

Revista Médica del IMSS

Volumen
Volume **43**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2005**

Artículo:




Higia y Panacea en la salud y la
sociedad. Los sistemas de salud, un
producto de la evolución social

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

**Onofre
 Muñoz-Hernández¹
 Juan
 Garduño-Espinosa²
 Ricardo
 Pérez-Cuevas³**

¹Dirección de
 Prestaciones Médicas
²Coordinación de Áreas
 Médicas, Unidad
 de Atención Médica
³Coordinación
 de Políticas de Salud,
 Unidad de Educación,
 Investigación y Políticas
 de Salud

Dirección de
 Prestaciones Médicas,
 Instituto Mexicano
 del Seguro Social

Comunicación con:
 Onofre

Muñoz-Hernández.
 Tel.: 5553 1848.
 Fax: 5211 2978.

Dirección electrónica:
 onofre.munoz@imssgob.mx

*El presente tema parte
 de las reflexiones que
 realizamos cada 22 de
 octubre, día del médico,
 sobre el rumbo de la
 atención a la salud en el
 escenario institucional.

Higia y Panacea en la salud y la sociedad. *Los sistemas de salud, un producto de la evolución social**

...En la mitología griega, Higia (en latín, *Salus-Salus Publica Populi Romani*, diosa del bienestar público de los romanos) fue la diosa de la salud, limpieza e higiene. Se le asoció con la prevención de la enfermedad y la continuación de la buena salud. Su nombre dio origen a la palabra "higiene". Panacea, también de la mitología griega, fue la personificación de la curación; después su sentido se transformó para ser el medicamento capaz de curar todas las enfermedades y la solución de todos los problemas...

RESUMEN

El acercamiento de las ciencias biomédicas y sociales ha reducido la brecha entre los determinantes sociales de la salud y las políticas de salud. El ingreso, educación, producción de salud en el hogar, medio ambiente, empleo, alimentación, redes sociales de apoyo, género y migración, entre otros, influyen de forma definitiva en el estado de salud de la población. Este trabajo examina la influencia de los determinantes demográficos (disminución de la natalidad, envejecimiento poblacional e incremento de la migración temporal), económicos (incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral) y de estilo de vida de los derechohabientes, en la provisión de servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social; de manera crítica analiza los dilemas económicos y éticos que enfrenta el sistema de salud derivados de dichos determinantes. Se propone el concepto de políticas de salud efectivas, las cuales deben ser sensibles a los determinantes sociales, a los cambios epidemiológicos y capaces de responder a las necesidades en salud de la población. Se concluye en la necesidad de que el sistema de salud implemente y evalúe respuestas estructuradas y congruentes con los requerimientos de salud de la población, que contribuyan a disminuir las inequidades sociales.

SUMMARY

Biomedical and social sciences are getting closer, thus reducing the existing chasm between the social determinants of health and health policy. The determinants such as income, education, health production at home, environment, employment, dietary habits, social support networks, gender, and migration, among others, have a strong and definitive influence on the health state of the population. This paper gains an insight into the influence on the population's health covered by the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS) of some of these determinants, such as demographic changes (birth rate decrease, ageing, and increase of temporary migration), economic changes (progressive incorporation of women to the labour market), and lifestyle aspects. These determinants pose economic and ethical dilemmas, among others, that IMSS must solve through its policymaking process. The concept of effective health policy is proposed. This concept includes a comprehensive health policy capable of considering social determinants and epidemiological changes within its inception, and at the same time, it is able to respond to the population's health needs. It is deduced that it is necessary for the health system to implement and evaluate plans and interventions that are structured and consistent with the population's health needs, thus contributing to reduce social inequities.

