



Hospital Mixto en Jesús María, Nayarit.

La gestión territorial integrada bajo el enfoque de IMSS Bienestar

Svarch-Pérez A. E.^a, Naime-Sánchez-Henkel N.A.^b, Cárdenas-González M.^{c}*

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud en todo el mundo enfrentan desafíos estructurales que trascienden la mera provisión de servicios. En México, las reformas sanitarias de las últimas cuatro décadas han priorizado aspectos técnicos orientados principalmente a la expansión de cobertura, relegando principios esenciales como la equidad, el financiamiento transparente y el acceso universal efectivo (1). Por ello, para hacer justicia sanitaria requerimos pensar más allá de las complejidades aún por resolver, particularmente enfocándonos en

^a Dirección General, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

^b Coordinación de Programas Preventivos, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

^c División de Investigación Médica, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

* mariana.cardenasg@imssbienestar.gob.mx

contextos donde la distribución desigual del poder en la gobernanza en salud ha configurado modelos fragmentados, ineficientes e inequitativos.

El establecimiento del IMSS Bienestar como entidad operativa para la provisión de servicios de salud a personas sin seguridad social responde a la necesidad imperativa de aplicar la justicia social en salud desde el territorio, fortalecer la función rectora del Estado y avanzar hacia una cobertura universal efectiva. Este artículo analiza la estrategia paradigmática propuesta, articulada en tres modelos interdependientes —médico, de gestión y financiero— con una dimensión transversal comunitaria, que busca superar la triple fragmentación histórica: del financiamiento, de la provisión de servicios y de la rectoría del sistema (2).

Limitaciones de reformas en salud precedentes

La trayectoria histórica de las reformas sanitarias en México revela momentos críticos que han configurado el actual panorama de fragmentación e inequidad. La descentralización de los servicios de salud concluida en 1997 declaró una cobertura “universal” con apenas 18 intervenciones básicas, debilitando la capacidad técnica local y la adecuada conducción de programas de salud pública. Posteriormente, el Seguro Popular implementado en 2004, al enfocarse en atención individual y medidas de desempeño cuantitativas, desarticuló aún más la estructura sanitaria existente, privilegiando indicadores sobre resultados reales en salud poblacional (3).

Estas reformas, enmarcadas en un proyecto neoliberal más amplio, resultaron en la desatención de funciones esenciales de salud pública, profundizaron la fragmentación sistémica y generaron patrones sistemáticos de inequidad más complejos y persistentes (4). Las consecuencias epidemiológicas son evidentes: México enfrenta una doble carga de enfermedad que combina padecimientos asociados a la pobreza con una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles. A esta situación puede sumarse una tercera carga, relacionada con enfermedades derivadas de riesgos sanitarios y ambientales. Todas éstas vinculadas en distintos grados al modelo económico predominante (5).

Se trabaja en una transición desde un modelo reactivo centrado en la demanda espontánea hacia una estrategia proactiva fundamentada en los principios de Atención Primaria de Salud (APS).

Modelo médico: Atención integrada y territorializada

El modelo médico del IMSS Bienestar representa una ruptura paradigmática con esquemas tradicionales de atención, buscando superar la fragmentación en la prestación de servicios históricamente desigual e inequitativa. Se trabaja en una transición desde un modelo reactivo centrado en la demanda espontánea hacia una estrategia proactiva fundamentada en los principios de Atención Primaria de Salud (APS), que implica una reconceptualización de los principios epidemiológicos de intervención.

La implementación de protocolos estandarizados y la responsabilidad nominada sobre poblaciones específicas constituyen innovaciones metodológicas que permitirán una aproximación más sistemática y personalizada a la salud poblacional. El modelo establece un primer nivel de atención fortalecido como puerta de entrada al sistema y coordinador del cuidado integral, implementando Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) para estandarizar prácticas clínicas y garantizar una calidad homogénea en todo el territorio nacional.

La territorialización sanitaria emerge como concepto estructurante, reconociendo que el territorio no es simplemente un espacio físico donde implementar políticas, sino un constructo social e histórico con dinámicas propias (6). Este enfoque permite comprender que las políticas de salud se construyen en territorios específicos, donde las relaciones de poder, identidades locales y dinámicas sociales preexistentes determinan su implementación efectiva.

Modelo de gestión: Planificación centralizada, implementación descentralizada

La debilidad en la función rectora del Estado ha sido factor determinante en la perpetuación de inequidades e ineficiencia sistémica. Para fortalecer esta capacidad rectora y superar la desarticulación institucional generada por políticas neoliberales precedentes, el modelo propone un esquema de gestión con planificación centralizada e implementación descentralizada, con una visión clara de justicia social para evitar reproducir desigualdades territoriales preexistentes (7).

El modelo se fundamenta en tres pilares:

- 1) Consolidar una rectoría sólida desde la Secretaría de Salud,
- 2) Implementar un esquema controlado para organizar servicios, y
- 3) Digitalizar y democratizar el acceso a información y toma de decisiones.

Este concepto de gestión territorial integrada establece mecanismos claros de coordinación desde el nivel central y define roles específicos, entre niveles, para cada instancia de gestión (8).

