



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

HACIA NUEVOS HORIZONTES PARA LA SALUD EN MÉXICO

REFLEXIONES

DOCUMENTO DE POSTURA

Enrique Ruelas Barajas
Carmen Zepeda Huerta
Rafael Lozano Ascencio



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

HACIA NUEVOS HORIZONTES PARA LA SALUD EN MÉXICO

REFLEXIONES

DOCUMENTO DE POSTURA



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel[†]

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

HACIA NUEVOS HORIZONTES PARA LA SALUD EN MÉXICO

REFLEXIONES

DOCUMENTO DE POSTURA

Editores

Enrique Ruelas Barajas
Carmen Zepeda Huerta
Rafael Lozano Ascencio



DERECHOS RESERVADOS © 2015, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

Hacia nuevos horizontes para la salud en México. Reflexiones,

Primera edición

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-566-5



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez

Dirección editorial

Dra.(c) Rocío Cabañas Chávez

Cuidado de la edición

LDG Edgar Romero Escobar

Diseño de portada

Blanca E. Gutiérrez Resinos

Formación y diagramación de interiores

LDG Edgar Romero Escobar

Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez

Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Editores

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Miembro del Consejo Directivo y Asesor Estratégico del Institute for Healthcare Improvement de Estados Unidos
Director de Políticas Públicas y Sistemas de Salud de Tec Salud, Tecnológico de Monterrey
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México (2013-2014)

Carmen Zepeda Huerta

Economista con Maestría en Dirección de Empresas
Ex Comisaria Pública Suplente del Sector Salud, Trabajo y Seguridad Social de la SFP
Representante ante la OCDE en materia de Procesos de Adquisiciones Públicas
Ex Titular de la Unidad de Administración del IMSS
Ex Directora General Adjunta de Planeación y Diseño de Sistemas de Salud en la Secretaría de Salud

Dr. Rafael Lozano Ascencio

Médico Cirujano por la UNAM y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana de México
Director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública
Profesor de Salud Global, Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington
Ex Director General de Información en Salud en la Secretaría de Salud de México
Investigador Asociado dos años en el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo en la Universidad de Harvard
Fundador del Instituto Nacional de Salud Pública
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II
Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México y de la Academia Mexicana de Ciencias

Participantes

Dr. Antonio Alonso Concheiro

Ingeniero Mecánico Electricista (Control, comunicaciones y electrónica), UNAM
Dr. en Ingeniería de Control, Imperial College of Science and Technology, Londres, Inglaterra

Ex Coordinador de Control Automático y ex Subdirector del Instituto de Ingeniería, UNAM
Ex Director del Centro de Estudios Prospectivos de la Fundación Javier Barros Sierra, A.C.
Académico de número de la Academia de Ingeniería, México
Socio consultor de Analítica Consultores, S.A. de C.V.
Presidente del Capítulo de Iberoamérica de la World Futures Studies Federation
Vicepresidente del Capítulo México de la World Future Society

Dr. Daniel Bernal Serrano

Médico Cirujano y Maestro en Estudios Humanísticos por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)
Médico Especialista en Medicina Interna por la UNAM (sede Hospital Español de México)
Profesor de Cátedra de la Escuela Nacional de Medicina del ITESM
Director Médico, Salud Cercana SAPI de CV
Coordinador de Nuevos Paradigmas en Sistemas de Salud, Academia Nacional de Medicina de México

C.P. Jorge Carrera

Contador Público egresado de la Facultad de Comercio y Administración de la Universidad Veracruzana
Maestría en Administración de Hospitales en la Escuela de Salud Pública de México
Encargado del Programa Hospital Seguro y Protección Civil en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
Ex Director General de Planeación de la Condusef
Ex Director de Programas Integrales de Salud de Meximed - Seguros Monterrey
Ex Subdirector Divisional de Servicios Médicos de Bancomer
Ex Gerente General de la Clínica Cuauhtémoc y Famosa. Monterrey, N.L.

Mtro. Juan Manuel Espino

Maestro en Economía Aplicada, Universidad Autónoma de Barcelona
Maestro en Economía, El Colegio de México
Director General de Estudios Económicos de la Comisión Federal de Competencia Económica
Ex Coordinador Técnico de Administración del Gasto de Bienes y Servicios del IMSS

Dr. Octavio Gómez Dantés

Médico Cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
Maestro en Salud Pública y Maestro en Políticas de Salud por la Universidad de Harvard
Investigador en Ciencias Médicas "E" del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

Lic. Carlos Gracia Nava

Licenciado en Economía por la Universidad Veracruzana y estudios de maestría en Economía por el ITAM
Especialista en Planeación y financiamiento de servicios de salud
Participante en el diseño e instrumentación de la Descentralización de los servicios de salud y en el Sistema de Protección Social en Salud
Ex Director General de Financiamiento del Seguro Popular, Secretaría de Salud (SSa)
Ex Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, SSa
Ex Director General de Programación, Organización y Presupuesto, SSa
Ex Director General del Programa Oportunidades, SSa
Ex Coordinador de Asesores del Secretario de Salud

Dr. Alberto Jonguitud

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud Federal
Delegado Estatal del ISSSTE (2007-2011)
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo (1999-2007)
Miembro de la Subcomisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud (1999-2007)
Catedrático de la Escuela de Medicina de la UAEH (1980-1988)
Presidente de la Asociación de Medicina Interna del Estado de Hidalgo (1987)

VII

Dra. Hilda Santos

Médico Cirujano
Maestra de Salud Pública y Maestra en Administración Pública
Doctora en Ciencias de la Salud
Profesora Adjunta en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Profesora Invitada, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba
Ex Secretaria de Salud. Tabasco, México
Ex Directora General de Gestión de Servicios de Salud, Seguro Popular
Ex Directora General. Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado. Tabasco.
Ex Directora General Adjunta de la Unidad de Coordinación para los Servicios Estatales de Salud. Secretaría de Salud. México

Lic. Ignacio Ibarra

Asesor Regional de Legislación Relacionada con la Salud de la OPS/OMS, en Washington, D.C.
Ex Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y ex asesor jurídico de la Academia Nacional de Medicina de México
Abogado especialista en Derecho de la Salud y Sistemas de Salud. Desarrollador jurídico del Sistema de Protección Social en Salud de México

Act. Eduardo Lara di Lauro

Actuario por la Facultad de Ciencias de la UNAM. Con especialización en “managed care” por el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Arizona y en Finanzas y alta dirección por el ITESM

Ex Presidente de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.

Delegado de las Asociaciones Actuariales Mexicanas ante la Sección y Comité de Salud de la Asociación Actuarial Internacional

Vicepresidente del Subcomité para América Latina de la Asociación Actuarial Internacional

Consultor en riesgos y salud en la industria de seguros y reaseguros en salud

Lic. Humberto Javier Potes González

Licenciado en Administración de Empresas

Fundador y Director General del Consorcio Mexicano de Hospitales y de la empresa en consultoría en negocios en salud Quirón Consultores

VIII

Act. Sara Uriega Cuesta

Lic. en Actuaría. Universidad Nacional Autónoma de México

Directora de Planeación Estratégica del Fondo para el Desarrollo Social de la Ciudad de México, Gobierno del Distrito Federal

Ex Directora de Estructura y Recursos para el Plan Maestro Sectorial, Secretaría de Salud (SSa).