Palabras clave

- ✓ salud
- ✓ sociedad
- ✓ sistemas de salud
- ✓ servicios de salud

Key words

- ✓ health
- ✓ society
- ✓ health systems
- ✓ health services

Introducción

El acercamiento de las ciencias biomédicas y sociales¹ ha permitido nuevas miradas transdisciplinarias a los fenómenos relacionados con la salud, y ha disminuido la brecha entre los determinantes sociales de la salud² y la definición de las políticas de salud.³ Las influencias sociales, electorales, éticas, culturales y económicas en las políticas de salud son legítimas; en este sentido, la utilización de los resultados de investigación se ha dado en forma gradual, debido a que tanto tomadores de decisiones como investigadores han tenido un largo proceso de aprendizaje para comunicarse y para armonizar sus prioridades.

El ingreso, la educación, la producción de salud en el hogar, el medio ambiente, el empleo, la alimentación, las redes sociales de apoyo, la problemática de género y la migración, son algunos elementos de la dinámica social que influyen directamente en la salud. El conocimiento de estos determinantes permite contextualizar la reciprocidad entre la sociedad y los sistemas de salud, las implicaciones de las políticas y dinámicas económicas, sociales y culturales, así como los beneficios de invertir en políticas de salud.⁴

Los médicos estamos aún aprendiendo el significado de los determinantes sociales de la salud y de sus manifestaciones biológicas, lo que ha generado la aparición de nuevas disciplinas sociales y médicas como la antropología médica crítica y la psiconeuroendocrinoinmunología, respectivamente.

Entender la importancia de los determinantes sociales de la salud y traducir esto en políticas de salud coherentes e integrales, permite que los sistemas de salud puedan evolucionar a la par de la sociedad y contribuir al cambio social. Esta evolución ocurre cuando una parte importante de la población (sociedad y sistemas de salud) identifica a la vieja perspectiva como insatisfactoria y promueve la búsqueda de una nueva, de bienestar social, más interesante y también más prometedora.

Este trabajo analiza algunos determinantes sociales de la salud en la población derechohabiente y cómo se han incorporado en la agenda de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuyo propósito es implementar políticas de salud sensibles a las necesidades sociales de la población.

La importancia de los determinantes sociales de la salud

Entre los múltiples determinantes sociales de la salud, es importante destacar algunas características de las dinámicas demográfica, económica y cultural que en años recientes ha conocido la población atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aspectos demográficos

Los cambios principales que se observan son disminución de la natalidad, envejecimiento poblacional e incremento de la migración temporal.

■ *Disminución de la natalidad.* La población derechohabiente tiene un acelerado descenso de la natalidad. La tasa de partos por mil mujeres en edad fértil disminuyó de 161 a 55 en menos de 30 años, lo que representa que hoy la tasa global de fecundidad sea de aproximadamente 2 en la población derechohabiente, mientras que en la no derechohabiente de 2.2. Lo anterior es resultado de múltiples factores: un mayor nivel de educación de la mujer y el programa institucional de planificación familiar, entre otros.

Esta transformación social redundó en uno de los cambios en políticas de salud más significativos de los últimos años. Las políticas iniciales de planificación familiar, orientadas totalmente al control demográfico, giraron hacia la perspectiva actual de la salud reproductiva, en la que la planificación familiar es únicamente un elemento más de la atención integral al bienestar sexual y reproductivo de las personas, en especial de las mujeres.⁵

■ *Envejecimiento poblacional.* La disminución en la natalidad, aunada al incremento en la esperanza de vida, resultó en un crecimiento de la proporción de adultos mayores afiliados al IMSS más acelerado que en el resto de la población del país. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Coberturas (ENCOPREVENIMSS 2003) que se realizó en 34 mil hogares y 131,400 sujetos, la proporción de adultos mayores es de 14 %, muy superior a 7 % observado en la población nacional.⁶ El IMSS protege a más de la mitad de los adultos mayores en México^{7,8} y la atención que éstos requieren (sanos o enfermos) es com-

pleja, lo que manifiesta la necesidad de reforzar los servicios geriátricos y gerontológicos para proporcionar una atención efectiva⁹

■ *Migración interna.* La dinámica económica del país ha modificado la localización de las actividades económicas y, consecuentemente, las tendencias de la migración. En 2000, aproximadamente 23 % de la población no vivía en su entidad natal; la frontera norte y EUA eran los principales destinos.¹⁰ Las implicaciones en salud de este fenómeno son enormes tanto en términos epidemiológicos (particularmente VIH/sida y tuberculosis) como de acceso a los servicios de salud.

