

El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?

Salomón Chertorivski Woldenberg y German Fajardo Dolci*

Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos, y evolucionan y se transforman de acuerdo con la modificación de sus componentes biológico, económico, político y social.

En México actualmente existe un sistema de salud segmentado, constituido por un modelo bismarckiano de seguridad social y otro de protección social en salud. Este último, desarrollado con el fin de dar cumplimiento al artículo 4.º constitucional, mediante el cual la salud deja de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo. Ante esta realidad parecieran perfilarse para el futuro al menos tres alternativas: la permanencia de un sistema de salud mixto con instituciones de seguridad social y de protección social con un peso similar dentro del Sistema Nacional de Salud, la extensión de la seguridad social como mecanismo de acceso a la salud preponderante en el conjunto del sistema, o su contrario, la extensión de la protección social como mecanismo de acceso generalizado.

Ante los retos que enfrentamos es deseable que se establezca un sistema unificado de salud; el objetivo debe ser que la salud esté universalmente protegida, como actualmente sucede, pero que esté garantizada a través de un sistema mucho más eficiente y basado en atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud mexicano. Transformación del sistema de salud. Sistema unificado de salud.

Abstract

National health systems represent an organized social response that enables countries to improve, maintain and enhance the health status of their citizens. These evolve and are transformed according to changes in the biological, economic, political and social components of health.

In Mexico there is currently a segmented health system, consisting of a bismarckian model of social security and a social protection in health model. The latter developed to comply with the fourth constitutional article by which health is no longer described as a right linked to the employment status of the individual. Given this reality at least three alternatives seem to emerge for the future: the permanence of a mixed health system with social security and social protection institutions with a similar weight within the national health system, the extension of social security as the main mechanism of access to health care within the system, or its opposite, the extension of social protection as a mechanism for widespread access. Given the challenges we face, it is desirable to establish a unified health system, the aim should be that health care is universally protected, as currently happens, but is guaranteed through a much more efficient and based in primary care health care system.

KEY WORDS: Mexican health system. Health system transformation. Unified health system.

Correspondencia:

*German Fajardo Dolci

Lieja, 7, 1.º

Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

E-mail: fajardo.german@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?

El sistema de salud mexicano ha evolucionado, desde su creación, conforme a los cambios no solo del componente biológico de la salud sino también en consonancia con los aspectos económicos, políticos y sociales de nuestro país. Esta evolución, en cualquier sistema u organización, es el elemento que le permite subsistir, trascender y responder al objetivo por el que fue creado, en este caso proteger la salud de los mexicanos.

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son, así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro.

Podemos decir, en general, que existen cuatro elementos ampliamente conocidos que definen el nivel de salud de las personas y que han sido expuestos, entre otros, por Lalonde en su propuesta teórica de «campo de la salud»¹:

- El material biológico/genético con el que somos dotados para funcionar como seres vivientes. Es claro que conforme a nuestra edad y nuestro género somos proclives a diversos tipos de enfermedades. Si le agregamos la variable genética, cuyo correcto accionar hace posible la vida, sus problemas crean diversas patologías. En las últimas dos décadas hemos aprendido que muchas enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias tienen que ver no con el funcionamiento de un gen específico, sino con un conjunto de genes que operan en forma concertada. Su acción, potenciada o no por factores ambientales concretos, determina la menor o mayor susceptibilidad o resistencia a contraer dichos padecimientos, lo cual significa que personas en apariencia saludables pueden tener un perfil genético que sea altamente proclive a que un padecimiento determinado se presente en el futuro.
- Las sustancias tóxicas y los agentes patógenos de naturaleza infecciosa –virus, bacterias, hongos– que causan enfermedades. Por ello, la salud ambiental se preocupa de aplicar acciones para que nuestro hábitat sea saludable. De este

planteamiento surge el saneamiento ambiental, que es expresión de la salud comunitaria.

