

LA POLÍTICA EN SALUD PARA EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO: UNA AGENDA EN PROCESO

Dra. Juana Isabel Vera López¹

RESUMEN

Un derecho fundamental del adulto mayor (AM) es el de la salud. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, resguarda en su artículo 3 que el AM debe tener acceso preferente a los servicios de salud. México, ante la transición demográfica con un envejecimiento poblacional requiere establecer las bases para garantizar una mejora en la calidad de vida de los AM. Este artículo realiza un análisis conceptual del tema de la salud; enuncia las políticas públicas en salud; realiza un estudio comparado de la legislación del AM, en relación con el derecho a la salud en 10 países de América Latina; establece las posibles estrategias que podrían fortalecer el sistema nacional de salud en México.

La política en salud tendrá como prioridad establecer la universalización de los servicios de salud, en especial de los grupos vulnerables, como es el caso del AM. La política sectorial en salud promueve el autocuidado y el envejecimiento activo, para un mayor bienestar del AM.

PALABRAS O CONCEPTOS CLAVE: Salud pública, Envejecimiento, Sistema nacional de Salud

¹ Doctora en Ciencia Política y Administración Pública, El Colegio de la Frontera Norte.
Correo Electrónico: jvera@colef.mx.

INTRODUCCIÓN

En México, en 2002 se establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual establece en su artículo 3 que los AM son aquellas personas que cuentan con 60 años o más de edad. En su artículo 5, f. II. De la salud, la alimentación y la familia, se define el derecho a tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4 Constitucional.

La importancia de este grupo poblacional radica en que México se encuentra ante una transición demográfica con un claro envejecimiento poblacional. En 2010, en el Censo de Población y Vivienda (INEGI) se registró un total de 10,055,379 AM, es decir, el 9.06% de la población total. Se estima que para el 2029 se duplicará el número de AM en México. En relación con la derechohabiencia percibida por estos AM, se tiene que el: 38.8% recibe servicios de salud por parte del IMSS, 9.3% por el ISSSTE, 20.4% por el Seguro Popular, 4.1% a través de otra institución y el resto no cuenta con el servicio.

Estas estadísticas muestran la importancia que tiene el garantizar adecuadas políticas públicas en salud con cobertura hacia los AM mexicanos. Es por ello que en este artículo se realiza un análisis del Sistema Nacional de Salud (SNS) mexicano para conocer cuál ha sido su evolución a lo largo del tiempo y poder determinar cuál será su escenario futuro.

En la metodología se realiza un estudio descriptivo abordando el concepto de salud; se analizan las políticas públicas de salud en México a partir de su creación en la década de los cuarentas, hasta la época actual; posteriormente, se describe el proceso seguido por el SNS; se concluye con un conjunto de propuestas para eficientar el SNS, en especial, el dirigido a la población AM. En este último apartado se realiza una contrastación mediante el método de política comparada en relación a la normatividad de los AM, cómo garantizar la inclusión del derecho a la salud. De

esta manera se puede definir cuál será la posible postura de México respecto a este derecho, en relación a América Latina, cuáles son los avances que se han incorporado en la normatividad de estos países y qué elementos se podrían incluir en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

1. CONCEPTO DE SALUD

El derecho a la salud se encuentra fundamentado en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en donde los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Así como el Artículo 4 Constitucional y la Ley General de Salud que establecen el derecho a la salud como disponible, accesible, aceptable y de calidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), un sistema de salud se define como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”. Bajo este esquema, se requiere contar con recursos humanos, recursos financieros, sistemas de información, suministros, equipo, entre otros. Todo ello debe girar en torno a que los servicios provistos a la población sean los necesarios y se puedan otorgar bajo una contraprestación financieramente justa, para quienes los detentan.

La OMS establece que los objetivos básicos de los sistemas de salud, son los siguientes: 1) El mejoramiento de la salud de la población; 2) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud; 3) Garantizar la seguridad financiera en materia de salud.

Se debe establecer la existencia de tres modelos de sistemas de salud, observe la Figura No. 1.

Figura No. 1: Modelos de sistemas de salud

Modelo	Sistema de Seguro Social	Características
Primer Modelo	Sistema de Seguro Social I	Se propone cubrir a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad. La prestación de servicios en general viene de proveedores
	Sistema de Seguro Social II	Centraliza la planificación y el financiamiento, depende sobre todo ingresos provenientes de los impuestos generales y de prestación de servicios por el sector público
Segundo Modelo		La participación del gobierno es más limitada. La cobertura se da sólo a ciertos grupos de población, el resto de la gente depende del sector privado
Tercer Modelo		Medicina tradicional; sin participación del Estado; los prestadores dan atención a cambio pago directo o en especie o bien como parte de redes sociales de apoyo (medicina popular). Muy amplio en algunos países o regiones

Fuente: Soto, Lutzow y González (2011, p. 152).

México cuenta con un sistema mixto, porque el sistema de salud combina en distinta proporción, cada una de las características de los tres modelos. El sistema de salud forma parte de un derecho social de los mexicanos, proporcionado por el Estado de Bienestar. Al existir reformas sociales, se ha abierto el sistema de salud hacia una mayor participación del sector privado.