Ex Directora de Cálculo y Análisis Financiero en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, SSa

Ex Directora de Información del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, SSa

Coordinador logístico

Dr. Daniel Bernal Serrano

CONTENIDO

Presentación.....	XI
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Prefacio	XIII
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	

IX

1. El enfoque tradicional y sus límites	1
<i>El concepto de salud y sus límites</i>	1
<i>La atención a la salud</i>	3
<i>El sistema de salud</i>	7
El arreglo organizacional de los servicios públicos.....	13
El arreglo organizacional de los servicios privados	21
2. Problemas y desafíos del sistema nacional de salud	25
<i>Rectoría, centralización y descentralización</i>	25
Rectoría	25
Principales problemas resultantes de las debilidades de la rectoría	31
Áreas desaprovechadas del sistema nacional de salud	32
Control democrático en el sector público de salud.....	36
Gobernanza	40
El sistema de protección social en salud	43
Mecanismos, principios e incentivos que reorientar	44
Una tarea inacabada: la cobertura universal	56
A juicio la implementación del modelo de pluralismo estructurado	57
<i>Las instituciones de seguridad social</i>	59
Cobertura	59
Acuerdo social para ordenar a la seguridad social	61
La incompatibilidad de objetivos y la dilación de los beneficios	63
<i>La administración de recursos en el sector público de salud</i>	63
Ahorros en los procesos de contratación	64
La administración de recursos públicos de salud y el sector farmacéutico.....	65
Los proveedores y los procesos internos del sector público ..	68
La recomposición del mercado y los niveles en donde hay competencia.....	72

Los profesionales de la salud y la administración de los recursos	75
3. Nuevos referentes conceptuales del sistema nacional de salud	83
<i>El sistema de salud como sistema adaptativo complejo</i>	83
El concepto dinámico de salud	83
El sistema de salud como sistema adaptativo complejo	85
<i>Sistema de salud centrado en la persona</i>	86
<i>Sistema de salud basado en la creación de valor</i>	87
Reconfiguración de los referentes básicos de interacción	88
Salvar los obstáculos estructurales del sistema de salud	90
<i>Nuevo gerenciamiento como pensamiento estratégico</i>	92
Toma de decisiones en un sistema adaptativo complejo	93
<i>Redes sociales en salud</i>	96
<i>Salud como inversión en capital humano</i>	98
<i>Grandes datos, análisis inteligente y sistemas de salud</i>	100
4. Contribuciones para el futuro	105
<i>Principios generales para un sistema de salud exitoso</i>	105
<i>Algunas aportaciones para un diseño más efectivo del sistema de salud</i>	108
<i>Calidad y eficiencia como principios rectores</i>	111
<i>El tránsito hacia un nuevo sistema</i>	113
Rectoría del sistema	113
El sector privado	116
La medicina tradicional y las medicinas complementarias	119
<i>La visión de convergencia y complementariedad público-privada</i>	119
<i>Posibles acciones a emprender</i>	126
Objetivos generales	126
Algunas acciones específicas	127
Notas y referencias	136
Bibliografía consultada	140
Índice	145

PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershennobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del Conacyt, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

Enrique Ruelas Barajas

PREFACIO

*"El verdadero viaje de descubrimiento no es
encontrar nuevas tierras
sino ver con nuevos ojos"*

MARCEL PROUST

XIII

Los sistemas de salud transitan desde finales del siglo xx, y aun tal vez durante muchos años más, por algo que podría ser considerado como una crisis de identidad. Todos estos sistemas han sido denominados de "salud" cuando la mayoría de las acciones que llevan a cabo y de los presupuestos que las sustentan se orientan hacia la atención de la enfermedad, por supuesto para intentar restablecer la salud, pero no necesaria ni prioritariamente para fomentarla y mucho menos para tratar de crearla a partir de diseñar y estimular condiciones de vida favorables a ésta. Cuando mucho, estos sistemas buscan prevenir que la enfermedad se presente. Sin embargo, no han sido aún muy exitosos en el logro de este propósito, en particular cuando las epidemias de obesidad, diabetes e hipertensión son una clara manifestación de esta encrucijada entre promoción, prevención y curación que no encuentra solución acertada.

No sólo se cuestiona la identidad misma de estas formas organizacionales, los sistemas de salud, que la sociedad contemporánea ha creado para surcar los espacios prioritarios de la enfermedad. Se cuestionan también su funcionamiento y sus resultados, sobre todo aquellos que debiesen ser los mejores cuando se trata de atender la enfermedad de las personas para devolverles su estado de salud, énfasis de las tareas cotidianas de estos sistemas. Los costos crecientes, la dudosa efectividad de un buen número de intervenciones dirigidas a sanar, los enormes desperdicios creados por procesos defectuosos, además de los daños que se producen a los pacientes –la mayoría evitables–, han hecho evidente una verdadera paradoja de

la razón de ser de estos sistemas y los han puesto en jaque permanente en los últimos lustros.

Es imprescindible seguir cuestionando el presente con el mejor afán de tratar de encontrar respuestas, pero ahora es indispensable explorar nuevos horizontes donde tal vez se encuentren preguntas que no han sido formuladas aún para hallar respuestas no imaginadas todavía. Esta es la esencia de las descripciones y los cuestionamientos que a continuación se presentan con el propósito fundamental, no de argumentar a favor o en contra del *statu quo*, sino de provocar reacciones que impulsen la búsqueda de escenarios innovadores a partir de acuerdos y desacuerdos con las sentencias aquí expresadas.

A 150 años de la fundación de la Academia Nacional de Medicina y en su carácter de cuerpo consultivo del Gobierno Federal, se ha querido dejar un testimonio de un conjunto de variadas inquietudes sobre el desempeño del sistema de salud de México en este año de aniversario. Este texto es un mosaico multicolor de percepciones, y no necesariamente de datos, desde diferentes perspectivas profesionales y laborales, todas válidas hasta no ser refutadas, sobre el papel actual del sistema nacional de salud. Pero en el movimiento dialéctico que aquí intenta ser provocado, a la refutación de lo que en este texto se lea debiese seguir el desafío intelectual para avanzar hacia algo mejor, tan sólo porque todo puede mejorar, y hoy parece indispensable que así sea, por ello también se encontrarán atrevimientos intelectuales para insinuar esbozos de posibles futuros.

Aunque en ocasiones pudiese parecer que se descalifican importantes méritos del sistema, no debe interpretarse de esta manera. Quienes han participado en este ejercicio reconocen los importantes avances logrados en la salud de los mexicanos, muchos de éstos atribuibles al sistema de salud. No es posible dejar de reconocer los grandes logros alcanzados en el país en términos de avances en las condiciones de la salud individual y la salud pública; el enorme incremento en la cobertura de los servicios, impensable hace cien años; los enormes beneficios de la vacunación, la incorporación de tecnologías de vanguardia para la atención médica, las aportaciones científicas, la formación de recursos humanos, así como la creación de instituciones públicas que han sido un incuestionable mérito de la segunda mitad del siglo xx y del inicio del xxi.

El título de esta publicación pretende dirigir la mirada del lector hacia el futuro a partir de un presente a veces satisfactorio pero a veces también muy irritante. El contenido es resultado de una serie

de reuniones periódicas a lo largo de un año de un grupo selecto de profesionales inmersos en el sistema nacional de salud que, a manera de grupo focal, han opinado desde los sectores público y privado, prestador y asegurador, académico y operativo, y desde la perspectiva de diversas profesiones. La amplitud del tema, sin embargo, ha impedido agotarlo y es necesario reconocer que su abordaje se ha quedado corto. Por ello, este libro debe ser entendido como un primer paso hacia un análisis cada vez más profundo, mejor argumentado, mucho más propositivo y, ojalá, cada vez más creativo e innovador.

Un mérito, si acaso, de esta publicación sería el mostrar inquietudes e ideas que podrían flotar en el ambiente pero que no siempre se dicen y que, sin embargo, deberían estar expuestas al juicio de todos como aquí se hace. No es aún, por consiguiente, un documento de postura de la Academia Nacional de Medicina, como corresponde a la colección dentro de la cual se publica, sino el disparador de futuras recomendaciones que signifiquen entonces la postura de la Academia. Es, como se ha dicho, apenas un paso inicial pues muy poco o nada se abona a favor de propuestas y recomendaciones concretas. Es una reflexión que pretende centrarse en mayor medida en las limitaciones que prevalecieron y han prevalecido a lo largo de la implementación de estrategias y programas, con el ánimo de enriquecer el espectro de comprensión del fenómeno de evolución en el que están inmersas las organizaciones de salud, públicas y privadas.

Otro mérito posible podría ser el dotar de mayor información a la planeación de políticas públicas y el de tratar de ensanchar las visiones a futuro por medio de percepciones sobre el quehacer gubernamental al intentar explicar desde diferentes puntos de vista las implicaciones indirectas y los efectos secundarios que se perciben de las acciones, la gestión y la conformación organizacional. Este documento, por consiguiente, adolece de cifras en la mayoría de los temas, no porque no existan sino porque aunque pudiesen existir, el contenido del debate es lo que aquí se resalta.

El valor podría radicar también en que quien lea este documento en los años por venir podrá identificar una amalgama de preocupaciones vigentes en este inicio de siglo, producto no del consenso sino de las discusiones en el seno del grupo focal. Por ello, este documento representa el resultado de un ejercicio de expresión crítica para abrir espacios intelectuales hacia nuevos horizontes de transformación del sistema de salud.

La apertura de esos espacios empieza con una reflexión colegiada, que se expone en el primer capítulo, sobre "El enfoque

tradicional y sus límites”, y que aborda aspectos relevantes de carácter conceptual, aunque cabe prevenir al lector que no se trata de un mero ejercicio teórico, sino de una propuesta a reconsiderar los supuestos y creencias con los que se han construido las políticas y la configuración del sistema.