- El comportamiento humano y los estilos de vida. Somos, sin duda, en gran parte, lo que hacemos, lo que comemos, lo que bebemos, si realizamos o no ejercicio, si tenemos o no prácticas de riesgo, si utilizamos drogas. Es obvia la importancia del comportamiento humano en la génesis de padecimientos como la hipertensión, las adicciones y la obesidad, entre muchos otros.
- La respuesta social organizada. Esta respuesta está constituida por el conjunto de los recursos que la sociedad y el gobierno han generado y la forma en que se organizan para su aplicación en actividades de atención a la salud. En nuestro país, este importante rol ha sido llevado a cabo a través de grandes instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), principalmente.

Estos cuatro elementos son, desde luego, objeto de estudio e investigación en salud, cuyos resultados guían la producción de insumos para la salud, las prácticas clínicas y la salud pública. Los logros están a la vista: la esperanza de vida ha aumentado; la mortalidad general, la mortalidad materna y la mortalidad infantil han disminuido; la tasa de fecundidad ha descendido; la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud se ha ampliado, y la solución a los problemas hasta hace algunos años irresolubles se ha vuelto cada vez más efectiva.

Sin embargo, debemos mantener la intensidad del esfuerzo. Las transiciones demográfica y epidemiológica nos imponen nuevos retos que debemos atender con estrategias novedosas, dentro de las que destacan las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la calidad de la atención médica. Nos adentramos, además, con el advenimiento de la medicina genómica, en el uso del conocimiento predictivo de los problemas de salud, lo que ampliará nuestras habilidades preventivas.

Los logros en materia de salud en nuestro país son numerosos y significativos; entre ellos podemos destacar las notables repercusiones en la equidad y la cohesión social, gracias a que estamos cerca de alcanzar la cobertura universal en salud, entendida como la afiliación completa de la población a algún seguro público de salud.

Para dimensionar adecuadamente este trascendente logro, tenemos que partir, primeramente, de la consideración por todos conocida de que en México existe

un sistema de salud mixto, en el cual encontramos tanto instituciones públicas de seguridad social como instituciones públicas de protección social en salud. Tenemos, todos lo sabemos, un sistema de salud segmentado.

Las instituciones de seguridad social dan acceso a servicios médicos a los trabajadores asalariados y a sus familias, además de otras prestaciones sociales, en tanto las instituciones de protección social en salud dan acceso a servicios de salud a las personas que no tienen afiliación obligatoria al sistema de seguridad social.

La seguridad social surge a finales del siglo XIX como esquema basado en la condición laboral del trabajador asalariado y en el principio del riesgo colectivo sufragado financieramente de manera tripartita por el gobierno, el empleador y el trabajador. Este esquema está originalmente inspirado en el modelo del canciller alemán O. von Bismarck, y sin duda se trata de un principio solidario que, además de cubrir los accidentes de trabajo y las enfermedades del trabajador y de su familia, garantiza derechos laborales como las pensiones por invalidez o jubilación y en su expresión más acabada incluye el seguro de desempleo^{2,3}.

Por otro lado, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un enfoque de mayor inclusión social que se puede practicar en un país como el nuestro⁴. Este tipo de esquemas se remonta al año 1942 cuando, en Inglaterra, se presentó un trascendente informe⁵ que marcó las pautas para crear modelos de protección social universalista, con énfasis en la atención de salud independientemente de la condición laboral de la población beneficiaria⁶⁻⁸.

El hecho de que en México exista un sistema de salud mixto se debe quizás a que, durante buena parte del siglo pasado, el consenso en torno a la seguridad social como principal mecanismo para ampliar el acceso a la salud perduró, sobre todo ante la visión del creciente desarrollo de la economía; de esa forma, la visión era que todas las personas obtendrían un empleo formal y con ello el acceso a la salud⁹. Sin embargo, la historia nos demostró que la tendencia visualizada no se cumplió. Por ello, en 1983 se buscó fortalecer el acceso a servicios de salud a través de un nuevo fundamento constitucional¹⁰.

El artículo 4.º constitucional fue modificado con la intención de incorporar, como garantía social, el derecho a la protección de la salud. Mediante esta reformulación, la salud dejó de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo para convertirse en un derecho al que se accede por la mera condición de persona.

Esta reforma es de vital importancia en la historia de la salud en México debido a que se da un cambio de comprensión de esta a partir del replanteamiento de que no estará ligada a la esfera del derecho laboral y sí a la calidad de persona, según lo garantiza la Constitución. Al ser una garantía social, la prioridad del Estado será generar mecanismos para que el acceso a la salud para toda la población del país sea una realidad.