Dentro de este proceso, la OMS registra una evolución existente dentro de los sistemas de salud. En la Figura No. 2 se muestran las tres generaciones existentes, que van desde una incipiente creación del sistema de salud nacional, con énfasis en proporcionar sus servicios a los trabajadores formales; posteriormente, una segunda generación que amplía la cobertura como medida de generar mayor salud pública en la población; para concluir en una tercera generación con conciencia social en donde se provee de servicios a los excluidos (población

pobre, indígena, tercera edad, entre otros grupos sociales vulnerables), con una mayor capacidad de financiamiento provista por el sector privado; mejor calidad en los servicios de salud. En la actualidad, la tendencia es hacia esta tercera generación que universalice el acceso a los sistemas de salud.

Figura No. 2: Modelos de sistemas de salud

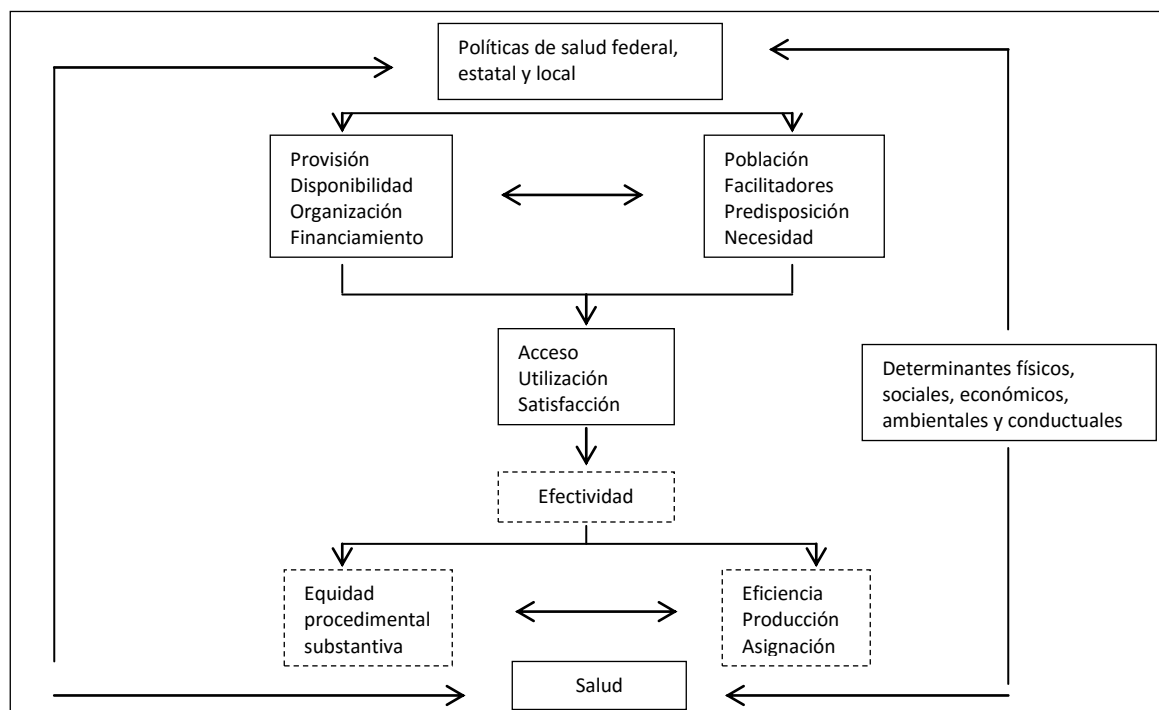
Generación	Características
Primera Generación	<ul style="list-style-type: none"> _ Creación de sistemas nacionales de atención sanitaria _ Extensión de los sistemas de seguridad social a los países de medianos ingresos _ Aumento de atención hospitalaria y aumento de costos _ Mayor utilización de los servicios por personas de mejor nivel económico _ Atención de poca calidad _ Exclusión de las poblaciones indígenas _ Promoción de la atención primaria a la salud
Segunda Generación	<ul style="list-style-type: none"> _ Compromiso de que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, junto con un suministro de agua potable y saneamiento básico _ Medidas de salud pública, prevención, medicamentos esenciales y educación para la salud _ Financiamiento inadecuado _ Los trabajadores disponían de poco tiempo para actividades de prevención _ Capacitación y calidad de la atención deficientes
Tercera Generación	<ul style="list-style-type: none"> _ Busca ampliar el acceso para los pobres _ Muy relacionados con los cambios políticos y económicos que se han producido en el mundo. _ Ajustes de acuerdo con la capacidad financiera y de organización de cada país _ Aumento el funcionamiento privado _ Unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro _ Atención sanitaria costada por el seguro y directamente por el asegurado

Fuente: Soto, Lutzow y González (2011, p. 152).