El segundo capítulo, “Problemas y desafíos del sistema nacional de salud”, aborda algunas cuestiones que no han podido resolverse con el arreglo institucional actual del sistema y que no derivan necesariamente de los límites que impone el enfoque tradicional de la salud, sino de la inadecuada implementación y operación del sistema de salud en sus propios términos. Entre estos problemas destacan la iniquidad, la variabilidad de la calidad de los servicios, el traslape de funciones entre las instituciones, las deficiencias en la rectoría del sistema, la falta de cobertura de grupos de población vulnerable, el subdesarrollo de la prestación privada de servicios de salud y su pulverización, entre otros.

El tercer capítulo, “Nuevos referentes conceptuales del sistema nacional de salud”, tiene como propósito rescatar las contribuciones conceptuales más destacadas e innovadoras que se están formulando en el mundo sobre esta materia. El objetivo de esta sección es proponer distintos ejes que orienten al sistema, complementarios y suplementarios, considerando el sistema de salud como un fenómeno social y, por lo tanto, como un sistema que contando con una estructura organizacional típica –rígida y permanente por su naturaleza– tiene a su vez una actuación dinámica compleja, cuando se le somete a las intervenciones de política pública.

Las inferencias al sistema generan, a su vez, comportamientos emergentes y procesos adaptativos enfatizando aún más sus características como un sistema social interrelacionado, a diferencia de la concepción tradicional de abordar al sistema como un modelo cuya actuación y vínculos son estáticos, unidireccionales e incuestionablemente previsibles. Por ejemplo, se vislumbra la manera en la que pudiesen ser generados impulsos en el interior de las organizaciones para que presionen al cambio y para que las decisiones de la alta dirección fluyan en forma multidireccional sin distorsiones por medio de las pirámides organizacionales, tal vez cada vez más planas.

El cuarto y último capítulo, “Contribuciones para el futuro”, conjunta algunas posibles aportaciones para mejorar los mecanismos de intervención social, en especial de aquellos que aún están ausentes y resultan relevantes para reorientar el diseño de la política y estrategias hacia un sistema integrado de salud. Se puntuali-

zan sólo aquellos que pudiendo ser elementos habilitadores para el cambio requieren atención, acuerdos y compromisos dentro de la agenda política y social del país.

Se pretende abrir el intercambio de ideas y la discusión propositiva de un mayor número de especialistas en distintas materias relacionadas con las organizaciones de salud desde una plataforma multidisciplinaria que enriquezcan y continúen profundizando en las causas y fenómenos de la salud y los que inciden en ella. Pretende, de igual manera, ser un incentivo para que en un futuro inmediato se desarrollen propuestas no sólo para la mejor comprensión conceptual del sistema de salud, sino también de manera paralela, sobre la implementación –agenda de gobierno– de estrategias puntuales que junto con los actuales programas sectoriales de salud promuevan la mejora continua sobre los elementos que inciden en la salutogénesis. El debate, como se puede apreciar, no está cerrado, recién inicia su camino.

XVII

El lector encontrará entonces en este periplo una serie de ideas cuya intención es crear la base de futuras discusiones pero, sobre todo, de esperadas propuestas de acción. Como se ha dicho, estas ideas han surgido de un grupo de profesionales, plural, experto, estudioso y comprometido con el avance del sistema nacional de salud, a quienes la Academia Nacional de Medicina agradece su valiosa y dedicada participación durante varios meses y cuyos nombres aparecen al inicio de esta publicación.

Por último, la Academia reitera que los juicios aquí presentados no corresponden necesariamente a lo expresado por cada uno de los miembros de este grupo sino que es producto del procesamiento de discusiones cuyos resultados deben ser interpretados como manifestación de una propiedad emergente del conjunto de todos, a tono con la teoría de sistemas complejos que aquí se analiza.

Enrique Ruelas Barajas

EL ENFOQUE TRADICIONAL Y SUS LÍMITES

El concepto de salud

El *concepto de salud* es un elemento fundamental que debe abordarse para el diseño de un sistema de salud y que debe responder o corresponder a la demanda de la sociedad en la que se enmarca. En esta sección se muestra cómo el concepto tradicional no responde a la actual concepción epistemológica de la ciencia de la salud, por lo que se requiere definir un nuevo concepto de salud. Esta redefinición implica un cambio radical en el diseño del sistema de salud.

En 1948, la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”

En México fue adoptada esta definición, por la reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 4 de diciembre de 2013, gestada en el Congreso de la Unión. El artículo 10. Bis de la *Ley general de salud* establece:

“Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Como se puede apreciar, es una reforma reciente, adoptada por los legisladores con menor rigor en la redacción, lo que genera que la inclusión de la definición en sí misma haya aportado muy poco o nada a la descripción del alcance del derecho humano y legislado inherente.

De acuerdo con Bernal (2015), esta definición puede entenderse con la metáfora del barril sin fondo: tiene un límite bien definido en cuanto a su dominio (“físico, mental y social”) pero una

profundidad insondable (“estado de completo bienestar”). En la inmersión a la profundidad, las sociedades han invertido cuantiosos recursos en tecnología médica, pero no lo suficiente en atender los factores que crean o mantienen la salud.

En México, parece que en la sociedad se tiene en mente un concepto de salud incluso más reduccionista que el de la OMS, centrándose sólo en las palabras “ausencia de enfermedad o dolencia”. Con ello, el concepto de salud se limita a su expresión *somática*. Para Bernal (2015),

“la cosmovisión clínica actual es un modo de percepción y enunciación que nos permite ver y denominar una enfermedad para establecer principios acerca de la misma. Una vez que el clínico sospecha una patología subyacente, utiliza medios diagnósticos para precisar el agente causal y, al retirarlo, el paciente será curado”.

Así, el concepto tradicional de salud corresponde al de *patogénesis* que es retrospectivo puesto que, una vez ubicada la enfermedad, busca determinar cómo los individuos pueden evitarla, administrarla y/o eliminarla (Becker, Glascoff y Felts, 2010).

La definición de la OMS y su versión mexicana simplifican en exceso la compleja dinámica de la salud, debido a que no explicitan factores que hoy sabemos inciden de manera considerable en la salud de una población. Estos factores son de orden económico, educativo, ambiental, social, político, ético y cultural (cosmovisión). Hoy sabemos que el contexto socioeconómico en el cual se desenvuelve una comunidad puede ser de mayor importancia para la etiología de la salud de la población que la genética y los factores individuales.¹ En las antiguas Grecia y China, se sabía que la buena salud tenía que construirse y que, para ello, debía incidirse sobre una multiplicidad de factores. Podría considerarse paradójico que esta sabiduría antigua se retome hasta el siglo XXI de nuestra era y, de manera más reciente, la rescaten los estudiosos más innovadores en materia de salud pública, quienes definen la salud desde el marco conceptual de los sistemas adaptativos complejos (Sturmberg, 2007).

En este documento se realiza una propuesta para cambiar el paradigma del concepto de salud. La propuesta consiste en dar mayor relevancia a lo que Antonovsky (1979) denominó *salutogénesis*, entendida como el estudio del desarrollo de la salud. A diferencia del enfoque tradicional, la salutogénesis es *prospectiva*, puesto que su objetivo es crear, ampliar y mejorar el estado de salud de la población.

Independientemente de cuál sea su redacción final, el nuevo concepto de salud debe considerar al menos las siguientes características:

- i. *La salud incluye al menos los dominios somático, psicológico, social y semiótico de los individuos*
- ii. *La salud es un concepto dinámico y relativo porque considera dos implicaciones. a) La primera de ellas es que transita por diferentes etapas a lo largo de la vida y por ello resulta evidente y explícita, dado que es factible reconocerla en función de los cambios que se generan a partir del ciclo de vida del individuo. La segunda implicación es implícita y poco evidente o reconocible porque involucra conocer el nivel socialmente aceptable de la condición y funcionamiento del individuo al que se le da el calificativo de “saludable”*
- iii. *La salud es un concepto complejo puesto que depende de la interrelación de muchos factores de carácter económico, educativo, ambiental, social, político, ético y cultural, además de la propensión genética y otras características, valores y creencias individuales*
- iv. *El proceso de aprendizaje individual y colectivo incide en el desarrollo de la salud, además de los factores mencionados*

3

El cambio de paradigma en el concepto de salud implica modificar de manera radical la atención a la salud y el diseño del sistema de salud, como se verá a continuación, al igual que la expresión de la protección de la salud en el marco legal también requiere una evolución importante

La atención a la salud

El *objetivo* organizacional del modelo de prestación de servicios de salud que se basa en la demanda de servicios está en función directa del volumen y diversidad de la atención médica. Bajo esta concepción común el factor más relevante para tener una población saludable se asocia con: *mayor cobertura, amplitud de intervenciones y bajo los estándares establecidos* que los médicos y enfermeras proveen en clínicas y hospitales. Así, para el enfoque tradicional, la atención a la salud y la atención médica son prácticamente sinónimos,² por lo que las mejoras en este campo se consideran las únicas relevantes para aumentar la esperanza de vida y disminuir la morbilidad. Esta creencia ha sido confirmada por la evidencia del éxito de la vacunación, el descenso de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el desarrollo de nuevos fármacos y los beneficios en nuevos procedimientos quirúrgicos y equipo diagnóstico y terapéutico cada vez más sofisticado.

