica la necesidad de prevenir situaciones que pueden significar riesgos para la Salud, para entender este fenómeno bastan dos botones de muestra:

— Contaminación atmosférica, cuyo control y reducción contribuirían al abatimiento de la morbilidad en accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma. De acuerdo con datos de la OMS, el 92% de la población mundial habita en lugares con parámetros superiores a los recomendados para la Salud (OMS, Calidad del aire ambiente exterior, 2017). México registra 15 mil decesos al año atribuibles a la contaminación del aire (Clear Air Institute, 2017).

Las fuentes contaminantes no se constriñen al transporte, también a la industria, la generación de energía, la incineración de residuos sólidos, etc. *Más allá de las restricciones a la circulación de vehículos motorizados*, es conveniente adoptar tecnologías reductoras de emisiones de humos, gases y vapores industriales; producir energía limpia; tecnificar la disposición final de desechos, mediante biodigestores que generarían metano aprovechable. Una posibilidad es el método de “diseño de calidad del aire” (Environmental Protection Agency, 2017), que valiéndose de las condiciones atmosféricas naturales propician la dispersión de contaminantes.

— Padecimientos emocionales, provocados por la vida urbana: estrés, angustia, depresión, ansiedad, irritabilidad y miedos que conducen a la violencia, en menoscabo de la calidad de vida, homicidios, robos, riñas, etc., situaciones que acontecen sobre todo en las grandes concentraciones; ello precisa adoptar medidas conducentes a una convivencia pacífica, así como recuperar y cons-

truir espacios de deporte, recreación y cultura; favorecer la movilidad acercando física y virtualmente los puntos de trabajo, educación y servicios a los centros habitacionales, así como la construcción de infraestructura peatonal y traslado por medios alternativos.

Educación para la Salud

Este proceso debe desplazarse en los niveles micro, meso y macro de la sociedad, consiste en sensibilizar, capacitar y evaluar los resultados.

La sensibilización se inicia en el núcleo familiar (micro), la fuente de información se basa en las tradiciones culturales y se completa con aquella proveniente de las instituciones de Salud; conduce a la toma de consciencia respecto de que una vida saludable parte de un individuo informado acerca de su importancia actual y futura.

La capacitación es la divulgación sistemática del conocimiento sobre medidas preventivas, asequibles, sencillas y practicables por cualquier persona; este conocimiento se prepara interdisciplinariamente por profesionales de la Salud, comunicación, docencia y ciencias sociales, y se difunde a través de los medios adecuados a las condiciones de cada comunidad. Junto con la familia, la escuela es el espacio idóneo para inculcar hábitos de higiene y Salud, partiendo de una dieta nutritiva. Debe formar parte de una política transversal entre las instituciones de Salud, de educación, de producción y distribución de alimentos de calidad, y en caso de ser requerida, la asistencia social, así como la regulación y capacitación de los oferentes de bienes y servicios.

La asignatura de evaluación en Salud, requiere así mismo de capacitar a los responsables de realizarla: parte de metas preestablecidas, por lo tanto de diagnósticos y parámetros que permiten medir los avances en el proceso de cambio. Finalmente, la apreciación cualitativa de los resultados; a la familia y a la escuela han de sumarse sitios de trabajo, centros de desarrollo comunitario, clubes de servicio, etc., como valiosos instrumentos de esta nueva política.

Desarrollo tecnológico en Salud

La consciencia de los seres humanos respecto de su sana existencia ha sido estímulo para construir una gran historia de creatividad colectiva e incremental, de innovación constante en insumos, equipos, instrumentos, recursos preventivos, de diagnóstico y estrategias de intervención, todo ello aglutinado por el conocimiento interdisciplinario y la coherencia científica, hasta arribar a los actuales desarrollos tecnológicos aplicados a las ciencias de la Salud, que por fortuna nos ha tocado atestiguar.

La Tabla 1 da cuenta de algunos de los sorprendentes avances en el tema que nos ocupa (siglos XX y XXI).