En la Figura No. 3 se presenta el marco conceptual de los sistemas de salud, en donde se establece cómo estas políticas públicas son definidas desde los tres ámbitos de gobierno, con la finalidad de otorgar los servicios a la población, ante las necesidades de salud que

prevalezcan en un momento o situación dada. En este marco se debe garantizar su efectividad, equidad y eficiencia, que son consideradas de acuerdo con el contexto particular del país en cuestión.

Figura No. 3: Marco conceptual de los sistemas de salud



Fuente: García-Peña, Carmen y González González, César. (2011), p. 506.

Si analizamos las estadísticas del *Health System Financing Country Profile*, en el caso de México tenemos que en 2012 presentó un gasto en salud por el orden de los 72 billones de dólares, es decir, de US\$618 per cápita. De este gran total, el 44% es erogado por los hogares; el 52% por el sector gubernamental; y, el 4% restante, por otros sectores.

Tabla No. 1: Indicadores de salud en México, 1995-2012.

Indicadores	1995	2000	2005	2010	2012
PIB (en mdd)	313,728	636,731	846,094	1,032,225	1,177,226
Gasto en salud como porcentaje del PIB	5	5	6	6	6
Población (miles)	91,165	98,295	103,831	108,292	117,054
Esperanza de vida al nacer		74			
Tasa de mortalidad infantil		22			
Tasa de mortalidad materna	85	90	87		

Fuente: Global Health Expenditure Database (OMS).

Al observar la evolución del presupuesto para salud, con relación al PIB, en la Tabla No. 1 se tiene que México erogó un 5% durante el periodo de 1995-2000; es en el lapso de 2005-2012, que este porcentaje aumentó a 6%, debido a que en 2003 iniciaron las reformas sanitarias con la finalidad de dar seguridad social a 50 millones de mexicanos que constituían la población abierta del país. En ese mismo año se estableció por ley el Sistema de Protección Social en Salud, del cual surge el Seguro Popular que en 2007 inicia a operar en México.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO

Durante el periodo de 1940 a 1970, entran en vigor las leyes de las instituciones de seguridad social IMSS e ISSSTE. Este lapso de tiempo fue importante porque durante el mismo se erogaron importantes cantidades de dinero para la creación de estas instituciones que atenderían la salud de los mexicanos. Se debe recordar que estas instituciones únicamente prestan sus servicios a aquellos trabajadores asalariados que cuentan con esta prestación brindada por sus empleadores. En el caso de aquellos trabajadores no asalariados o desempleados, estos han sido directamente canalizados a la Secretaría de Salud (SSA).

En la década de los ochentas cambia el paradigma, de un Estado benefactor al modelo neoliberal, el cual fue impulsado por organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), que tuvieron por objetivo intervenir en la política interna

de los países para promover su apertura comercial y la liberalización de barreras comerciales. En el caso de México, al aceptar créditos emitidos por estas instituciones, obligaron al país a que una vez que destinó estos recursos para el pago de su deuda externa, iniciara un proceso de reestructuración en su política interna dirigido hacia la disminución del Estado de bienestar.

Es en 1982 que se crea el SNS, el cual tuvo como institución base al BM, en materia de políticas de salud. Cabe señalar que con anterioridad este aspecto era manejado con la participación de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta situación generó un giro hacia la privatización de los servicios de salud.

En 1992 se crea la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, que da la pauta para la creación de las Afores, quienes administrarían los fondos del retiro mediante la creación de cuentas individuales de cada trabajador que se afiliara a ellas. Posteriormente, en 1995, se reforma la Ley del IMSS, que entra en vigor a partir de 1997. En 1998, se firma un acuerdo de préstamo IMSS-BM, en donde BM pasa de ser un consejero a ser gestor del IMSS, estableciendo las próximas reformas en el sistema de salud mexicano. En este marco, los programas de combate a la pobreza (como el de Oportunidades), ponen a la mujer como cabeza de la familia (a ella se le otorgan los recursos), se le brindan apoyos monetarios, en especie, de servicios de salud y educativos. Esta política es dirigida por el BM, a la cual se le conoce también como “Manejo Social del Riesgo”. Este manejo social del riesgo se refiere a la existencia de grupos sociales vulnerables que ante situaciones imprevistas ellos no cuentan con los suficientes recursos para afrontarlos, es por ello que el Estado debe protegerlos y garantizarles que no caerán en pobreza extrema o que si llegan a caer en ella, podrán salir.