La formación de profesionales de salud es consistente con esa concepción. En consecuencia, los currícula académicos y prácticas profesionales le confieren, más allá de la retórica, poca importancia a la prevención y promoción de la salud. Las instituciones de atención procuran la preparación y formación continua que se concentra en la generación de especialistas de alta calificación para atender la enfermedad. Detrás de este modelo de formación de profesionales de la salud prevalece la concepción de resolución de afectaciones por medio de la microintervención (es decir, a la atención directa, única y en consultorio con un único facultativo), o bien, en el mejor de los casos, si se concibe como un sistema de atención, en la plurimicrointervención.

El enfoque tradicional de atención a la salud se ha sometido al predominio de la infraestructura física debido al impacto político-electoral que tiene este tipo de inversión. Deben ser bienes tangibles los que comuniquen que se pone atención a este rubro, esto significa que a los ojos de la sociedad en general los medios de intervención para fomentar la salud se expresan mayormente en infraestructura y personal involucrado en estas tareas. Los logros más aplaudidos a niveles federal, estatal y local son aquellos que enfatizan la dotación de infraestructura, en especial si ésta es hospitalaria, puesto que está a la vista de todos, no sólo de los enfermos.

Son escasos, menospreciados y sin mayor resonancia los eventos públicos gubernamentales que refieren "banderas blancas" en el combate o erradicación de enfermedades o logros en niveles de salud, porque reflejan una condición presente y por lo tanto efímera y no son permanentes en la memoria colectiva, no tanto como la dotación de un inmueble cuya presencia es transgeneracional.

A nivel individual, las personas suelen preocuparse por su salud sólo cuando se sienten enfermas. Llegado ese momento es cuando demandan servicios médicos, medicinas y, en su caso, atención hospitalaria. En consecuencia, los modelos de atención a la salud suelen enfocarse en el aspecto curativo a costa de la prevención y promoción de la salud y sin intervenir en los componentes más amplios. En la mayoría de los países, y México no es la excepción, se ha construido un modelo de atención centrado en lo que el individuo demanda como paciente y no en lo que en realidad necesita para el desarrollo de su salud.

En contraste, la evidencia de la última década también apunta a que el incremento de recursos públicos destinados a este modelo de atención presenta ya rendimientos decrecientes porque más allá del cambio en la complejidad de las enfermedades no ha estado asociada con un incremento similar en los niveles de salud.

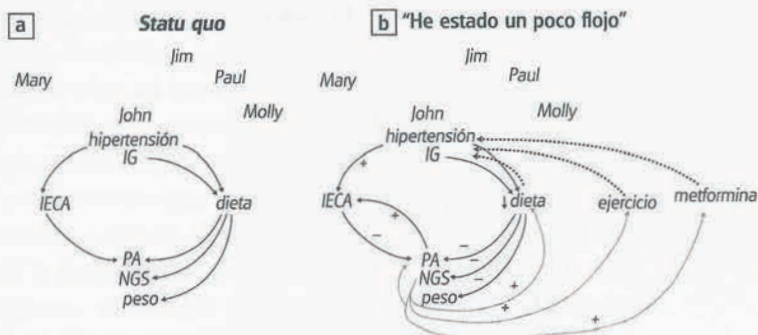
Tradicionalmente al modelo de atención médica se le ha exigido una responsabilidad que rebasa su injerencia y los mecanismos de actuación e intervención para lo cual ha sido dotado. Como gran protagonista a partir de su papel preponderante al brindar respuestas para restituir la salud de la población, de forma automática se le han conferido la responsabilidad de su preservación y mejoría.

Infelizmente la salutogénesis abarca condicionantes en esferas muy distintas a la atención de la enfermedad, y la respuesta que ofrece un modelo de atención médica al que se le hace responsable de la atención a la salud genera distorsiones mayores allí donde debe incidir de forma positiva, ya que actúa de la única manera que le es posible responder: medicaliza conductas y estilos de vida nocivos del individuo en lugar de intervenir en el cambio de hábitos y/o conducta. Vuelve pacientes a quienes no deberían ser tratados como tales. El sistema de salud que hoy conocemos no ofrece a los profesionales que tienen contacto con el individuo más que una categorización de enfermo-enfermedad.

El aspecto más pernicioso de este modelo de atención médica es que el individuo se asume como sujeto pasivo para resolver y responder frente a su condición, por lo que se traslada al modelo de atención también la parte de la responsabilidad individual del autocuidado y preservación de la salud. La forma de operar del propio modelo refuerza esta concepción.

Según esta lógica, el principio que enarbola que el *modelo de atención debe estar centrado en la persona* hace referencia a uno radicalmente distinto al que hoy conocemos, muy difícil de transformar para este propósito. En los enfoques teóricos más consistentes se señala que la lógica de actuación de un modelo que procura resarcir o mejorar el nivel de salud del individuo marca una comprensión y/o intervención en un cuadrante conformado por elementos somáticos, psicológicos, sociales y semióticos.

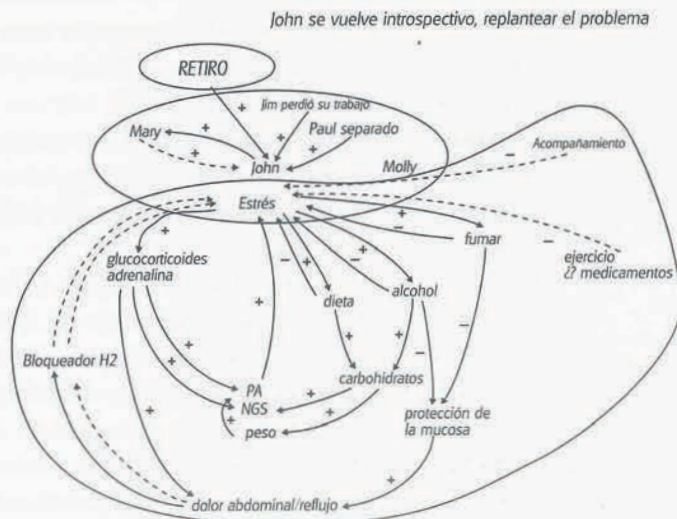
En este orden de ideas, el actual modelo de atención "centrado en la persona", como hoy se entiende, carece del entendimiento de las necesidades de atención de la persona misma y limita su actuación al contenido somático pero en la naturaleza de intervención adecuada no representa el primero ni el único y, en muchos de los casos, ni siquiera el más importante de los aspectos por resolver en el paciente. La visión médica del sistema de salud es la primera limitación porque esa concepción procura un arreglo o una transformación a partir de ese eje, cuando en realidad se está frente a un modelo de atención que debe responder a la visión que procura un sistema complejo adaptativo, en donde la multiplicidad de vertientes no permiten la conducción o intervención por eje sino por vórtices o aglomeración.



Fuente: Tomado de Sturmberg, Churilov y McDonell (2013).

Figura 1.1. Visión tradicional sobre necesidades que el sistema de salud contribuye a resolver.

A continuación se presenta un caso tal como lo enuncian sus autores. En la Figura 1.1 se modela el caso de John (63 años), casado con Mary y con tres hijos que ya no viven con él: Jim, Paul y Molly. Estos diagramas muestran el deterioro de la salud de John (hipertensión, aumento de peso, intolerancia a la glucosa) que se enfrenta por medio de dieta, ejercicio y metformina.



Fuente: Tomado de Sturmberg, Churilov y McDonell (2013).

Figura 1.2. Nueva visión de necesidades centradas en la persona que contribuye a resolver el sistema de salud. La dinámica dentro de los diferentes dominios de la enfermedad de John.