Así, desde ese momento la salud se reconoce explícitamente en la Constitución como un derecho fundamental, es decir, al que tiene acceso todo individuo y cuyo cumplimiento implica la acción positiva del Estado. Un derecho humano como la salud parte de la idea de igualdad sustancial, sobre el que no puede haber discriminación para nadie y, en ese sentido, es universal.

No obstante, se mantuvo la dualidad: mientras que se construía un sólido sistema de seguridad social, que abarca hoy prácticamente a la mitad de la población, se ha venido desarrollando a la par un Sistema Nacional de Salud, incluyente y basado en la ciudadanía más que en la condición laboral de las personas, como se ha dicho, bajo la perspectiva de la protección social en salud, con sólidas instituciones también en la figura de los sistemas locales de salud, producto de la descentralización y del Seguro Popular.

Entonces, en México podemos ver la dualidad de su organización sanitaria como una doble fortaleza o como un obstáculo para su desarrollo, por un lado la seguridad social y por el otro la cobertura de la protección social en salud, lo que ha mantenido la segmentación del sistema de salud desde sus mismos orígenes.

Ante esta realidad parecieran perfilarse para el futuro al menos tres alternativas: la permanencia de un sistema de salud mixto con instituciones de seguridad social y de protección social con un peso similar dentro del Sistema Nacional de Salud, la extensión de la seguridad social como mecanismo de acceso a la salud preponderante en el conjunto del sistema, o su contrario, la extensión de la protección social como mecanismo de acceso generalizado.

Hace poco más de una década, los retos que enfrentaba el Sistema Nacional de Salud, pese a los éxitos alcanzados, todavía eran de notable consideración. En el año 2000, 50% de la población en México no tenía ningún tipo de seguro médico. El gasto en salud era bajo, favoreciendo a entidades cuya infraestructura e ingresos eran mayores. Esto, por supuesto, generaba notables inequidades en el acceso a servicios de salud para todas aquellas personas que no fueran derechohabientes¹¹.

El principal problema que esto acarrea era que las personas que se encontraran en esta situación, al no poder acceder a servicios privados de salud, tenían que sufragar por su cuenta todos los gastos relacionados con la atención médica, incluso en instituciones públicas pero con financiamiento restringido, derivando en importantes y complicados desajustes económicos en las familias mexicanas.

Esto significa que, debido a las difíciles perspectivas económicas de las personas ante enfermedades o accidentes, el esquema de financiamiento de la salud estaba basado en función de sus necesidades pero sin tomar en cuenta sus capacidades monetarias, lo que derivó en notables asimetrías en la población. Tan apremiante era la situación en esta materia que aproximadamente dos millones y medio de familias fueron empujadas anualmente a verdaderas situaciones de pobreza, debido sobre todo a carecer de acceso equitativo a servicios de salud y a los gastos a los que se tuvieron que enfrentar ante el arribo de enfermedades y accidentes¹².

Todo este tipo de desajustes propiciaban, de manera alarmante, que la inercia marcara con mayor profundidad las inequidades que existían entre la población derechohabiente y la que carecía de seguridad social. En este sentido, en el año 2002 el gasto público era 2.3 veces mayor para los primeros que el destinado para el sector de la población no asegurada¹³.

Por esta razón, era de trascendental importancia extender los esquemas de aseguramiento médico público en México, por lo que fue necesario incorporar al Sistema Nacional de Salud un mecanismo operativo de protección social, en la figura del Seguro Popular, para facilitar el acceso a los servicios de salud y a su vez disminuir las probabilidades de empobrecimiento causadas por los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos en salud para la población mexicana.