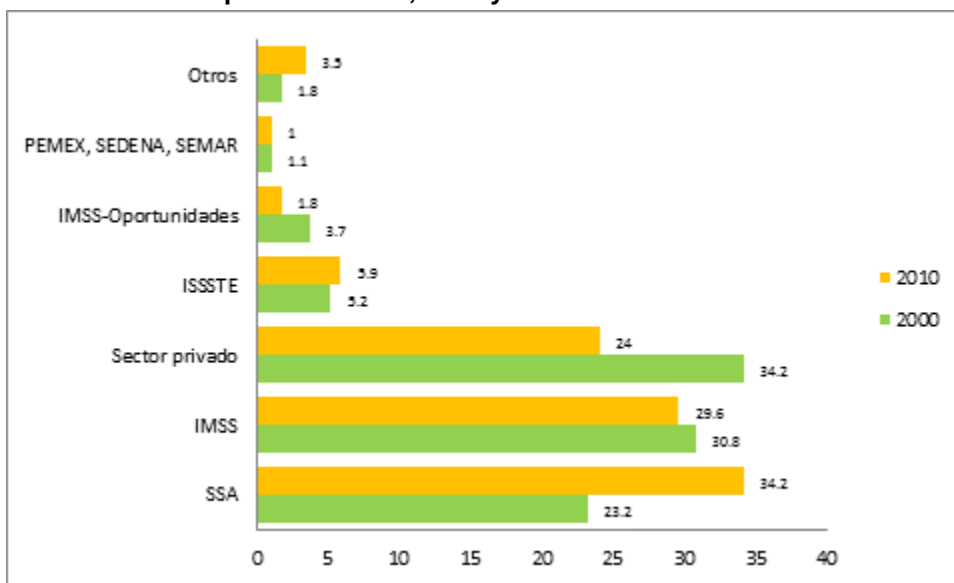
Para 2001-2006, se implementa el Programa Nacional de Salud: La democratización de la salud en México. Las metas propuestas fueron: a) Establecer el seguro nacional de salud; b) Separar

el financiamiento de la prestación de servicios; c) Incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud; d) Crear un fondo nacional de salud pública.

En 2007, se reforma la Ley del ISSSTE, y se permite la libre transferencia de derechos entre trabajadores del IMSS e ISSSTE, entre instituciones. En la actualidad, se está ampliando la cobertura por parte de los sistemas de salud privados. Por tanto, el modelo que prevalece es que aquellos individuos que carecen de seguridad social tienen que incorporarse al Seguro Popular para que puedan recibir los servicios de salud.

Esta expansión en los servicios de salud tiene como razón de ser que se buscan alternativas de solución a la saturación de servicios que tenía anteriormente el IMSS, lo cual impactaba en la calidad de su servicio. Es de esta manera que, en 2010 se registra un auge en la SSA quien pasa de atender un 23.2% de la población total a un 34.2%.

Figura No. 4: Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud por institución, 2000 y 2010.



Fuente: INEGI.

Nota 1: Debido al traslado de funciones de la federación a los estados, en 2010, el ISSSTE incluye al ISSSTE estatal.

Nota 2: En 2000, IMSS-Oportunidades se refiere al programa IMSS-Solidaridad.

Nota 3: En 2000, “otros”, se refiere a otras instituciones del sector público; mientras que en 2010, abarca del sector público y privado.

En la Figura No. 4 se puede observar que en 2010 la SSA es la institución que proporciona los servicios de salud a la mayoría de los mexicanos, seguida por el IMSS (29.6%), instituciones de salud privadas (24%), ISSSTE (5.9%), PEMEX-SEDENA-SEMAR (1%) y otros (3.5%).

3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

De acuerdo con la OMS, “un sistema de salud abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud” (Soto, Lutzow y González, 2011, p. 151).

En México, el SNS brinda atención a tres grupos poblacionales: La población que tiene derechohabiencia, la población abierta y el sector privado. En el primer grupo se encuentran instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y Marina; en el segundo grupo se localiza la Secretaría de Salud (federal o estatales), en zonas rurales y urbanas, IMSS Solidaridad y el Seguro Popular; en el tercer grupo se encuentran los consultorios privados, anexos de farmacias y hospitales, que se encuentran dirigidos a aquellos que pueden solventar sus gastos en salud.

Tabla No. 2: Funciones del sistema de salud en México

1. Presentación de servicios			
	SSA, IMSS-solidaridad	Población no asegurada (40%)	Pobres del campo y la ciudad
Servicios públicos	IMSS	Población con seguridad social (50%)	Trabajadores del sector formal de la economía
	ISSTE		
	Fuerzas Armadas PEMEX		
Servicios privados	Sector privado (gran diversidad; consultorios, clínicas, hospitales y unidades de medicina)	Cualquier persona (10%)	Cualquier persona con capacidad de pago.
2. Financiamiento			
Movilización de recursos desde sus fuentes, su acumulación en fondos y su distribución subsecuente para la producción o compra de servicios.		Fuentes (hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales)	Fondos (Seguro Social, presupuestos públicos, ahorros familiares)
3. Rectoría del sistema			
Regulación	Actividades de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios que tiene un impacto en la salud.		
Evaluación	Sistema de evaluación del desempeño con 46 indicadores.		
Protección de los pacientes	Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMEND)	Solución de controversias entre usuarios y proveedores de servicios de salud a través de procedimientos más simples que las demandas legales.	
4. Generación de recursos.			
Profesionales de la salud	Médicos		
	Enfermeras		
Recursos materiales	Hospitales		
	Camas de hospital		
	Clínicas y otros centros de salud		
Conocimiento	Gasto público en investigación en salud Investigadores en el área de la salud	Representa el 2.3% del gasto total en ciencia y tecnología	Representa 0.01% del PIB y 0.45% del gasto total en salud.
Información	Sistema de información en salud	Subsistencias: Población y cobertura Recursos Servicios otorgados Daños a la salud	Estadísticas vitales Estadísticas sociodemográficas

Fuente: Soto, Lutzow y González (2011, p. 156).