Lo que la visión tradicional soslaya es que la causa fundamental del deterioro de la salud de John es el estrés y el impacto en su vida provocado por su retiro del trabajo. La Figura 1.2 muestra que el restablecimiento de la salud de John abarca tomar otras medidas como el acompañamiento psicológico y además incidir o al menos tomar en cuenta los problemas familiares que afectan su salud.

Respondiendo a esta visión, los modelos de atención a la salud han sido contruidos para tratar primordialmente la parte somática de la salud y por lo tanto con una intervención temporal y acotada: se recibe al paciente, se intenta curarlo tan rápido como sea posible –si es usuario del sistema público porque el volumen de atención apremia, o bien si lo es del sistema privado porque los costos presionan la estadía– para regresar al paciente a su dinámica cotidiana.

En contraste, la creación de salud, aquella que involucra la atención preventiva, y la promoción a la salud que requieren la modificación de hábitos, conductas y decisiones individuales y por tanto un contacto e intervención de mediano y largo plazos han estado casi ausentes en la atención cotidiana de los profesionales de la salud y en el diseño del sistema de salud, con excepción de los programas de vacunación, los incipientes esfuerzos del IMSS e ISSSTE por introducir modelos de atención preventiva, salud comunitaria y algunas otras campañas, como la instrumentada hace poco contra la obesidad.

7

El sistema de salud

El enfoque de la patogénesis ha predominado en el diseño del sistema de salud y en el modelo de atención. La salutogénesis es un término de relativa reciente creación que poco a poco se ha comprendido mejor pero que aún no ha formado parte como enfoque complementario, por lo que ambos deben estar presentes.

Tanto en el sector público como en el privado el logro de *objetivos sociales* en materia de salud es irreconciliable porque a mayores niveles de salud se exigen mayores costos sociales con beneficios marginales o negativos. La salud como un componente primordial en la conformación del capital humano de un país parece tener efectos contrarios a su naturaleza de “capital”, se presupone que una mayor aportación de recursos sociales implica que el beneficio será mayor que el costo que involucra. Esto ocurre en la educación y en la capacitación laboral. ¿Por qué no sucede lo mismo en el aspecto de la salud?

Porque la carga de la enfermedad y complejidad para atender a la población es cada vez mayor y cada vez le cuesta más al sistema de salud que hemos construido para mantener el mismo nivel de bienestar.

Las limitaciones para que los *objetivos sociales* se alcancen en donde la salud debería ser una inversión social que reditúe en acrecentar el *capital social* (entendido como la posibilidad de potencializar las capacidades y habilidades del individuo) enfrentan importantes obstáculos. Uno de ellos se refiere al ámbito de las decisiones y derechos individuales, gremiales o corporativos que generan impactos negativos en los niveles de salud, pero que al ser social y legalmente aceptadas las implicaciones económicas para resarcir esos daños se pagan en forma colectiva, puesto que se atienden bajo los sistemas de salud y seguridad social.

Sectores productivos que producen o prestan servicios a individuos que los demandan con libertad, usan y consumen en exceso son parte del arreglo social que genera en forma inevitable “un portafolio de riesgos a la salud”. A este “portafolio” se le suman riesgos adicionales por las debilidades que presentan los organismos encargados de ejercer la regulación, vigilancia o sanción oportuna de aquellos aspectos que en el ámbito legal están considerados como fuera del derecho.

Esto significa que aunado a la complejidad misma del sistema de salud, éste se enfrenta a la atención de una población con una mayor carga de la enfermedad producto de regulaciones deficientes de carácter ambiental, laboral, de hábitos y estilos de vida nocivos, legal y socialmente reconocidos, pero cuya fuente de financiamiento se recarga en un sistema de salud en donde la contribución fiscal no considera de manera suficiente estos factores.

En nuestro país, el predominio del enfoque tradicional ha tenido algunas consecuencias negativas para la atención de la salud y el diseño del sistema. En seguida se describen cinco de tales efectos.

- i. *La mayor parte del presupuesto en salud se ha orientado a la atención curativa y, más específicamente, a la construcción de hospitales, muchas veces sin criterios claros, relegando a un segundo término la inversión para la creación de salud*
- ii. *Los componentes del sistema nacional de salud que se encargan de brindar atención médica han acaparado los recursos y la atención, soslayando los componentes que son más relevantes para la creación de salud*
- iii. *Los procesos de atención en clínicas y hospitales están concebidos para facilitar el trabajo de médicos, enfermeras y personal administrativo, sin pensar en los usuarios*
- iv. *No se ha instrumentado una estrategia permanente y constante para que el sistema de salud en sus múltiples niveles de decisión*

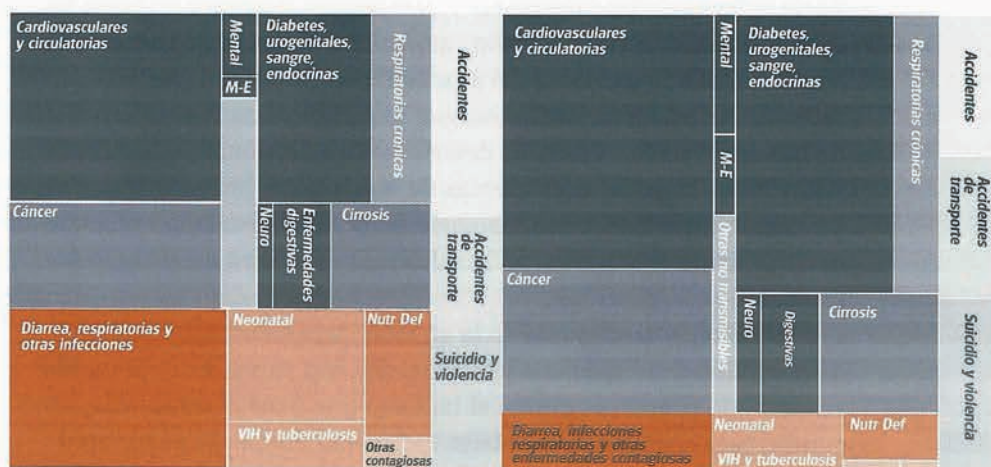
- y atención se interrelacione con otros sistemas relevantes para la creación de salud, como el sistema educativo
- v. Los criterios de salud pública, en general han estado ausentes del diseño de las políticas públicas de desarrollo urbano, social, vivienda, prevención social de la violencia y medio ambiente

Nuestro país está experimentando dos transiciones: una epidemiológica y otra demográfica, ambas impactarán fuertemente en la organización, características y necesidades de financiamiento del sistema de salud. La transición epidemiológica consiste en el descenso de la morbilidad por causa de enfermedades infecciosas y parasitarias, a la par del avance de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles y las asociadas con la violencia y las adicciones. La transición demográfica se refiere al acelerado envejecimiento de la población, lo cual redundará en el crecimiento de la demanda de atención a la salud y cuidados para las personas de la tercera edad. La ocurrencia de ambas transiciones hace indispensable e inaplazable rediseñar el sistema de salud para que el enfoque de salutogénesis tenga al menos la misma importancia que el de patogénesis.

En la Figura 1.3, tomada del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud, se ilustra el retroceso que han tenido las enfermedades infecciosas y parasitarias como causa de muerte en nuestro país y, en contraste, el avance de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles (ECDNT), durante el periodo 1990-2010.

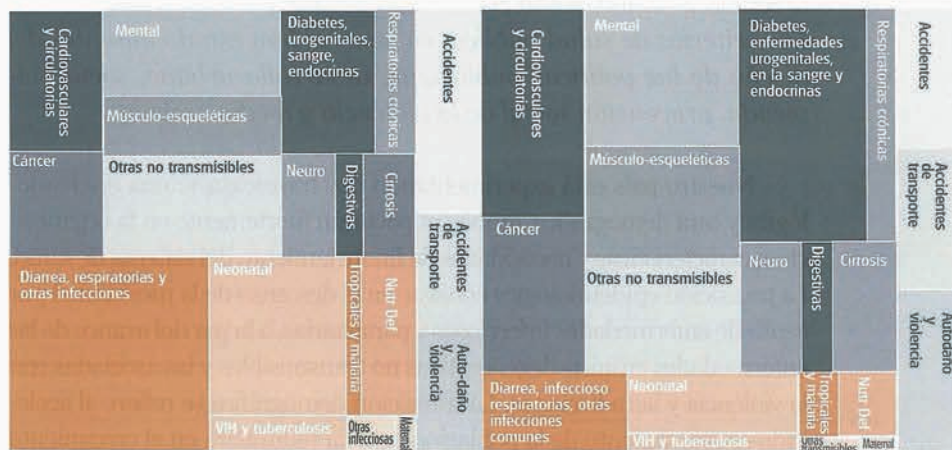
1990

2010



Fuente: Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)

Figura 1.3. México. Tasa de mortalidad, ambos sexos y todas las edades.