Pero, como se mencionó hace un momento, solo a partir del reconocimiento de los esfuerzos alcanzados con anterioridad es posible encaminarse hacia nuevos territorios para continuar y otorgar coherencia a las metas a las que se desea llegar. Por esta razón, no es posible omitir los esfuerzos institucionales realizados por el Estado mexicano en las últimas décadas del siglo XX dirigidos a la ampliación de la cobertura y la mejora del acceso de la población a los servicios de salud, y que en conjunto con la descentralización del sistema marcaron un importante desarrollo en la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los esfuerzos más relevantes encontramos la operación de programas enfocados al control de

importantes problemas de salud pública como las enfermedades diarreicas y el VIH-síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los programas de vacunación, cuyo éxito significó una disminución de las enfermedades infecciosas en nuestro país y el incremento en la esperanza de vida¹⁴. De igual manera, fueron puestos en marcha programas focalizados a través de mecanismos como el IMSS-Coplamar, posteriormente llamado IMSS-Solidaridad y actualmente IMSS-Oportunidades, implementados desde la seguridad social con recursos fiscales y dirigidos a población no derechohabiente de las zonas rurales y urbanas marginadas. También es oportuno mencionar el Programa de acceso a servicios de salud para población abierta (PASSPA) y el Programa de ampliación de cobertura (PAC), que tanto beneficio han traído al sistema de salud y que han desarrollado las bases para la incorporación de un paquete básico de intervenciones de salud dirigidas a personas en situación de pobreza, mismas que para atender la población dispersa y ubicada en zonas de difícil acceso se apoyaron en brigadas móviles operadas desde la Secretaría de Salud federal.

El Seguro Popular, creado en 2003 mediante reforma a la Ley General de Salud (LGS) para crear el SPSS, otorga aseguramiento médico para la población sin acceso a la seguridad social a través de un esquema que es financiado por fondos públicos de origen fiscal. La LGS prevé que por cada persona asegurada se destine la misma cantidad de recursos en todas las entidades del país en una proporción tanto por parte de la federación como de los gobiernos estatales. Este financiamiento per cápita asegura, por un lado, la igualdad de los afiliados y, por el otro, la equidad presupuestal entre los estados de la federación.

Pero el efecto de la reforma no solo incluyó la ampliación de cobertura, sino también la inclusión de garantías de cobertura médica explícita y la obligación de incremento de calidad en la prestación. Más recientemente, se ampliaron los beneficios para aquellos niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas.

Sin duda son muchos los retos que todavía debemos enfrentar. La provisión de servicios se da en los centros de salud y hospitales de los servicios estatales de salud y la alta especialidad principalmente en instituciones federales. Este universo de intervenciones médicas comprende todo el primer nivel de atención, el 95% de las intervenciones del segundo nivel (cirugías de especialidades básicas) y 58 intervenciones catalogadas como catastróficas por el Consejo de Salubridad General por su alto costo de atención y efecto empobrecedor.

A 8 años de su puesta en marcha, el Seguro Popular ha logrado asegurar el financiamiento a un paquete explícito de servicios de salud para los 52 millones de mexicanos que en el año 2000 carecían de acceso a algún esquema de aseguramiento médico público.

Aunque también debemos incrementar la inversión en salud. Este año se cuenta con un presupuesto histórico de más de 175,000 millones de pesos, casi el doble de cuando inició la presente administración y casi cuatro veces más de lo que se disponía como inversión para la salud cuando se institucionalizó el Seguro Popular en la administración anterior, lo que se traducirá en más salud y mejores servicios para todos.

Este conjunto de acciones ha reducido la honda brecha de la desigualdad por motivos de salud. México es objeto de reconocimiento internacional por su Sistema Nacional de Salud¹⁵. Puedo decir, con toda seguridad, a partir del intercambio de experiencias y aprendizajes con otras naciones, que México se encuentra hoy entre los líderes mundiales en financiamiento de la salud, uno de los principales países en la atención de VIH-SIDA, de atención pediátrica integral y contra el cáncer.

En México, todo menor de 18 años tiene asegurado el financiamiento para cualquier tipo de cáncer. A este respecto, vale la pena mencionar un solo dato muy alentador. La tasa de supervivencia de niños con cáncer se ha incrementado: antes de contar con este financiamiento, solo 3 de cada 10 niños lograba sobrevivir; ahora, 7 de cada 10 niños sobreviven a la enfermedad. También hemos logrado importantes avances en la atención del cáncer de mama, el cual hoy ya no es causa de muerte por no contar con recursos económicos.

Por motivos como estos, ha sido muy satisfactorio percibir que nuestras políticas públicas en materia de salud son estudiadas ampliamente en el mundo.