En la Tabla No. 2 se observa que los servicios de salud públicos son los que tienen la mayor cobertura de la población (90%), mientras que los servicios privados (10%), sólo brindan servicio a quienes tienen los recursos económicos para contratarlos. Los servicios de salud públicos presentan una cobertura del 40% dirigido a la población abierta y 50% para los trabajadores afiliados a la seguridad social.

Las fuentes de financiamiento son diversas, siendo la principal los recursos públicos.

La rectoría del sistema, siendo gubernamental, es ejercida por la Secretaría de Salud, la cual define las políticas públicas de salud en México.

La generación de recursos son de cuatro tipos: Profesionales de salud, quienes brindaran sus servicios a la población beneficiada; recursos materiales, para cubrir las necesidades de la

población; conocimiento, que es para generar investigación y desarrollo; información, para conocer el estado actual del sistema de salud nacional.

El SNS se estructura en tres niveles de atención:

- Primer nivel: Red de unidades médicas con atención de tipo ambulatorio,
- Segundo nivel: Red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas de salud que demandan que los pacientes sean internados o enviados a urgencias. Estas unidades se dividen a su vez en cuatro especialidades de medicina: Medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia,
- Tercer nivel: Se conforma por una red de hospitales de alta especialidad, hay subespecialidades y equipos de apoyo que no se encuentran en el segundo nivel.

La actual administración, respecto a la política pública en salud, establece en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora en la calidad de vida de las personas adultas mayores, las siguientes líneas de acción:

1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales,

1.7.2. Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable,

1.7.3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas,

1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental,

1.7.5. Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores,

1.7.6. Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores,

1.7.7. Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal cumplan con la corresponsabilidad en salud.

De acuerdo con cifras provistas por la OPS (2012), México en 2009, registró los servicios de 22 médicos, 25 enfermeras y 2 dentistas por cada 100 mil habitantes. Así como 2 camas hospitalarias por cada mil habitantes².

² El indicador correspondiente a América Latina y el Caribe es de 17 médicos, 14 enfermeras, 4 dentistas por cada 100 mil habitantes, y 2 camas hospitalarias por cada mil habitantes. Este promedio permite observar cuál es el nivel de cobertura de recursos humanos y camas hospitalarias en comparativa con la región.

Tabla No. 3: Posicionamiento de los actores políticos del sector salud de la década de los años setentas hasta el 2050

Periodo	Contexto	Actores políticos
Década de los setentas, ochentas y noventas	_Tasa de crecimiento demográfico 3.32% anual; mayores de 65 años eran el 3.5% de la población,	Primer grupo: _Secretaría de Salud (1943): Definía las políticas de salud y le correspondía la rectoría del sistema. _Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (1943): Destacaba por su atención a derechohabientes.
	_Inicia el proceso de migración campo-ciudad	Segundo grupo: _Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado (ISSTE) (1959) _Instituciones del sector público de salud (PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina)
	_Modelo de sustitución de importaciones	Tercer grupo: _Organización Mundial de la Salud (OMS). _Organización Panamericana de la Salud (OPS). _Empresas farmacéuticas multinacionales Cuarto grupo: _Congreso de la Unión y gobiernos estatales en materia de salud, _Universidades, _Jurisdicciones sanitarias y sindicatos de médicos
Inicios del siglo XXI	_En 2000, aumenta la población mayor de 65 años a 4.9% del total,	Primer grupo: _Secretaría de Salud: Implementa el Seguro Popular para atender a la población abierta: ha concluido
	_Alta migración México-EE.UU. 300-700 mil nuevos migrantes por año.	_IMSS: Situación financiera deficitaria Segundo grupo: _ISSSTE Tercer grupo: _Gobiernos estatales. _Servicios Estatales de Salud. _Congreso de la Unión. _Empresas farmacéuticas transnacionales
	_México, ingresó a la OCDE y OMC	Cuarto grupo: _Organizaciones multinacionales de salud (OMS y OPS) _Universidades, Quinto grupo: _Medios de comunicación, _Organismos financieros multinacional (BM, FMI, BID). _Empresas privadas prestadoras de servicios de salud.
Primera mitad del siglo XXI	_En prospectiva, EE.UU. continuará como potencia dominante,	Futuro previsible: _Homologación de legislaciones en temas de salud entre países. _BM y FMI seguirán como actores en la definición y orientación de políticas públicas incluidas las de salud.
	_Para el 2050, el PIB de China será cercano o superior al de EE. UU.,	_Para el 2030, la distribución de la riqueza no mejorará sustantivamente, lo cual impactará en que la población nacional requerirá del apoyo estatal para hacer frente a sus gastos en salud. _En México, la Secretaría de Salud será el actor principal en este sector.
	_En América Latina, habrá una integración económica liderada por Brasil, sin EE.UU.	_Si continúa operando de igual manera, el Seguro Popular crecerá en el número de afiliados. _Disminuirá la importancia del IMSS, como actor político del sistema de salud. _El ISSSTE, está condicionado a los posibles escenarios políticos futuros. _Aumentará la importancia de las jurisdicciones sanitarias debido a una creciente densidad demográfica, mayor movilidad de la población nacional e internacional, aparición de nuevas enfermedades contagiosas y la reorientación del SNS hacia la prevención. _Las políticas de salud se negociarán entre el Legislativo y el Ejecutivo, aumentando el peso del Poder Legislativo en la toma de decisiones. _Aumentará el grado de libertad de los gobiernos estatales en el tema de salud. _Aumentará la importancia de agrupaciones de profesionales de la salud, sobretodo de sindicatos, siendo relevantes los del sector público. _México adoptará una política agresiva en cuanto al desarrollo científico y tecnológico, pero continuará dependiente del exterior.