Fuente: Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)

Figura 1.4. México. Años de vida perdidos ajustados por discapacidad, ambos sexos y todas las edades.

En la Figura 1.4 se muestra el cambio en la morbilidad de nuestro país, medido por medio de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad. Al igual que en el caso de la mortalidad, las enfermedades infecciosas y parasitarias van en descenso, mientras que las ECDNT aumentan en importancia.

El sistema nacional de salud construido para atender la demanda de enfermedades infecciosas y parasitarias comunes no tiene las características de organización, atención y financiamiento que se requieren para hacer frente al avance de las ECDNT. Se necesita un rediseño del sistema que le otorgue más importancia al desarrollo de la salud e incida sobre los determinantes económicos, sociales y políticos de la salud. Ello además de resolver los problemas que se han acumulado como consecuencia de la persistencia del enfoque tradicional de la atención de la salud, como se verá en el siguiente capítulo.

El enfoque tradicional de la atención a la salud, que empata la disponibilidad de médicos y enfermeras con salud, es claramente inadecuado cuando se evalúa el impacto que tiene el estilo de vida, las condiciones sociales y de trabajo y el medio ambiente en el estado de salud de la población. En contraste con el enfoque tradicional, la evidencia empírica muestra que existen factores distintos a la atención médica que inciden en el estado de salud de la población y que, incluso, algunos de ellos podrían ser más relevantes.

La Organización Mundial de la Salud acuñó el término de *determinantes sociales de la salud* para referirse a:

“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud... Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de problemas de salud”. Dichas circunstancias “son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.”³

En virtud de que la distribución de los recursos depende de relaciones de poder, el concepto acuñado por la OMS abarca los *determinantes económicos y políticos de la salud*. En la Figura 1.5 se muestra el modelo de la OMS de los determinantes sociales de la salud.

La desigualdad económica tiene un profundo impacto negativo en la salud. La política, la economía y la salud de una persona son interdependientes: cada una de las tres esferas de actividad humana inciden en las otras dos (Figura 1.6). Un bajo nivel de ingresos

11

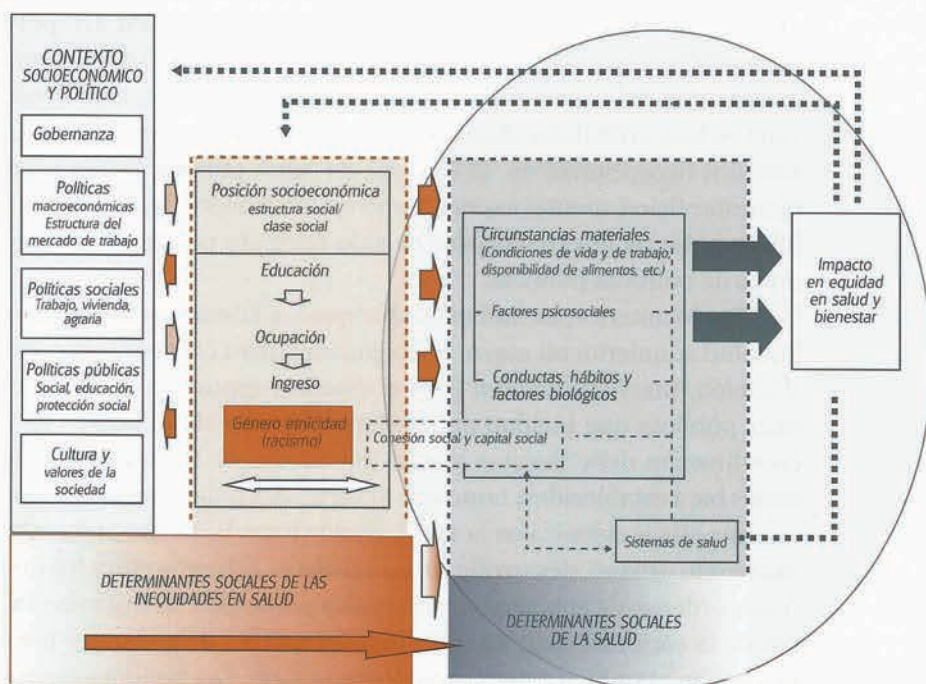


Figura 1.5. Determinantes sociales de la salud.

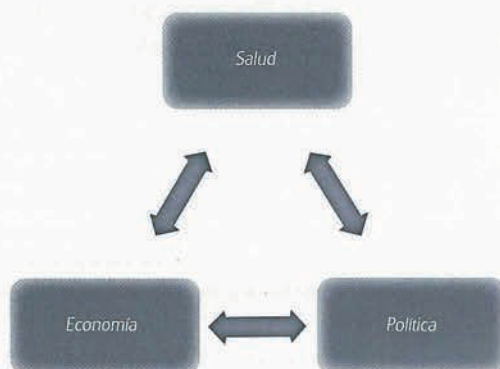


Figura 1.6. Interdependencia salud-economía-política.

implica el deterioro en la salud de las personas, que a su vez impacta en el ingreso. Los pobres suelen tener un bajo poder político para exigir la provisión de servicios de salud y otros bienes que incidan en su bienestar. Los pobres también suelen tener los hábitos más nocivos para su salud (Botelho, 2013).

El sistema de salud tiene un papel relevante para incidir en los determinantes de la salud. Infortunadamente, en nuestro país, hasta el momento no existen acciones coordinadas para mejorar los determinantes económicos, sociales y políticos de la salud. Las políticas públicas en salud, en el mejor de los casos, son un componente más dentro del espectro de las políticas sociales, las cuales desde 1997 se han articulado alrededor del combate a la pobreza, con resultados decepcionantes. El enfoque de salud pública, que pone el bienestar físico, mental y social como eje articulador de diversas políticas públicas intersectoriales ha sido relegado por muchos hacedores de políticas públicas.

Por lo anterior, es indispensable que los liderazgos del sistema de salud adquieran un mayor protagonismo para encabezar la *coordinación interinstitucional* para el diseño y ejecución de las políticas públicas que incidan en los determinantes de la salud.⁴ Esta coordinación debe llevarse a cabo por medio de mecanismos formales bien establecidos, tanto con autoridades federales de sectores con una alta incidencia en la salud, como vivienda, medio ambiente, desarrollo urbano, desarrollo social y trabajo, así como entre los distintos órdenes de gobierno, en los cuales participen las organizaciones de la sociedad civil. La coordinación no sólo debe darse a nivel macro, sino también a nivel meso (comunidad). Las acciones en este sentido deben enfocarse en la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.

El arreglo organizacional de los servicios públicos

La percepción, antes innovadora hoy tradicional, de que existen principios que promueven mejores incentivos para operar los servicios y una forma más eficiente de distribución de recursos públicos debe unificarse para todo el sector público. El financiamiento está orientado a la demanda potencial y no a la demanda real, es decir, basado en afiliación y no necesariamente en acercar o hacer accesibles a la población los servicios que necesitan. Las primeras aproximaciones para canalizar los recursos a la demanda real se han basado por error en agregar los acuerdos de desempeño organizacionales, pagos y remuneraciones por actividad lo que genera al inicio una mayor productividad médica porque conduce a la atención de un mayor número de pacientes por médico, pero da como resultado el detrimento del objetivo de la salud.

13

Hoy, casi la mitad de la población se atiende en el segmento financiado por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), por lo común llamado Seguro Popular, que es la expresión concreta de un enfoque innovador que se formuló hace 20 años, denominado “pluralismo estructurado”. El SPSS ha sido implementado durante más de una década y, lo que antes eran supuestos de actuación, hoy rigen como principios rectores, por lo que se promueven para que se adopten en el resto del sector público, siendo éstos: la separación de funciones entre prestadores de servicios y financiadores, el fortalecimiento de la rectoría, portabilidad y acceso efectivo, atención centrada en la persona y elegibilidad del usuario.

La concepción tradicional reduce la intervención primaria a la salud a sectores o comunidades con bajos niveles de ingreso. Las herramientas no han estado orientadas a cubrir el espectro completo de los grupos sociales para que, con los mismos objetivos, pueda adecuarse a sus condiciones socioeconómico-geográficas. Las estadísticas epidemiológicas señalan que las enfermedades y las limitaciones por la accesibilidad de servicios generan mayores complicaciones en grupos vulnerables, pero estas mismas cifras indican que los grupos sociales con mayores ingresos también presentan un aumento en riesgos asociados con enfermedades crónico-degenerativas.