Es de particular interés para el Instituto la migración rural temporal asociada al trabajo agrícola, que si bien representa para los jornaleros agrícolas una oportunidad de mejorar sus condiciones económicas, los pone en situación de vulnerabilidad y en riesgo de sufrir daños a la salud.

Para este año 2005, el IMSS tiene 300 mil trabajadores eventuales del campo asegurados y beneficiarios, quienes provienen de zonas de alta marginación (Oaxaca, Guerrero y Chiapas) y trabajan en los estados agrícolas del norte con mejores índices económicos (Sonora y Sinaloa). En Sinaloa, para el ciclo agrícola 2003-2004, 34 equipos médicos otorgaban servicio a 26 campos agrícolas con una población de 42,138 derechohabientes.

Los retos para el diseño de modelos de atención a la salud de esta población son complejos, dadas las precarias condiciones laborales, de alimento y alojamiento en las que viven, a lo cual se suma la necesidad de atender a la familia, que en muchas ocasiones permanece en el estado de origen.

La atención a estos grupos se realiza mediante consultorios rurales a cargo de médicos familiares, enfermeras, estomatólogos, etcétera; estos consultorios están en posibilidad de referir a los pacientes a unidades médicas que atienden casos de mayor complejidad. Recientemente se incorporaron unidades móviles de alta tecnología en las que es posible realizar intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos.

Este modelo de atención es diferente al del programa IMSS-Oportunidades, el cual inició en la década de los setenta y se enfocó a otorgar servicios de atención primaria y hospitalaria a población marginada de las áreas rurales. El programa opera en 11 estados de la República y está finan-

ciado por el gobierno federal, lo cual lo hace dependiente de la disponibilidad presupuestal, mientras que la atención a jornaleros se financia a través de las cuotas patronales.

Lo anterior demuestra que con fórmulas sustentables es posible atender las necesidades en salud de grupos de población específicos y vulnerables.

Aspectos laborales

En esta misma línea de reflexión sobre las relaciones entre economía y salud, cabe destacar la alta sensibilidad del IMSS a los cambios en el mercado laboral. En 2004 se registraron aproximadamente 12.5 millones de empleos formales, cifra superior a los 12.2 millones registrados en 2003. Esto significa para el IMSS la necesidad de diseñar estrategias que le permitan, en un entorno económico difícil, satisfacer la demanda potencial de servicios de salud y en particular los relacionados con la salud ocupacional.

Dentro de estos cambios laborales destaca la incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral. Entre 2000 y 2004 la participación de la mujer se incrementó de 36.4 a 37.5 %.¹¹ La mitad de las mujeres entre 30 y 45 años de edad participa en el mercado formal de trabajo.¹²

Las implicaciones de los cambios desde el punto de vista de salud son trascendentes. Por un lado, las mujeres continúan como las principales responsables de la salud en la familia y su creciente incorporación al mercado laboral, sin una redistribución equitativa de tareas, tiene implicaciones tanto en la dinámica familiar como en la salud de sus integrantes.

Por otro lado, dicha incorporación se traduce en una mayor vulnerabilidad debido a los riesgos en salud reproductiva que se suman a los ocupacionales.

Estilo de vida y conducta saludable

El estilo de vida se refiere a la forma como los individuos se perciben en relación con sus costumbres y hábitos, los cuales (para los propios pacientes) no necesariamente están contextualizados en el campo de la salud; son los médicos y el personal de salud quienes contextualizan el estilo

**Onofre
Muñoz-Hernández et al:**
**Sistemas de salud,
un producto social**

**ENCOPREVENIMSS
2003 mostró
elevada
prevalencia de
sobrepeso desde
los primeros años
de la vida.
La encuesta
reflejó que en
la población
derechohabiente,
el sobrepeso
y la obesidad están
presentes de forma
alarmante:
niños, 10 %;
adolescentes, 14 %;
mujeres
y hombres, 70 %;
adultos
mayores, 60 %**