Fuente: Ruelas y Alonso (2010, pp. 343-362).

La Tabla No. 3 presenta la evolución del SNS en una línea de tiempo, incluido su escenario futuro. En la primera mitad del siglo XXI, los actores políticos continuarán siendo los mismos, lo que puede modificarse son los objetivos previstos en la política de salud y su lógica, debido a que dependerá de los dictados de organismos internacionales a los que México se encuentre suscrito.

4. DERECHO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

En América Latina se ha legislado a favor del AM, es por ello que a continuación se presenta un diagnóstico de las principales causas de mortalidad registradas en 10 países latinoamericanos, así como un análisis de política comparada de sus normatividades, en relación con el derecho a la salud.

**Tabla No. 4: Tasas de mortalidad (por cada 100 mil habitantes) en América Latina.
 Año 2012**

País	Brasil	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	México	Paraguay	Perú	República Dominicana	Venezuela
General (por todas las causas)	6.5	4.1	5.1	6.5	5.1	5.1	5.4	5.5	6.1	4.7
Por enfermedades transmisibles	62.1	19.7	51.9	73.2	86.9	30.2	55.1	120.4	55.4	33.8
Por neoplasias malignas	101	90.5	74.6	80.1	50.9	60.8	78.2	99.7	86.6	71.1
Por causas externas	82.7	48.5	84.5	130.1	90.7	60.5	71.8		91.8	102.9
Por diabetes mellitus	30.8	16.5	31.9	31.5	29.1	71.7	37.7	14.4	25.8	30.9
Por enfermedades isquémicas del corazón	56.1	55.3	15.8	53	25.1	60.7	50.2	23.4	96.4	72.5
Por enfermedades cerebrovasculares	55.6	25.9	25.9	20.6	19	27.8	49.7	23.1	65.2	35.1

Fuente: OPS (2012).

La Tabla No. 4 muestra que Brasil y El Salvador registran la tasa de mortalidad más alta en la región, por cada 100 mil habitantes 7 mueren.

La tasa de mortalidad más alta por enfermedades transmisibles³ la registra Perú con 120 muertes por cada 100 mil habitantes, seguida por Guatemala con 87, El Salvador con 73 y

³ Se acuerdo con la OPS, refiere a cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de este agente o sus productos, de una persona o animal

Brasil con 62. En menor proporción se encuentra Costa Rica quien sólo registra 20 muertes por cada 100 mil habitantes.

Brasil registra una tasa de neoplasias malignas (cáncer) de 101 muertes por cada 100 mil habitantes, seguido por Perú con 100 y Costa Rica con 91.

La tasa de mortalidad por causas externas (suicidios, homicidios y accidentes) más alta la registra El Salvador con 130 muertes por cada 100 mil habitantes, seguido por Venezuela, 103. Mientras que México y Costa Rica son los países de la región que registran las menores tasas de mortalidad con 61 y 50, respectivamente.

México es el país de la región con la mayor tasa de mortalidad por diabetes mellitus con 72 personas por cada 100 mil habitantes.

La tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón más alta de la región la registra República Dominicana con 94 muertes por cada 100 mil habitantes, seguida por Venezuela con 73 y México con 61.

En tanto que la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares⁴ más alta la presenta República Dominicana con 65 muertes por cada 100 mil personas, seguida por Brasil con 56 y Paraguay con 50.

infectados o de un reservatorio a un huésped susceptible, directa o indirectamente por medio de un huésped intermediario, de naturaleza vegetal o animal, de un vector o del medio ambiente inanimado.

⁴ De acuerdo con la OPS, son las enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan al cerebro.

En relación con el marco normativo del AM, se observa que en Brasil, la Ley No. 10741 (1994), en su normatividad prevé el derecho a la salud definiéndose un Sistema Único de Salud (SUS), con cobertura universal e igualitaria, para prevenir, promover, proteger y recuperar la salud de los AM.