En México han existido enormes esfuerzos para que los grupos vulnerables reciban atención primaria y preventiva por medio de salud comunitaria, pero la alerta es que se están presentando lagunas de atención y métodos de aproximación al resto de los grupos

poblacionales que requieren ya de intervención directa en materia de prevención, pero que obedecen a una lógica distinta de contacto para la promoción del autocuidado, porque éste se basa en la identificación de perfiles para que la intervención resulte efectiva. Este hecho se agrava en comunidades indígenas y remotas cuando la atención médica se sustenta principalmente en médicos que realizan el año de servicio social, cuando se esperaría un modelo de prevención eficiente y de probada capacidad.

El segmento de mercado privado que es prestador de servicios para el sector público no difiere de las limitaciones y obstáculos que presentan los prestadores de servicios privados para usuarios privados. El sector público ejerce gran poder de compra y esta capacidad monopsonica (papel preponderante del comprador) es por sí sola un enorme incentivo para que los prestadores de servicios privados pudiesen alinear su modelo de atención a los requerimientos del comprador. Sin embargo, lo que ocurre en la práctica es que la subrogación existente se diseña en general teniendo como estándar la prestación de servicios que el mercado ofrece. Lo mismo ocurre en el ámbito de la contratación de bienes e insumos para la salud.

La industria farmacéutica y de productos biológicos presenta una enorme concentración a nivel mundial y, en nuestro país, no es la excepción. La concentración del mercado privado también se presenta con la concentración de escasos grupos que se dedican a la distribución de fármacos incursionando cada vez en la administración de inventarios, suministro y dispensación que permiten que las dependencias públicas dirijan sus esfuerzos mayormente a la atención de los usuarios, pero cuya limitación es que los beneficios que ofrece la subrogación no logra mayores beneficios por la escasa competencia que se presenta en este segmento de participación privada en lo público.

La experiencia internacional muestra que las reformas a los sistemas de salud que se han considerado en su momento exitosas (p. ej., Reino Unido, España) requieren claridad y certidumbre de largo plazo. La implementación de las reformas debe enfocarse como un *“maratón y no como una carrera de velocidad”*.⁵ El caso mexicano dista de este precepto. La premura por implementar estrategias que garanticen resultados en el corto plazo ha sido un obstáculo para generar impactos duraderos, de igual forma, se suman los cambios de administración federales y estatales que implican una reformulación y ciertas veces, desmantelamiento de los programas y acciones que distan del diagnóstico técnico que lo justifique,

y que se percibe como una decisión más cercana a la irracionalidad por el sello político de quien lo impulsó al inicio.

La única constante ha sido el vaivén de ciclos de centralización-descentralización y, con esta dinámica, parecieran incompatibles el equilibrio de las finanzas con los servicios comprometidos, incluso bajo la tutela legal. El sistema de salud, se ha dicho, está extenuado y presenta en ciertos tramos, atrofas estructurales.

Un aspecto fundamental por debatir para clarificar es que el sistema de salud está entrampado en una concepción errónea basada en que el desempeño del sistema depende, casi con exclusividad, de los recursos económicos invertidos, y en el supuesto de que, el sistema se orienta a difundir mejoras y alcanzar objetivos cuando se aplican incentivos económicos. El arreglo del modelo de salud se centra en que mayores nóminas, tecnología e infraestructura son las formas de agregar *valor* al sistema; sin embargo, incluso la adopción tecnológica no siempre conlleva a aplicaciones masivas y, menos probablemente, exitosas.

Las aportaciones tecnológicas y las innovaciones propician que el sistema de salud se vea presionado a otorgar servicios de manera universal, pero no necesariamente llegarán acompañadas de una reducción en los costos.

[...] "el desempate entre lo posible y lo accesible será creciente y es muy probable que conduzca a ampliar la brecha de capacidades entre pobres y ricos en la sociedad, creando mayores tensiones sociales. La convergencia requiere de nuevas capacidades. Asimismo, necesita además de nuevas estructuras y enfoques interdisciplinarios difíciles de construir. Sus costos ya están presentes, pero no sus beneficios que apenas se perciben potenciales".⁶

No obstante, en México se han dado casos de excelencia en la gestión. Las capacidades y habilidades de los grupos y equipos de trabajo, que son los elementos que producen mayores beneficios, paradójicamente, no son las directrices hacia donde se dirigen los esfuerzos ni los recursos de manera preponderante. La evidencia ha estado presente desde hace décadas, aun sin contar con tecnología, con recursos crecientes, y trabajando conforme a normas agobiantes desde cualquier punto de vista: hay evidencia local, regional y estatal de la que se infiere que la mayor aportación a un sistema de salud es su comprensión y claridad, a partir de la cual instrumentar con puntualidad las medidas pertinentes y clarificar los resultados con los recursos disponibles. Una dirección y orientación del modelo de salud basado en gerencia, gobernanza y transparencia.

La complejidad organizacional del sistema de salud, público, social y privado –dentro de lo público, lo federal, lo estatal y lo municipal; dentro de lo federal, lo sectorizado y lo no sectorizado–, ha generado que la comprensión de su funcionamiento y de cómo reencauzarlo se vuelva cada vez más difusa. El conocimiento está orientado a la especialización, lo cual está limitando la concepción que se requiere del enfoque multifactorial y multidisciplinario del sistema de salud para poder abordar su transformación. El nivel central o rector ha respondido, de manera tradicional, con una planeación que se concibe y dirige de forma “modular”, esto significa que sus principios orientadores se conciben en rubros de injerencia o actuación específicos, por “cajones”: las acciones para influir en un ámbito, sin prever o aminorar los efectos en el resto de los componentes.

Un ejemplo es el caso de las restricciones presupuestales que exigen recortes financieros dejando que los ajustes operativos y programáticos no empaten ni converjan en el nivel de servicios requeridos, y que, en muchos casos, parecen contrapuestos. La constante disyuntiva entre obtener resultados positivos en términos financieros o bien en términos de servicios suficientes y de calidad resultan incompatibles bajo las reglas de organización tradicionales en donde la obtención de un resultado financiero cancela la posibilidad de proveer mejores servicios o viceversa, o en donde la eficiencia y agilidad de la toma de decisiones pareciera contraponerse al apego a las normas y los tiempos que marca la ley.

Frente a la mayor complejidad del sistema y la falta de entendimiento integral y sistémico que se ha presentado en ambos niveles de responsabilidad –a nivel de rectoría y proveduría de servicios–, las organizaciones han reaccionado con una sobrerregulación o regulación excesiva –*de facto* más que de derecho–⁷ de los procesos, sus objetivos y criterios a considerar. De esta forma, se intenta acotar la dispersión de resultados sin la posibilidad de extender el conocimiento, la profesionalización del gerenciamiento, la gobernanza y la transparencia, lo que agudiza cada vez más la distancia entre los objetivos y los resultados *vis-à-vis* los recursos comprometidos para ello. Todo eso se vuelve irrelevante de transmitir cuando la administración del sistema de salud pública está envuelta en reglas, normas, reglamentos, manuales y guías, órdenes y convenios no consensuales sino obligatorios.

El origen de la sobrerregulación se ha justificado en los equívocos de implementación de quienes han sido responsables de una ejecu-

ción defectuosa. Así, la regulación excesiva no debería aceptarse como un reflejo de la complejidad del propio sistema. El ejercicio reflexivo y crítico que permitiría a los responsables de operar las organizaciones y generar una transformación continua hacia la mejora es imposible que fructifique con esta rigidez reglamentaria que sustituye el juicio del ejecutor público por la incapacidad del sistema de reclutar o dotarle de habilidades gerenciales en lo individual y de la gobernanza organizacional que promueva y equilibre la toma de decisiones.

Estamos frente a sociedades que están transformando en forma vertiginosa sus necesidades y demandas de atención. En lapsos de 20 años, las necesidades en materia de salud han cambiado de manera drástica y las reformas han intentado acoplarse a requerimientos sanitarios que ya resultan obsoletos. De allí que las reformas hayan padecido en forma constante por ser inacabadas, porque nacen obsoletas desde la perspectiva epidemiológica, tecnológica y organizacional y son presionadas por objetivos que distan de la obtención de mayores niveles de salud.