Aunque subsisten importantes retos en materia de salud, particularmente el necesario viraje del enfoque curativo del sistema hacia el preventivo, la evidencia es contundente. Debemos transitar de un esquema reactivo hacia un sistema anticipatorio basado en los principios de la salud pública, en el sostenimiento de los pacientes sanos y procurar la homologación de la calidad en los distintos establecimientos públicos. Se hace necesario impulsar la construcción en el país de un sistema de atención primaria de la salud que sea verdaderamente resolutivo y que se enfoque hacia la medicina familiar y la atención continua, donde además la formación de recursos humanos para la salud sea parte integral de la planeación del sistema relacionada con el mercado laboral¹⁶.

Hacia este rumbo debe orientarse la organización y los esfuerzos de los servicios estatales de salud, al estar descentralizados, y el papel de la Secretaría de Salud se debe robustecer en su función rectora.

Es ahora menester analizar la eficiencia de los servicios estatales de salud en la proveeduría y calidad de los servicios y en el impacto real que han alcanzado en sus comunidades, pero principalmente sobre la forma como realizan la administración financiera de sus recursos, porque ahora que se alcanza la afiliación universal y al existir una garantía de financiamiento explícita, ocurre un traslado a los estados de la responsabilidad para eficientar los recursos y para que la administración de estos pueda garantizar la prestación universal de servicios con eficiencia, calidad y sin retraso.

Debemos reconocer que el Seguro Popular trajo una importante derrama económica al sistema de salud, pero la evidencia ha demostrado que los sistemas estatales no han podido consolidarse. Los estados alcanzaron la descentralización de servicios de salud en los años 1996 y 1997, y apenas 7 años después recibieron los avatares del Seguro Popular, que implicaba un reto mayor de cambio estructural. *A priori*, podríamos pensar que la administración estatal no ha tenido tiempo para dilucidar sobre los ajustes necesarios que debieron impulsarse para consolidar los sistemas locales de salud y la forma como estos debían vincularse con el Seguro Popular.

Quizás la Secretaría de Salud debió haber estado un poco más presente con modelos de organización, de gestión y facilitando la consolidación financiera de los servicios estatales de salud, en uso de su función rectora.

No obstante, la ampliación de la cobertura es, sin duda, un logro trascendental en la historia del Sistema Nacional de Salud. Pocos son los países del mundo que han alcanzado la cobertura universal de salud, y México se encuentra ahora en la antesala de tal meta. Este logro hubiese sido imposible sin la reforma de 2003 y la incorporación de la protección social como parte de la institucionalidad de la salud en México.

El camino hacia la cobertura universal de salud parte del reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental y desligado de la esfera laboral. Esta afirmación se fundamenta en el contraste del caso de México con las experiencias de otros países. En el mundo, un gran número de naciones con cobertura universal de salud han optado por sistemas de protección social en salud, permitiendo en todo caso que la seguridad social sea un complemento a esta. En los países con cobertura universal de salud basada

en un sistema de seguridad social hay un complemento cubierto por el Estado para los trabajadores autoempleados o aquellos que no pueden pagar contribuciones para su aseguramiento, tal es el caso de Austria, Bélgica, Japón e Israel.

En países como Canadá, Reino Unido, Suecia y España, cualquier persona que tenga el derecho a residir legalmente en el país tiene derecho a acceder a los servicios de salud públicos. En cada uno de estos sistemas el financiamiento proviene de impuestos generales, estableciendo un servicio nacional de salud que garantiza el acceso universal a la salud. Un gran logro alcanzado gracias a la solidez de los esquemas de financiamiento basados en la protección social en salud consiste en que, en estos cuatro países, incluso en el contexto de problemas económicos, la cobertura en salud se ha mantenido como universal. Esta decisión se funda en la evidencia que muestra que la inversión en salud tiene un efecto altamente positivo en el funcionamiento global de la economía, además de los aspectos solidarios ligados a la equidad y a los derechos ciudadanos mencionados. Hoy más que nunca resulta pertinente afirmar que la salud no es un gasto, sino una inversión altamente rentable.