El incremento de las enfermedades crónicas es palpable en medicina familiar y en hospitalización. En 2004 se otorgaron 68 millones de consultas en medicina familiar, la primera causa de atención fueron las enfermedades del corazón-hipertensión (14 %), y en tercer lugar la diabetes mellitus (11 %). En conjunto representaron 25 % del total de consultas

de vida en este ámbito y lo utilizan para entender los problemas de salud de los pacientes y para interactuar con ellos.¹³

Las conductas saludables son los patrones individuales y colectivos de comportamiento relacionados con las opciones disponibles para las personas, de acuerdo con sus condiciones y oportunidades de vida.¹⁴ En el campo de la salud, se relacionan típicamente con consumo de alcohol, tabaquismo, alimentación, ejercicio y otro tipo de actividades como descanso y esparcimiento, abuso de drogas, uso de cinturón de seguridad al manejar, o bien, la solicitud de revisiones médicas periódicas.

El estilo de vida y la conducta saludable tienen una relación directa con la dinámica social, económica y cultural del grupo del que forma parte el individuo. Los sistemas de relaciones sociales, la desigualdad, las condiciones económicas, el mercado de trabajo y los medios de comunicación, son algunos de los elementos que moldean la cultura de la salud en cada grupo social. La población con mayor riesgo de enfermarse es la que tiene menores recursos económicos y menor acceso a los servicios de salud; existe una asociación inversamente proporcional entre ingresos y adicciones.¹⁵ Esta situación debe considerarse en el diseño de políticas de salud.

El programa PREVENIMSS está dirigido a grupos específicos de edad y en congruencia promueve conductas saludables proporcionando información a los derechohabientes en lo referente a educación para el cuidado de la salud, salud bucal, sexualidad, prevención de adicciones, prevención de accidentes, prevención de violencia familiar, alimentación y detección y control de sobrepeso y obesidad.

Panorama epidemiológico

Los cambios poblacionales y epidemiológicos influyen en las características de la demanda de atención y en la organización y provisión de los servicios de salud. La población usuaria de los servicios del IMSS presenta el patrón de la transición de la salud¹⁶ que caracteriza a los países en desarrollo: en una primera etapa, declinación de la mortalidad por enfermedades infecciosas, declinación de la fecundidad, incremento en la pro-

porción de adultos mayores, incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas; y en etapas subsecuentes, reemergencia de enfermedades infecciosas y/o aparición de enfermedades emergentes. Esta situación ha creado nuevas necesidades y demandas de atención en salud que se suman a las aún no resueltas, lo cual crea un escenario complejo, de gran variabilidad, con un impacto muy importante en el ámbito individual, familiar y social, lo que convierte a las necesidades en salud en enormes retos sociales más que médicos.

En la población es cada vez más evidente el problema del sobrepeso y la obesidad, el incremento de la hipertensión arterial, diabetes y cáncer; sin embargo, problemas emergentes como la salud mental o la discapacidad configuran también problemas de salud crecientes.

Desde el punto de vista institucional, estas nuevas realidades generan nuevas necesidades, promueven la incorporación de nuevas disciplinas en el campo de la salud y estimulan el desarrollo de nuevos servicios: los servicios de atención social a la salud no existían hasta fechas recientes en muchos países como el nuestro y su impacto en la salud de la población es fundamental.¹⁷

Políticas de salud efectivas

Enfrentar todas estas condiciones obliga a reorientar y reenfocar las políticas de salud y a considerar el cuidado de la salud dentro de un contexto más amplio que denominaremos “políticas de salud efectivas”. Para avanzar en este concepto requerimos considerar algunas premisas:

- Existe un dilema económico: una menor tasa de retorno para una cada vez mayor inversión en salud, en el marco de una limitada capacidad económica o fiscal.
- Existen límites significativos inherentes a la efectividad de la promoción de la salud para la adopción de estilos de vida más saludables.
- Existe un complejo de dilemas éticos en la atención a la salud: la eutanasia o suicidio asistido activo y pasivo, la selección del sexo de embriones por preimplantación, el diagnóstico genético prenatal y la clonación humana, requieren un debate social amplio.