Tabla 1

Año	Invento o descubrimiento	Impulsor(es)
1930	Tipos sanguíneos	Karl Landsteiner (Austria)
1933	Microscopio electrónico.	Ernst Ruska y Max Knoll (Alemania)
1936	Transmisión química sináptica (base de neurociencias)	Henry Dale (Inglaterra) y Otto Loewi (Alemania)
1939	Penicilina purificada	Norman G. Heatley (Inglaterra)
1946	Computadora ENIAC de uso general	John P. Eckert y John W. Mauchly (EE.UU.)
1951	Anticonceptivo oral sintético “La Píldora”	Luis Ernesto Mira- montes (México)
1953	Estructura molecular del ADN.	Rosalind Franklin, James Watson y Francis Crick (Ing.)
1954	Trasplante de riñón en humano	Joseph Murray Murray (EE.UU.)
1956	Cateterismo cardíaco	Andrè Cournard (Francia), Werner Forssman (Alem.), Dickinson Richads (EE.UU.)
1958	Irradiación corporal con cobalto, como inmunosupresor, para evitar rechazo de órganos trasplantados	Roy Yorke Calne (Inglaterra)
1959	Nanotecnología (posteriores aplicaciones en cáncer, VIH, tecnología del ADN)	Richard Feinman (EE.UU.)

SOCIEDAD, VALORES Y DESARROLLO

1960	Biónica, establecimiento de sus principios	Jack Ellwood Steele (EE.UU.)
1963	ADN mitocondrial en embriones de pollo	Margit M.K. Nass y Sylvan Nass (Suecia)
1967	Trasplante de corazón	Christian Barnard (Sudáfrica)
1969	Primera red de computadoras ARPANET (antecedente militar de internet)	Departamento de Defensa de los Estados Unidos
1970	Bioinformática (molécula de ADN recombinante)	BrookhavenProtein Data Bank (EE.UU.)
1975	Ingeniería de tejidos	James G. Rheinwald Howard Green H. (EE.UU.)
1979	Medicina nuclear (aplicaciones en imagenología)	Allan Mac Leod (Sudáfrica) y Godfrey Newbold (EE.UU.)
1980	Láser clínico	Rangaswamy Srinivasan (India)
1981	Impresión 3D (para aplicaciones en órtesis y prótesis, y tejidos biológicos)	Hideo Kodama (Japón)
1987	Identificación del ADN mitocondrial en restos arqueológicos humanos (da lugar a la teoría conocida en los medios como “Eva mitocondrial”)	Allan Charles Wilson Mark Stoneking y Rebecca L. Cann (EE.UU.)
1990	Proyecto del Genoma Humano. Se dio por completado en 2004 al publicarse la versión final del mapeo	Francis Collins (EE.UU.)
1990	Clonación de mamíferos (oveja Dolly)	Ian Wilmut y Keith Campbell (Escocia)
1998	Creación de Medline, enciclopedia de de Medicina en línea, inglés y español	Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.)

2000	Robot cirujano Da Vinci	Intuitive Surgical Company (EE.UU.)
2003	Resonancia magnética	Paul Lauterbur (EE.UU.) y Peter Mainsfeld (Ing).
2011	Biopsia líquida (detección temprana del cáncer, en vez de muestras de tejido sólido)	Daniel Haber (EE.UU.)
2016	Proyecto de síntesis del Genoma Humano	National Human Genome Research Institute (EE.UU.)

Esta tabla muestra un panorama ciertamente esperanzador, mas debe advertirse y tener cautela ante el riesgo de deshumanizar las relaciones entre los profesionales de la Salud con las personas que de ellos requieren, o rebasar los límites de la bioética.

Una condición mayor para la universalización del Derecho a la Salud en el mundo es evitar que los beneficios de los avances científicos y tecnológicos sean restringidos y en cambio propiciar que constituyan un bien presente y futuro palpable en mejores condiciones generales de vida para todos.

Sin embargo, en la actualidad sólo el 0.43% del PIB nacional se destina a la investigación (UNESCO, 2017), lo canalizado a Salud simplemente no pinta, de ahí que siendo una prioridad nacional, no es posible que nuestra dependencia se profundice cada día más.

***Medicina genómica, un recurso a desarrollar para el acceso efectivo y la calidad de los servicios de Salud*³**

Ante el reto de asegurar a los mexicanos el acceso efectivo y la calidad de los servicios de protección, promoción y prevención como ejes prioritarios para el mejoramiento de la Salud, particularmente en los sectores poblacionales de mayor vulnerabilidad, la Medicina Genómica se inserta en forma determinante en la prospectiva del cuidado de la Salud.

La investigación genómica ha evidenciado que la diversidad es de origen sociocultural, mas no de índole genética... queda claro que los genes no sustentan las diferencias que históricamente se han fomentado entre los grupos y sociedades

³ Para este apartado, el autor abreva y cita el erudito artículo intitulado *Política de Estado en Salud. Concepto, implicaciones y posibilidades de desarrollo para la Medicina Genómica (inédito)*, del Doctor Xavier Soberón Mainero, Director General del Instituto Nacional de Medicina Genómica.