El principal objetivo de todo sistema de salud debe consistir en garantizar las condiciones mínimas para que sus habitantes mantengan y mejoren su salud, a través del ejercicio efectivo del derecho a la salud. El reto que enfrentamos ahora es asegurar que los mecanismos financieros, de gestión del sistema de salud y de provisión de servicios estén en consonancia con ese fin y con las circunstancias específicas de la sociedad, principal reto de la dependencia rectora del Sistema Nacional de Salud.

La economía mundial, incluyendo la mexicana, se ha transformado en una economía de servicios, proclive a la alta rotación laboral y a esquemas de trabajo no atados a un régimen salarial: comisionistas, profesionistas independientes, pequeños empresarios, artesanos, trabajadores domésticos, cooperativistas, entre otros. En este contexto el empleo formal se ha estancado y las nuevas formas de la actividad económica muestran un crecimiento sostenido.

En vista del contexto actual, la protección social, al no vincularse con la esfera laboral, ha demostrado ser un mecanismo efectivo para extender la cobertura en salud en distintos países del mundo con diversos niveles de desarrollo económico. La experiencia en México es un claro ejemplo de cómo la protección social puede impulsar la equidad en el acceso a la salud en un breve espacio de tiempo.

Por ello, existe la imperiosa necesidad de tomar decisiones sobre el rumbo que el sistema de salud mexicano debe adoptar, que le permita romper la segmentación que se ha enfrentado desde sus orígenes en la década de 1940, en que se adoptó el sistema bismarckiano de la seguridad social, pero también y al mismo tiempo el de los sistemas nacionales de salud.

Es deseable que, en el futuro, en México se establezca un sistema unificado de salud, que permita la generación de sinergia entre los grandes avances de las actuales instituciones de salud, buscando unificar sus acciones a través de una conducción central que permita la adopción de decisiones del más alto nivel para todas las instituciones de salud del país.

El objetivo debe ser que la salud esté universalmente protegida, como actualmente sucede, pero que esté garantizada a través de un sistema unificado mucho más eficiente y basado en atención primaria.

Sus cimientos pueden radicar en el mecanismo de protección social a través de la cobertura universal en salud, que ha iniciado a través del intercambio de servicios para continuar con la posterior integración funcional del sistema, pero separando claramente las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

La separación de funciones nos permitirá consolidar la rectoría de la Secretaría de Salud, como entidad normativa única, que mantenga la oportunidad y efectividad en la adopción de políticas públicas que hoy han resultado exitosas y desarrollar otras más que puedan incluso convertirse en decisiones de Estado; la separación funcional podría desarrollar quizás una entidad unificada de financiamiento que rompa la segmentación del sistema, y permita también contar con prestadores de servicios múltiples (servicios federales, estatales, municipales, particulares y mixtos), que puedan alcanzar su máxima eficiencia e incrementar la calidad de sus intervenciones.

Es necesario, entonces, transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles, pero con una buena conducción impulsada con liderazgo y desde el más alto nivel de decisión en el país, que permita la homologación de prestaciones y el incremento armónico de la calidad.

La implantación de las reformas necesarias para alcanzar la transformación del sistema de salud deberá ser paulatina y bien estudiada, ya que exige nuevos diseños organizacionales, cambios jurídicos profundos, laborales, presupuestales y operativos que solo se pueden generar con amplios consensos.

Se requiere de la consolidación de la descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas para que alcancen su mayoría de edad, pero a partir de esquemas organizacionales bien definidos que respondan a un modelo de gestión uniforme que se sustente en redes integradas de servicios, en que la adopción de decisiones se realice lo más cerca de la población como sea posible, que tenga como base una sólida estrategia de atención primaria de la salud resolutive, y con un modelo moderno de referencia y contrarreferencia que favorezca la atención médica continua.

Se necesita realizar una profunda transformación jurídica que permita una amalgama de las tres o cuatro bases constitucionales que rigen al día de hoy las acciones de salud, con el objetivo de generar el sustento conceptual y jurídico claro que permita alcanzar un sistema unificado de salud.