En Costa Rica, la Ley No. 7935 (1999) Integral para la Persona Adulta Mayor define como obligación del Estado y sus instituciones que el derecho a la salud del AM sea mantenido mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y que sean atendidos por su núcleo familiar y comunitario.

Ecuador, en su Ley No. 127 del Anciano (1991) menciona el derecho a la salud del AM.

Guatemala, en su Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad. Decreto No. 80-96 (1996) establece como derecho del AM el tener una buena calidad de vida, gozar de salud, asistencia médica preventiva, curativa y de rehabilitación, siendo esta atención proporcionada de forma gratuita en los hospitales nacionales y de seguridad social.

En Honduras, la Ley No. 199-2006 (2006) Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, también define el derecho del AM a tener acceso a los servicios médico hospitalarios públicos y privados. Uno de los deberes del AM es el de practicar principios adecuados de salud.

México, en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) define como derecho fundamental que el AM debe tener acceso preferente a los servicios de salud, gozando de su derecho a la sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional; así como a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, que promueva su cuidado personal.

Paraguay, en su Ley No. 1885 de las Personas Adultas (2002), menciona que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social debe crear acciones y programas de prevención de la salud física, psíquica y social del AM, a través de un sistema de información de los servicios públicos y privados, de los mecanismos de acceso a dichos servicios y los programas de educación de toda la población en general y de prevención social en particular.

Perú, en su Ley No. 28803 de las Personas Adultas Mayores (2006) menciona que el AM tiene el derecho de acceso a atención preferente en los servicios de salud integral, atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia. Siendo el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, quien en coordinación con el Ministerio de Salud y entidades públicas sectoriales, promoverán políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental del AM.

En República Dominicana, la Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente (1998), menciona que si el AM padece de una enfermedad física o mental grave tiene derecho a protección especial, así como fácil acceso a servicios de salud. Se establece el derecho a recibir tratamiento de rehabilitación de los servicios especializados del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), e instituciones públicas y privadas.

En Venezuela, la Ley de Servicios Sociales (2005), establece que el ministerio con competencia en materia de salud, a través del Sistema Público Nacional de Salud, debe promover y desarrollar la atención integral de la salud a los AM, mediante programas de promoción, prevención, restitución, habilitación y rehabilitación.

Del análisis anterior se concluye que existe el derecho a la salud del AM en los 10 países de América Latina, pero el grado de resguardo y protección hacia este grupo social, se encuentra

diferenciado. La normatividad se encuentra en un proceso de conformación de una sólida base que garantice que los AM, en situación de riesgo en su salud puedan ejercer este derecho y accedan a servicios de salud y hospitalarios de calidad.

Se observa que el mayor número de muertes de AM se registra dentro del rango de edad de 70-84 años, es en este grupo poblacional que hay que priorizar el acceso a los servicios de salud. Por tanto, una de las metas es que los países consideren que la atención médica preventiva es la solución viable para disminuir estas tasas de mortalidad: El cuidado de la vejez garantiza que las causas de muerte no sea por enfermedades que no impliquen aumentar progresivamente el gasto público y privado en salud.

Es importante generar una cultura de cuidado de la vejez, donde las personas sean conscientes que todo aquello que realicen a favor de su cuerpo y salud, será gratificado en el largo plazo en mejor calidad de vida a sus años.

5. PROPUESTAS PARA EFICIENTAR EL SNS

Actualmente México se enfrenta a problemas emergentes como son la diabetes, obesidad, entre otras, en donde ocupa los primeros lugares a nivel mundial. También enfrenta la inequidad de la atención en salud, porque sólo son atendidos quienes cuentan con el servicio o pueden pagar por el mismo.

Otra situación observada es que el financiamiento público promueve una segmentación de las instituciones que proporcionan los servicios de salud, haciendo que se genere una desorganización en los servicios, con baja calidad y poca eficiencia.

De acuerdo a la ENIGH 2012, las instituciones de seguridad social registraron un nivel de afiliación distribuido de la siguiente manera: IMSS (78.1%), ISSSTE (16.4%), ISSSTE Estatal (2.2%), PEMEX (1.8%) y otros (1.5%). Estas cifras muestran que las instituciones públicas son las que presentan la mayor cobertura de afiliados. Bajo esta lógica, las familias buscan que al menos uno de sus integrantes tenga el servicio de seguridad social para que puedan adherirse los otros integrantes de la familia que sean sus dependientes económicos.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) al analizar la carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional obtuvo que para 2008 era un 38.4% (42 millones 845 mil personas), 2010 el 29.2% (33 millones 478 mil personas) y 2012 un 21.5% (21 millones 272 mil personas). Estos indicadores muestran una disminución progresiva del rezago en la cobertura de servicios de salud.

La estrategia a seguir se focaliza en que los servicios de salud para el AM deben ser preventivos y de promoción a la salud, en donde cambien los comportamientos hacia una cultura saludable, mejorando la calidad de vida de los individuos.

El esquema de protección de salud requiere cubrir padecimientos asociados con enfermedades crónico-degenerativas, debido a que la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón en 2010 registraron una tasa de mortalidad del 4.9 por cada mil habitantes en la población de 65 años y más.