(Moreno, 2013). La secuencia del Genoma Humano ratifica objetivamente el principio que iguala a los individuos, uniendo a la ciencia con la filosofía política y la necesidad de equilibrar las condiciones de desarrollo socioeconómico.

La Medicina Genómica es resultado de la convergencia de múltiples conocimientos científicos y sociales. Presenta las siguientes características:

- Es *Preventiva*. El diagnóstico genómico avanza cada vez más hacia la capacidad para detectar una enfermedad en etapas tempranas e incluso la predisposición individual a desarrollarla, con ello contribuye a evitar o, por lo menos retrasar, la aparición de síntomas.
- Es *Predictiva*. Permite anticiparse e intervenir de manera exitosa, ante las manifestaciones o complicaciones de una enfermedad o la falla terapéutica de un medicamento.
- Es *Personalizada*. Brinda la posibilidad de clasificar mejor la enfermedad y la respuesta a fármacos para incrementar el éxito de las intervenciones terapéuticas y reducir los posibles efectos adversos; permite diseñar y prescribir tratamientos óptimos por grupos, e incluso por paciente; puede ser la base de una *Política Pública* para conseguir un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles.
- Es *Participativa*. El individuo decide sobre el manejo de su salud o de su enfermedad. El conocimiento del genoma propio permite un manejo clínico proactivo y no reactivo, ya que éste puede anticipar la aparición de una enfermedad o sus complicaciones.

La Medicina Genómica es proactiva al estar enfocada en el paciente individual, enfatiza en el bienestar, permite generar bancos de datos personalizados, y da lugar a redes sociales activadas por pacientes, como fuerza impulsora para la medicina del futuro.

Potencial y expectativas de la medicina genómica

La medicina genómica se encuentra entre las áreas de la Salud donde más se ha investigado en los últimos años, se trata de un área importante para el quehacer científico, la innovación, su cada vez más rápida maduración y la vertiginosa creación de nuevas tecnologías de base genómica, hacen imperativo que el Estado fomente la inversión en ciencia y tecnología, y con ello contribuir a resolver los problemas nacionales de Salud.

La medicina genómica va a resultar aplicable a todas las especialidades médicas, generado impactos sustantivos como: cambiar el énfasis de una medicina reactiva a una proactiva; mejorar las estrategias de diagnóstico oportuno y certe-

ro; clasificación precisa de las enfermedades; guiar la selección de terapias óptimas (reducir ensayo-error); disminuir efectos adversos a medicamentos; favorecer el apego de los pacientes a los tratamientos; mejorar la calidad de vida; descubrir usos nuevos o alternativos de medicamentos y candidatos; mejorar la selección de nuevos blancos bioquímicos para el descubrimiento de fármacos, y contribuir a controlar los costos de los sistemas de Salud.

Obstáculos para el desarrollo de la Medicina Genómica

- Rezago en la formación de recursos humanos especializados en medicina genómica, currícula no actualizada, escasos programas de posgrado y formación para nuevos profesionales.
- Falta de conocimiento respecto a las tecnologías genómicas.
- Resistencia por parte de los profesionales actuales a su uso.
- Carencia de un blindaje respecto a los sistemas regulatorios sanitarios, administrativos e incluso referidos al mercado de seguros, esta es una tarea legislativa que debe emprenderse de inmediato.

Lineamientos para una Política de Estado en materia de Medicina Genómica

- Tomar en cuenta a la Medicina Genómica en cuenta dentro de los programas de promoción a la Salud, como sucede en otros países.
- Impulsar *Políticas Públicas* que fomenten la inversión de los sectores público y privado para generar proyectos estratégicos que permitan la conformación de un gran banco de datos que permita a los investigadores profundizar en la caracterización genómica de la población mexicana y establecer una Base Nacional de Diversidad Genómica.

Para lograr lo anterior, es necesario contar en forma decidida con los siguientes factores:

- Recursos financieros para llevar a cabo las investigaciones.
- Tecnología que permita el análisis de áreas específicas del genoma y su expresión.
- Vinculación efectiva entre el subsistema de los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad, así como de otras instancias públicas y privadas que tengan como eje principal mejorar los servicios de Salud.

- Bioinformática o biología computacional que permita el manejo de gran cantidad de información, la comparación de secuencias en forma masiva, el análisis de bases de datos, así como el estudio de la expresión de los genomas.
- Formación de recursos humanos con capacidad de uso y análisis de la información genómica para la creación de nuevos desarrollos derivados del conocimiento.
- Generación de resultados de los proyectos de investigación que incrementen la oferta de servicios genómicos enfocado al ámbito clínico, así como la generación de productos y servicios de base genómica que tengan impacto en el beneficio de la Salud de la población mexicana.
- Consideración de los aspectos éticos, legales y sociales de la medicina genómica, a fin de asegurar que se lleve a cabo con apego estricto a los principios universales, dentro de los marcos jurídicos acordes a las condiciones mundiales en torno a esta área de la ciencia.
- Educación a la sociedad con el objeto de asegurar que la investigación genómica se incorpore al conocimiento común, a fin de que sus beneficios puedan ser aprovechados por las sociedades.