Los sindicatos y los trabajadores de la salud no pueden ser jamás un obstáculo para la transformación del sistema, deben ser parte de la propuesta, ya que una sana política de Estado requiere del respeto irrestricto de los derechos y condiciones laborales de aquellas personas que con su esfuerzo permiten sustentar la prestación de servicios. Lo que es deseable, hoy día, es en primera instancia homologar los salarios y prestaciones de médicos y enfermeras incluso en las mismas instituciones, ya que persisten y se han creado nuevas desigualdades; además tenemos la necesidad de visualizar el desarrollo del andamiaje suficiente que permita la modernización de las condiciones en que el trabajo de la salud es desarrollado y se reconozca con estímulos la productividad, la eficiencia, la calidad y la calidez en el trato que los usuarios esperan.

El sistema de financiamiento también requiere de una profunda transformación. Es momento de simplificar la forma de asignación, dar claridad y transparencia a los procedimientos para el ejercicio del gasto, enfocándolos a la medición de resultados e impacto de las acciones.

En cualquier caso, debe quedar claro que el Estado, al reconocer el derecho a la salud como una garantía social, se obliga a proveer las condiciones para su ejercicio, y que estas condiciones, por su naturaleza dinámica, no pueden ser proporcionadas con mecanismos ligados de manera exclusiva al mercado laboral.

El sistema unificado de salud debe hacerse cargo de los desafíos que en esta materia plantean las transiciones demográfica y epidemiológica, poniendo

énfasis, como quedó señalado anteriormente, en el enfoque preventivo para obtener mejores resultados en la salud de la población, en la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud del país, basado en la atención primaria de la salud, y hacer un uso óptimo de los recursos económicos y sanitarios disponibles, pero bajo premisas de planeación integrales.

Es indispensable también fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud de tal manera que se atiendan las crecientes expectativas de los usuarios. Para lograrlo es necesario seguir mejorando la calidad técnica e interpersonal de la atención a la salud; la seguridad del paciente; la atención primaria de la salud; la disponibilidad de medicamentos; el acceso a la atención durante las tardes, noches y fines de semana, y seguir reduciendo los tiempos de espera, tanto para la atención ambulatoria y de emergencia, como para las intervenciones electivas.

Los retos que tenemos por delante no son pocos, pero a través de estas líneas ha quedado en claro que los ya obtenidos no solo han sido abundantes sino de gran relevancia. En lo que sigue, debemos seguir trabajando todos juntos para continuar la construcción de un sistema de salud que responda a las necesidades de los mexicanos, pues así lo demanda la sociedad y así lo deseamos todos.

Bibliografía

1. Lalonde M. Promoción de la salud: una antología. Pan American Health Organization (PAHO); 1996.
2. Chertorivski Woldenberg S. Seguro popular: logros y perspectivas. Gaceta Médica de México. 2011;147:487-96.
3. Inglehart JK. Germany's Health Care System. N Engl J Med. 1991;324:503-8.
4. Mares I. Social protection around the world. External insecurity, state capacity, and domestic political cleavages. Comparative Political Studies. 2005;38(6):623-51.
5. Beveridge W. Social insurance and allied services. Extracto en: Bull World Health Organ. 2000;78(6):847-56.
6. Musgrove P. Health insurance: the influence of the Beveridge report. Bull World Health Organ. 2000;78(6):845-6.
7. Cremer H, Pestieau P. Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. J Urban Economics. 2003;54(1):181-96.
8. Donald WL. Universal health care: lessons from the British experience. Am J Public Health. 2003;93(1):25-30.
9. Pozas HR. El desarrollo de la seguridad social en México. Rev Mex Sociol. 1992;54(4):27-63.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4.º, modificado mediante decreto en febrero de 1983.
11. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantes O, Lezana MA, Knaut FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet. 2006;368:1524-34.
12. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. Lancet. 2006;368:954-61.
13. Sistema de Protección Social en Salud. Diagnóstico del financiamiento de la salud en México. 2.a ed. Secretaría de Salud; 2006.
14. De la Fuente JR. La salud en un México en transición. Salud Pública Méx. 2004;46(2):164-8.
15. Narro RJ, Moctezuma ND, Orozco HL. Hacia un nuevo modelo de seguridad social. Economía UNAM. 2010;7(20):7-33.
16. Durán-Arenas L, López-Cervantes M. Health care reform and the labor market. Social Science & Medicine. 1996;43(5):791-7.