El dilema económico

La economía trata de utilizar los escasos recursos de la mejor forma. El incremento de la complejidad de los problemas de salud ha elevado los costos de la atención y exige que ésta sea costo-efectiva. Paradójicamente, el éxito en prolongar la vida y reducir la discapacidad ha significado que los sistemas de salud generen condiciones emergentes que deben atenderse y un peso cada vez mayor para la sociedad. Por ejemplo, el envejecimiento de la población se acompaña de aumento en el número de enfermos crónicos, quienes requieren cuidados de largo plazo, lo que incrementa los costos de los medicamentos y de la atención.

No obstante, el gasto en salud no se ha incrementado en forma proporcional a esta situación, lo que ha generado la frustración de la sociedad y de los sistemas de salud por su incapacidad para resolver los problemas y para llevar a cabo las inversiones económicas y sociales indispensables.

El gasto en salud en el IMSS se ve influido por el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el incremento en el costo de los insumos y un ambiente financiero adverso, entre otros. En el Instituto, los padecimientos de mayor costo son VIH/sida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y cáncer cervicouterino. En 2002 consumieron 12.7 % del total del gasto y 13.7 % en 2003. Por su parte, los medicamentos propios de estas condiciones representan 22 % del gasto en salud.

A los problemas antes mencionados se suman los propios de los sistemas de aseguramiento, en donde la selección adversa y el riesgo moral son evidentes. El dilema económico se refiere a la equidad del sistema para los derechohabientes, dado que en realidad son éstos quienes compiten por los recursos. Por lo anterior, será necesario buscar fórmulas que optimicen los recursos y los distribuyan de manera más equitativa.

La promoción de la salud

En el campo de la salud necesitamos restablecer el balance entre *Hygieia* y *Panakeia*. El ser humano, dice Robert Evans,¹⁸ es un organismo biológico que pretende un mayor entendimiento científico y un mejor control de la naturaleza, siempre en la búsqueda de una panacea y de la mejor evolución

social posible. Esta evolución engloba un nuevo concepto de lo que es un mundo verdaderamente higiénico; para Ichiro Kawachi¹⁹ este concepto está relacionado con el conocimiento y control de los determinantes sociales de la salud.

La estrategia institucional de PREVENIMSS es un primer gran paso pero requiere complementarse con toda una visión de la política social que permita entender los desafíos por enfrentar. En el IMSS, la atención a grupos vulnerables, como los adultos mayores en situación de dependencia, y la atención a problemas sociales, como la violencia doméstica, son algunos de los problemas que se deben incluir en la agenda institucional de salud.

Algunos estudios de intervención han mostrado importantes resultados con programas educativos tempranos que pueden tener un impacto significativo en la salud y sobrevivencia de los niños; sin embargo, sorprendentemente permanece un gradiente de mortalidad poblacional entre las diferentes clases sociales. Este fenómeno está claramente demostrado en el estudio Whitehall realizado en Inglaterra (10 mil empleados observados durante 20 años).²⁰

Los cambios en el ambiente social no son solamente posibles sino también deseables; para ello necesitamos reorientar y reenfocar el debate social: la organización, alcance y financiamiento de la seguridad social tienen que ser reexaminados con una visión frecuentemente olvidada pero fundamental: ¿qué reformas pueden ayudarnos a mejorar la salud de la población?

El complejo de dilemas éticos

Las relaciones de la práctica médica en el contexto social actual obligan a buscar mecanismos de adaptación que permitan mantener nuestras tradiciones y enfrentar los desafíos de una sociedad que exige eficiencia para empatar los escasos recursos a las mejores prácticas profesionales.

El mundo ha observado un estado de desmoralización del personal médico a la luz de ciertas tendencias y cambios en la organización, estatus e imagen de la profesión. La explosión de los costos de la atención médica, la crisis de la mala práctica y las demandas crecientes por parte de una población más informada, contribuyen a explicar este desaliento.