Se requiere un incremento en el gasto en salud, México tiene el porcentaje más bajo de los países de la OCDE (6.4% del PIB), en 2010 fue de 6.2% del PIB.

Una medida preventiva impulsada por la SSA son los 5 pasos por tu salud: Actívate, toma agua, come verduras y frutas, mídete, y comparte con familia y amigos.

A futuro, se espera avanzar hacia un sistema universal único de salud que garantice que los usuarios puedan utilizar los servicios de salud en cualquier institución sin importar su afiliación. Para ello, de forma similar como lo ha hecho Brasil, se requiere un padrón único, voluntad política, inversión en equipo e infraestructura médica, entre otras condiciones.

CONCLUSIONES

En México actualmente se registran 10 millones de AM (9% de la población). Se espera que en 2025 se alcancen los 18.5 millones (30% de la población total).

En prospectiva, se puede definir que la política pública en salud será tendiente hacia la universalización de los servicios en salud, sobre todo para los AM debido a que constituyen un grupo poblacional vulnerable física, económica y socialmente. Esta situación prevalece en México y el ámbito mundial, propiciando que los gobiernos replanteen sus objetivos dentro del marco de las políticas sociales.

La salud es uno de los elementos considerados como parte fundamental provista por el Estado de Bienestar, cuando se inició la privatización de los servicios y se disminuyó el tamaño del Estado, el sector salud fue uno de los que sufrió reformas que impactaron a la población abierta, carente de seguridad social.

Esta transformación, de acuerdo con los modelos de sistemas de salud, está generando inclusión de diversos grupos sociales para que promuevan esquemas en donde los AM sean atendidos por sus familias o del núcleo social comunitario. Otro avance es la inclusión de

modelos de atención gerontológica como los promovidos por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) con sus albergues, residencias de día, centros de atención integral, centros culturales, clubes, entre otros.

En la política sectorial de salud se están definiendo las pautas para generar una cultura del autocuidado, es por ello que se tienen como esquemas los 5 pasos por tu salud y la promoción del envejecimiento activo. Si se analiza la normatividad del AM en América Latina, de los 10 casos de estudio observados, se tiene que todos incluyen en sus preceptos el derecho a la salud, pero el que se ejerzan, requiere de cada país y su contexto.

México, en comparación con estos países latinoamericanos, enfrenta como principales problemas de salud las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la diabetes mellitus, obesidad y las enfermedades isquémicas del corazón. Por tanto, los programas de salud deben considerar dentro de sus líneas de acción la atención de estas principales causas de mortalidad de la población mexicana. Es por ello que la creación de un sistema único de salud sería viable si el AM pudiera tener acceso a los servicios de salud teniendo la portabilidad y universalidad requeridas.

Estas acciones promoverían que el tipo de atención sea preventivo y no se tengan que recurrir a esquemas de financiamiento que generen un mayor costo social para el Estado. Por ejemplo, es preferible atender de manera anticipada cualquier epidemia, como es considerada la obesidad, a esperar a que desencadene otros problemas no previstos.

BIBLIOGRAFÍA

LIBRO

Eibenschutz H., Catalina, Tamez G., Silvia y Camacho C., Iliana (2012) *La política sanitaria en México desde la medicina social y la salud colectiva*, México, Consejo Nacional de Universitarios.

OMS (2013). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2013. Investigaciones para una Cobertura Sanitaria Universal*, Luxemburgo, OMS.

OPS (2012) *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2012*, Columbia, OPS.

Ruelas Barajas Enrique y Alonso Concheiro Antonio (2010), *Los futuros de la salud en México 2050*, México, Consejo Nacional de Salubridad General.

Soto Estrada Guadalupe, Lutzow Steiner Miguel Ángel y González Guzmán Rafael (2011), “Capítulo 9. Rasgos generales del sistema de salud en México”, en González Guzmán R., Moreno Altamirano L. y Castro Albarrán JM, *La salud pública y el trabajo en comunidad*, México, Mc Graw-Hill, pp. 119-136.

REVISTA

García-Peña, Carmen y González González, César (2011), “Accesibilidad y efectividad en México”, *Gaceta Médica de México*, Volumen 147, Número 6, Noviembre-diciembre 2011, pp. 504-509.

NORMATIVIDAD

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México.
3. Ley General de Salud.
4. Ley No. 127 del Anciano. Ecuador.
5. Ley No. 199-2006. Honduras.

6. Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente. República Dominicana.
7. Ley No. 1885 de las Personas Adultas. Paraguay.
8. Ley No. 7935. Costa Rica.
9. Ley No. 10741. Brasil.
10. Ley No. 28803 de las Personas Adultas Mayores. Perú.
11. Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad. Decreto No. 80-96. Guatemala.
12. Ley de Servicios Sociales. Venezuela.
13. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
14. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

World Health Organization, 2012, *Health system financing country profile: Mexico, 2012*. [En línea], Fecha de visita, 27 de Julio, 2014, http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/es