Modelo financiero: Superación de inequidades y eficiencia sistémica

Las inequidades en salud están intrínsecamente vinculadas a la distribución de recursos y poder en la sociedad (9). El modelo financiero de IMSS Bienestar busca superar estas inequidades mediante tres estrategias fundamentales:

1. Orientación de recursos hacia resultados sanitarios que respondan a necesidades poblacionales por encima de consideraciones mercantiles: desde un enfoque de gestión territorial integrada, se busca vincular explícitamente la asignación presupuestaria con objetivos sanitarios, monitoreando paralelamente la efectividad del gasto mediante sistemas integrales.
2. Implementación de un avance gradual en la integración de fuentes y flujos financieros: la estrategia de unificación de fuentes de financiamiento resulta fundamental para el funcio-

namiento efectivo de redes de servicios (10), permitiendo una distribución más equitativa de recursos sin generar interrupciones significativas en la operación del sistema.

3. Planificación y transparencia de compras consolidadas: la sostenibilidad financiera se sustenta en mecanismos de planificación del gasto, transparencia en la gestión y optimización de procesos de adquisición mediante compras consolidadas, generando eficiencias y reduciendo costos a través de economías de escala.

Dimensión sociosanitaria transversal a través de la Acción Comunitaria

La trayectoria histórica del programa IMSS Bienestar revela una tensión constante entre la dimensión médica y comunitaria, caracterizada por un centralismo administrativo que ha marginado sistemáticamente las potencialidades del trabajo comunitario (11). La transformación efectiva del sistema requiere una reconceptualización profunda que restituya la centralidad de la comunidad como agente activo en los procesos de salud-enfermedad, superando la lógica predominante de medicalización de la salud.

La participación comunitaria no debe concebirse como elemento accesorio, sino como principio constitutivo de la intervención sanitaria, desarrollando marcos normativos que garanticen la inclusión efectiva de las comunidades en los procesos de planificación, implementación y evaluación de acciones sanitarias, superando modelos tradicionales de intervención vertical.

Hacia una transformación estructural del sistema sanitario

Esta estrategia paradigmática resulta del análisis crítico de las trayectorias históricas de reformas sanitarias en México. Reconociendo las limitaciones de modelos neoliberales precedentes que fragmentaron sistemáticamente la capacidad rectora del Estado (12), la convergencia de los tres modelos propuestos por IMSS Bienestar representa una transformación estructural que trasciende la reorganización institucional, constituyendo una gestión territorial integrada de los sistemas de provisión de servicios.



La implementación de este modelo constituye un ejercicio de innovación institucional que configura las relaciones entre el sistema sanitario, los profesionales y la población sin seguridad social, de forma horizontal, participativa y centrada en necesidades comunitarias. La evidencia disponible sugiere que esta transformación no es meramente deseable sino necesaria para enfrentar los complejos desafíos epidemiológicos contemporáneos.

Este proceso exige compromiso político sostenido, evaluación financiera continua y adaptación médica constante a realidades territoriales diversas, consolidando progresivamente un sistema de salud que responda efectivamente a las necesidades de toda la población en todos los lugares. En ese sentido, la gestión territorial integrada del IMSS Bienestar depende de la confluencia de voluntad política, capacidades técnicas y movilización social para avanzar hacia una transformación estructural del sistema de salud mexicano orientado a la justicia sanitaria universal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J, Gómez-Dantés O. *Healthcare or sickcare: reestablishing the balance*. Salud Pública de México. 2009;58(1):84-88.
2. Tobar F. *Hacia un nuevo sistema de salud en Argentina*. Universidad ISALUD; 2015.
3. Laurell AC. *Three decades of neoliberalism in Mexico: the destruction of society*. Int J Health Serv. 2015;45(2):246-264.
4. Molina C, Tobar F. *¿Qué significa Neoliberalismo en salud?* RevIISE - Revista De Ciencias Sociales Y Humanas. 2018;12(12):65-73.

ALGO

IMPORTANTE

Los sistemas de salud en todo el mundo enfrentan desafíos estructurales que trascienden la mera provisión de servicios.

5. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaut FM. *Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*. The Lancet. 2006;368(9546):1524-1534.
6. Chiara M. *¿Es el territorio un "accidente" para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social*. CIUDADANÍAS. Revista de Políticas Sociales Urbanas. 2019;(4):20-35.
7. Birn AE, Nervi L. *What matters in health (care) universes: delusions, dilutions, and ways towards universal health justice*. Globalization and Health. 2019;15(Suppl 1):0.
8. Chiara M, Tobar F, Catenazzi A, Di Virgilio MM, Moro J, Ariovich A. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Universidad Nacional de General Sarmiento; 2015.
9. Krieger N, Alegria M, Almeida-Filho N, Barbosa da Silva J, Barreto ML, Beckfield J, et al. *Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop*. J Epidemiol Community Health. 2010;64(9):747-749.
10. Tobar F, Anigstein C. *Redes de Salud: Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital el Cruce*. Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2013.
11. Sánchez Pérez HJ, Leal G, Escobar D, León Cortés JL. *Acción comunitaria en el IMSS Bienestar: Visiones operativas de la "otra" historia*. El Colegio de la Frontera Sur; 2021.
12. Laurell AC. *The Mexican Popular Health Insurance: Myths and realities*. Int J Health Serv. 2015;45(1):105-125.