**Onofre
Muñoz-Hernández et al:
Sistemas de salud,
un producto social**

**Si bien la atención
obstétrica
ocupa el primer
lugar (25 %)
en cuanto a egresos
hospitalarios,
la atención
por enfermedades
cardiovasculares,
cáncer, diabetes
e insuficiencia
renal crónica
representa 19 %.
En este mismo
contexto, en
medicina familiar
una de cada seis
consultas se otorga
a un adulto mayor.
En los hospitales,
este grupo
constituye 16 %
de todos los
egresos; porcentajes
que mantienen una
curva ascendente
en los últimos
15 años**

Por su parte, los avances científicos también ponen a prueba el ejercicio médico y obligan a replantear los actuales paradigmas éticos y sociales. La medicina genómica es el ejemplo más claro. El sistema de atención a la salud es el vehículo convencional para la traducción del conocimiento científico en el mejoramiento de la salud. Intervenciones más y más poderosas, guiadas por más y mejor ciencia, han construido un conjunto extraordinario de expectativas sociales hacia sus potenciales contribuciones.

En su quehacer diario, la medicina trata con asuntos de vital importancia para el bienestar individual y colectivo. Las bases del comportamiento profesional de los médicos descansan no sólo en el aprendizaje cognitivo y psicosocial; también se requiere una sólida formación moral.

La práctica médica expone permanentemente a los médicos a los más básicos y trascendentes aspectos de la condición humana: el nacimiento, el crecimiento, la sexualidad, el envejecimiento y la muerte; las alegrías y las preocupaciones, los éxitos y las frustraciones que constituyen el corazón de la calidad de vida de cualquier persona. Los médicos enfrentan en forma cotidiana preguntas fundamentales acerca del dolor y el sufrimiento, que tienen como base nuestra vulnerabilidad y ansiedad acerca de la propia mortalidad. La efectividad del quehacer médico depende considerablemente de la calidad de las relaciones interpersonales con los pacientes. Es una relación de empatía y confianza mutua, en la que es necesario captar las necesidades e intereses de los pacientes en un contexto más amplio que el biológico.

Libertad como facultad de transformar, virtud de la acción desinteresada y preocupación por el interés general, son los tres conceptos clave que definen las ideas modernas morales del deber. Estos aspectos requieren un alto nivel de compromiso con el trabajo y de excelencia intelectual, técnica e interpersonal en el desempeño médico profesional. Se requiere amplia accesibilidad y capacidad profunda de respuesta ante las necesidades de los demás, así como clara concepción de los fines y propósitos a los que sirve el trabajo profesional de manera individual y colectiva.

El reto que los médicos actuales encaran es enteramente diferente y más desafiante que el de sus maestros en su tiempo, quienes tuvieron que absorber menos conocimiento y enfrentar menos cuestionamientos. La medicina basada en la evi-

dencia derivada de la medicina científica se ha tornado cada vez más vasta y compleja, y la misión del servicio clínico parecía entonces más clara. Hoy no es fácil ser un buen médico al tiempo que se conserva el sentido de humanidad y el compromiso de servicio. La naturaleza de la medicina como una vocación y el compromiso moral que se espera de los médicos con los principios más elevados, se expresan en nuestros códigos de ética.


Como un paso inicial para afrontar estos desafíos, la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto promueve la instalación de comités de ética clínica en las unidades de atención médica del sistema. Estos comités abrirán espacios de reflexión y de discusión sobre las dimensiones emocionales, culturales y sociales de nuestro propio comportamiento y el de nuestros derechohabientes, en temas de salud y enfermedad. Es indispensable también considerar otras estrategias como la educación al personal de salud en lo referente a la ética; la realización de estudios de investigación en esta área también debe impulsarse. En un análisis realizado de 1997 a 2003 referente a publicaciones en bioética, los países en desarrollo únicamente contribuyeron con 3.9 % de un total de 4029 artículos de investigación.²¹