La Medicina Genómica puede ser una importante vía de acceso a la universalidad de la Salud; en la medida en que se fortalezca su desarrollo se podrán consolidar *Políticas Públicas* que se traduzcan en acciones para la protección y promoción de la Salud, con la mira de preservar y prolongar la vida humana con calidad.

V. Conclusión

El constante cambio progresivo en que ha estado inmersa la sociedad mexicana, frente a la necesidad de mantener una estabilidad socioeconómica y política que permita encauzarlo, habrá de marcar la pauta a la *Salud como Política de Estado*. El propósito de esta dualidad (cambio/estabilidad) aparentemente contradictoria, consiste en promover la evolución y, simultáneamente, preservar la unidad y coherencia que poseen los individuos, las comunidades y las naciones. En el caso de la Salud, esta filosofía es totalmente aplicable ya que las constantes transformaciones sociales propician la búsqueda de soluciones a nuevos requerimientos, sobre bases ya establecidas y susceptibles de renovación.

Está claro que la universalización de la atención a la Salud de los mexicanos es condición *sine qua non* para avanzar con paso firme hacia un cambio cualitativo y cuantitativo sin precedentes, de tal forma que permita trascender en el tiempo y amplíe la consciencia social sobre la importancia de prevenir las afecta-

ciones a la Salud en todos sus aspectos, lo cual constituirá una sólida base para el desarrollo actual y ulterior de México

En cuanto a la ciencia y la tecnología en Salud, destaca la responsabilidad que deben asumir los tres sectores, público, social y privado, no sólo por razones éticas sino también por la necesidad de configurar, valga la expresión, un sano equilibrio entre el conocimiento previo y los nuevos descubrimientos, aplicando procedimientos adaptativos, mediante una gestión que aproveche el *summum* de experiencias.

La capacidad de respuesta en materia de Salud exige aumentar los recursos públicos, privados y sociales a la investigación y desarrollo (I+D), a condición de que su aplicación se haga de manera racional y transparente, de no ser así, nuestra dependencia se prolongará indefinidamente.

El país que logre incorporarse cualitativa y cuantitativamente a esta ola de cambio social, privilegiando la biotecnología en la Salud, será promotor de una renovación con efectos positivos no sólo internos, sino en la región a la que se pertenece: México podría aspirar a este liderazgo.

En la actualidad no hay país y Líder Político, que no considere a la Salud como una de sus máximas prioridades.

VI. Bibliografía

- Banco Mundial, *Gasto en salud, total (% del PIB)*, en http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?name_desc=false, consultada el 12-05-2017.
- Bohon Devars, José Antonio, *Ventajas y desventajas del outsourcing*, México, Revista Expansión, 2009, en <http://expansion.mx/opinion/2009/07/30/ventajas-y-desventajasdel-outsourcing>, consultada el 31-05-2017.
- Castelazo, José R., *Ejes Constitucionales de la Administración Pública en México*, México, Plaza y Valdés Editores, 2013, p. 137.
- Consejo Nacional de Población, *Catálogo Sistema Urbano Nacional 2012*, en http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/112772/Catalogo_Sistema_Urbano_Nacional_2012.pdf, consultada el 06-07-2017
- COFEPRIS, *Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios*, en www.cofepris.gob.mx/MJ/Documents/Reglamentos/prodyser060409.pdf, consultada el 13-06-2017
- CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, CONEVAL, 2014, en <http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>, consultada el 23-06-2017
- Environmental Protection Agency, US, *Reassessment of the Interagency Work group on Air Quality Modeling (IWAQM) Phase 2 Summary Report: Revisions to Phase 2 Recommendations*, en <https://www3.epa.gov/scram001/guidance/reports/>

- Draft_IWAQM_Reassessment_052709.pdf, consultada el 07-07-2017
- González Block, Miguel A. (Coordinador), *Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal*. México, Funsalud, Consejo Promotor de Competitividad y Salud, 2015.
- Habermas, Jürgen, *Más allá del Estado nacional*, México, Fondo de Cultura Económica, 1998. Cit. por Kerz, Mercedes, en *Un Nuevo Umbral para el Estado Moderno*, Revista Colección No. 26, Universidad Católica Argentina, 2004, en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67630574002>, consultada el 29-05-2017.
- Instituto Mexicano del Seguro social, *Proyecciones de Ingresos, Egresos y Nóminas del Personal Activo y Jubilado, 2016-2025*, en http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/05_Cap01.pdf, consultada el 30-06-2017.
- INEGI, *Índice de envejecimiento*, en <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/default.html>, consultada el 03-05-2017.
- Juan López, Mercedes, *Sistema Nacional de Salud Universal: experiencia en México*, en <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Sistema-Nacional-de-Salud-Universal-experiencia-en-Mexico.pdf>, consultada el 06-06-2017.
- Kuhn, Thomas S., *La estructura de las Revoluciones Científicas*, (Traducción: Agustín Contín), Breviarios 213, México, Fondo de Cultura Económica, 1971, en http://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/kuhn.pdf, consultada el 01-06-2017.
- Levy, Santiago, *Pensiones de Retiro: Agenda Pendiente y una Propuesta de Reforma*, Reunión de la Amafore, Banco Interamericano de Desarrollo, Cd. de México, Septiembre 19, 2012.
- Ley de Asociaciones Público-Privadas*, en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LAPP_210416.pdf, consultada el 29-05-2017.
- Medina Núñez, Ignacio, *El Sindicalismo Mexicano en la Transición al Siglo XXI*, México, LibrosEnred, 2003, en http://www.librosenred.com/libros/el_sindicalismomexicanoenlatransicionalsigloxxi.html, consultada el 01-06-2017.
- Moreno, Andrés, Sandoval, Karla, *Diversidad genómica en México. Pasado indígena y mestizaje*, Departamento de Genética, Universidad de Stanford, California, en Revista Cuicuilco, vol. 20 no.58, México sep./dic. 2013, en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592013000300013, consultada el 10-07-2017.
- Muñoz Hernández, Onofre, *A 20 años del Arbitraje Médico en México*, Conferencia Magistral, Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, en <http://boletines.guanajuato.gob.mx/2016/11/26/cumple-arbitraje-medico-20-anos-de-historia-en-mexico/>, consultada el 16-06-2017.
- OPS, *Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud*, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/77385/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf, consultada el 30-05-2017

- OCDE, *Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud 2016*, en OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-English.pdf, consultada el 25-05-2017.
- Open Government Partnership, *Declaración de Gobierno Abierto*, en <https://www.opengovpartnership.org/declaracion-de-gobierno-abierto>, consultada el 29-05-2017
- OMS (1986), *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, 1986, en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf, consultada el 29-05-2017.
- ____ (2011), *Prevention is better than cure, say Romanian doctors*, Bulletin of the World Health Organization 2011;89:248–249, doi:10.2471/BLT.11.030411, en <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-030411/en/>, consultada el 06-07-2017.
- ____ (2017), *What is health promotion?*, *Health to pics on line*, en <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>, consultada el 06-07-2017.
- ____, *Calidad del aire ambiente (exterior) y salud*, en <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs313/es/>, consultada el 07-07-2017.
- Clean Air Institute, *Informe de calidad del aire para América Latina*, en <http://www.cleanairinstitute.org/calidaddelaireamericalatina/?pag=23&sec=289>, consultada el 07-06-2017
- Pareto, Vilfredo, *Principios de Economía Política Pura*, en <http://www.institut-coppet.org/wp-content/uploads/2012/05/Cours-d%C3%A9conomie-politique-Tome-I-Vilfredo-Pareto.pdf>, consultada el 30-05-2017.
- Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, México, 2013, en <http://pnd.gob.mx/>, consultada el 20-04-2017.
- Serra, Albert, *La gestión transversal. Expectativas y resultados*, *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 32. (Jun. 2005). Caracas, en siare.clad.org-revistas/0049633.pdf, consultada el 25-05-2017.
- Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, en http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html, consultada el 31-05-2017.
- Taylor, Frederick W., *The Principles of Scientific Management*, New York, NY, USA and London, UK, Harper & Brothers, 1911.
- Unión Europea, *La gobernanza Europea - Un libro blanco*, /* COM/2001/0428 final */Diario Oficial n° 287 de 12/10/2001 p. 0001 – 0029, en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52001DC0428:EN:HTML>, consultada el 23-05-2017.
- UNESCO, Instituto de Estadística, *Gasto en investigación y desarrollo (% del PIB)*, en <http://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/GB.XPD.RSDV.GD.ZS/rankings>, consultada el 10-04-2017
- Zaid, Gabriel, *Cronología del Progreso*, México, Editorial Debate, 2017.