Conclusiones

Organizaciones internacionales y sistemas de salud de distintos países han establecido distintas alternativas para responder a la problemática de la atención social a la salud.²² Se ha destacado la importancia de los determinantes sociales de la salud y la cantidad de recursos destinados a la atención a la salud. En la mayoría de los países, los procesos de cambio han sido graduales y se han dado en congruencia con sus prioridades sociales, económicas y de salud.²³

Desde la perspectiva de la Dirección de Prestaciones Médicas, es necesario continuar proponiendo y evaluando respuestas estructuradas y ordenadas ante los nuevos perfiles de necesidades, demandas y utilización de servicios sociales y de salud que se están generando como consecuencia de la evolución de la sociedad mexicana, de forma que las distintas intervenciones y programas en salud sean congruentes con las necesidades de los derechohabientes y contribuyan a disminuir las inequidades sociales.

Referencias

1. Medical sociology at the start of the new millennium (editorial). *Soc Sci Med* 2000;51:1139-1142.
2. World Health Organization. The determinants of health. Disponible en: <http://www.who.int/hia/evidence/doh>.
3. Wolder B, Browner CH. The social production of health: critical contributions from evolutionary, biological and cultural anthropology. *Soc Sci Med* 2005;61(4):745-750.
4. World Health Organization. Social determinants of health: the solid facts. Second edition. Edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot; 2003.
5. Lee K, Lush L, Walt G, Cleland J. Family planning policies and programmes in eight low income countries: a comparative policy analysis. *Soc Sci Med* 1998;47(7):949-959.
6. Coordinación de Salud Reproductiva. Resultados ENCOPREVENIMSS. México: IMSS; 2003.
7. García-Peña C, Gallegos K, Durán C, Pérez-Cuevas R, Gómez H. Envejecimiento en el Instituto Mexicano del Seguro Social: proyecciones demográficas e implicaciones en políticas de salud. México: IMSS; 1999 (no publicado).
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Datos y proyecciones de la población adscrita a médico familiar correspondiente al periodo 1991-2010. Sistema Único de Información, Subsistema 14. México: IMSS; 2002.
9. Reyes S. Population ageing in the Mexican Institute of Social Security: health policy and economic implications. México: IMSS-Funsalud; 2001.
10. CONAPO. La migración interna. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpetas>
11. INEGI. Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer en México, 2004. Disponible en: <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx>
12. Pedrosa L. Género, salud y equidad. *Género y Salud en Cifras* 2004;2(1):6-10.
13. Johanson M, Larsson US, Salio R, Svardsudd K. Lifestyle discussion in the provision of health care. An empirical study of patient-physician interaction. *Soc Sci Med* 1998;47(1):103-112.
14. Cockerham, W. The sociology of health behavior and health lifestyles. En: Bird C, Conrad P, Fremont A, editors. *Handbook of medical sociology*. Fifth edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000. p. 159-172.
15. Birch S, Jerret M, Eyles J. Heterogeneity in the determinants of health and illness: the example of socioeconomic status and smoking. *Soc Sci Med* 2000; 51:307-317.
16. Haupt A, Kane T. *Population handbook*. Washington DC, USA: Population Reference Bureau; 2004.
17. Observatorio de Personas Mayores. *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMRSO); 1999.
18. Evans R, Barer M, Marmor T. Why are some people healthy and others not? The determinants of health populations. Hawthorne, NY, USA: Aldine de Gruyter; 1994.
19. Kawachi I, Kennedy B, Wilkinson R. Income, inequality and health. *The Society and Population Health Reader*. Vol. I. Canada: The New Press; 1999.
20. Brunner E, Marmott M. *Social organization, stress and health*. Citado por: Michael Marmott y Richard Wilkinson. Oxford University Press; 2003.
21. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. Developing countries and bioethical research. *NEJM* 2005; 353(8):852-853.
22. OECD, World Health Organization. *Poverty and health*. Paris, France: OECD/WHO; 2003.
23. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60:201-218. 

**Onofre
Muñoz-Hernández et al:
Sistemas de salud,
un producto social**