Es en este punto en donde la teoría de los sistemas adaptativos complejos representa un relativamente novedoso marco teórico de referencia para comprender el sistema de salud y sus posibilidades de reforma. Las teorías de la complejidad son la convergencia de diferentes ideas para tratar la no linealidad y dinámica de los sistemas en el mundo real. Los sistemas de salud son complejos, puesto que cumplen con las características señaladas por Sterman⁸ de ser dinámicos, estrechamente acoplados (conectados), gobernados por la retroalimentación (con retrasos), no lineales, que se autoorganizan, se adaptan y evolucionan.

La etimología de la palabra complejidad tiene su origen en el Latín *plexus*, que significa entretejido; por lo tanto, los componentes de un sistema complejo son difíciles de separar, debido a que su interacción determina el estado futuro de los componentes y del propio sistema, por lo que no es posible estudiar los componentes del sistema en aislamiento (Gershenson, 2013). Al igual que el funcionamiento neuronal, la mayor interacción y colaboración entre los agentes del sistema de salud y el contenido transaccional –entendiéndola como claridad de lo que comunica– son iguales o más importantes que la atención en la construcción de las partes de la estructura organizacional. Estos son lo que denominaremos habilitadores para el cambio.

Las reformas y los cambios a los sistemas de salud se han concentrado en tres de los cinco pilares de la solución: el *financiamiento*,

la *tecnología* y la *organización*. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la reformulación de organigramas han acaparado la atención de quienes toman las decisiones, incorporando de manera parcial las transformaciones de las capacidades de personas involucradas: las reformas han abordado intentos parciales por *ampliar las capacidades* de quienes operan y dirigen pero debería ser un eje fundamental y permanente. El *contenido transaccional* ha tenido el mismo tratamiento, esto es, un limitado y segmentado intento de mejorar la coherencia de las interacciones entre los agentes y los procesos.

Los esfuerzos y recursos corren el riesgo de presentar resultados limitados cuando se centran en las reestructuraciones del sector y/u organización, y cuando se enfatiza que los resultados se obtienen al introducir incentivos mayormente económicos para “mover” al sistema en la dirección prevista. Los ejes necesarios aún no presentes –lo que denominamos los *habilitadores para el cambio*– han sido la *información* y la *capacidad para tomar decisiones*. Estos, no sólo son el bastión para la transparencia y la rendición de cuentas, sino que son la base de la actuación eficiente de los sistemas de salud que son en esencia sistemas de servicios y, como tales, preponderantemente comprometidos con generar valor por medio de la calidad de sus prestadores.

La responsabilidad rectora que involucra la recolección y calidad de la información ha sido el gran talón de Aquiles del sistema y, por consiguiente, la base que sustenta al sistema y lo comunica para entender su funcionamiento por medio de los esfuerzos de planeación, evaluación y supervisión. Así, los cambios se ven comprometidos; caen como piezas de dominó por esta debilidad que se transmite a todo lo largo del sistema nervioso central de información hasta el final de la cadena de actuación de las políticas públicas en salud, en donde los resultados –finés y recursos– se presentan distorsionados y se perciben incomprensibles.

Durante las primeras reformas sanitarias se pensaba que el cambio de las estructuras organizacionales allanaría las dificultades –nuevos agentes y organismos–; la siguiente etapa puso énfasis en la distribución de recursos y la forma en que éstos podrían ser los mejores incentivos para lograr los cambios –separación de funciones, que el dinero siga a la gente, la elegibilidad y portabilidad–, pero tras una década de cuantiosos recursos abocados a la reconfiguración de las estructuras públicas en salud, a la distribución de los recursos económicos puestos como incentivos a los prestadores

de servicios para lograr mejorar los niveles de salud para la población y habiendo destinado cada vez más recursos a la infraestructura y a las tecnologías de la información y la comunicación, sus efectos positivos han sido mínimos y parece que cada vez más marginales.

El sistema de salud actual ya no responde a los nuevos retos. Cada vez es más urgente ofrecer a la sociedad un diseño de la salud en donde los recursos destinados a ello permitan mayores beneficios. El reto de la salud es un objetivo con un blanco móvil en permanente cambio. En los últimos 10 años la utilización de la teoría de los sistemas adaptativos complejos en el análisis del sistema de salud ha traído consigo una nueva visión para los viejos problemas y ha proporcionado una orientación hacia soluciones novedosas.

Por otra parte, los procesos continuos de descentralización y, posteriormente, de centralización de funciones, responsabilidades y recursos han generado ciclos de adaptación en las organizaciones públicas, no todas ellas armoniosas ni exentas de desequilibrios. Estos innumerables virajes y cambios de los niveles de responsabilidad y toma de decisiones, con el ánimo legítimo de reorientar la actuación de las instituciones de salud, han generado que algunas de estas organizaciones públicas hayan formado mecanismos de contención que han llegado a ejercer acciones de adopción parcial de los cambios o rechazo a las iniciativas de transformación y sus reformas. A continuación se ejemplifican y se circunscriben estos fenómenos.

Los primeros 40 años de la construcción de instituciones públicas orientadas a la salud y la seguridad social generaron una concepción muy amplia de su intervención, se agregaron actividades deportivas, recreativas, culturales complementarias a la salud que generaron medios e infraestructura que, a partir de la década de los ochenta del siglo pasado, han sido desmanteladas de manera paulatina, atendiendo a una lógica distinta.

En los sucesivos 30 años hasta nuestros días, a partir de la concurrencia en la prestación de servicios entre los distintos niveles de gobierno, las entidades y la federación han generado ciclos de centralización y descentralización de responsabilidades y funciones, en donde el dinero y/o autoridad para ejercerlo sólo se transfiere o regresa en la medida en que el último responsable resulta ineficaz: “dispendio”, como reclamo para los responsables locales; y “colapso de la operación” por la dilación de recursos o decisiones,

como queja para el gobierno federal. La distribución de responsabilidades entre los distintos órdenes de gobierno no obedece a la lógica funcional del sistema de salud: si la disciplina presupuestal apremia, la centralización retoma fuerza hasta que la presión política de las entidades y los reclamos sociales por una demanda insatisfecha de servicios se acumulan para enarbolar su retorno, bajo el beneplácito de ambas partes, hasta que la presión por incrementar el financiamiento de los servicios comienza a desbordarse.

Aunado a esta continua pugna y reparto de responsabilidades, el sistema público de salud se enfrentó a la crisis de la hacienda pública a mediados de los años noventa. Las legislaciones hicieron eco de la necesidad de reformar las instituciones de seguridad social y la atención de la salud, pero las afectó por partida doble, ya que había que responder a la atención de una mayor población con menos recursos. Esta ola reformadora generó una animadversión en años sucesivos hasta finales del siglo xx por sobre cualquier intento de transformar o cambiar la forma de organización o atención, puesto que fueron vistos como mecanismos de contención de costos antes que enfocados a mejorar los servicios.

Los medios de organización a nivel estatal en el tema de la salud no han estado exentos de tropiezos. La responsabilidad de planeación y rectoría de la salud (Secretario de Salud Estatal) se separó de la operación de los servicios de atención (titular de los Servicios Estatales de Salud) con el fin de darle relevancia a la función de rectoría y enriquecer ambas funciones con perfiles *ad hoc* para cada función; sin embargo, esta separación no se dio en la mayoría de las entidades. Si bien es cierto que en algunas cuantas entidades federativas tuvo lugar la adecuación normativa y de estructura orgánica, en la práctica, en todas las entidades, estas dos responsabilidades han recaído en un mismo funcionario público, en demérito de la idea que las sustentaba. Las jurisdicciones sanitarias responsables de coordinar, supervisar y organizar la red de unidades de servicio, clínicas, y en ocasiones hospitales, atienden a lógicas distintas según los niveles de responsabilidad que cada una de las entidades federativas les confieran y según las atribuciones formales estipuladas en sus normas y reglamentos respectivos.⁹

En la última década, la creación de los organismos de afiliación y financiadores de los servicios de salud (REPSS) habría podido incidir en reorganizar y orientar los servicios médicos. Los REPSS serían la instancia para que el organismo rector (secretarios de salud estatal) vigilara la actuación de las unidades de atención y financiara

su operación, es decir, los servicios estatales de salud. Sin embargo, la actuación de los REPSS se diluye. Al haberse sumado a una estructura organizacional cuya separación de funciones fue inacabada, los REPSS se encuentran limitados en sus funciones de control y vigilancia, ya que dependen *de facto* del funcionario responsable de la operación de los servicios. Con ello, desaparece el equilibrio de poder y los contrapesos para que el financiador incentive el desempeño de quien preste los servicios y que tiene la obligación de rendir cuentas sobre su operación.

El arreglo organizacional de los servicios privados

Existen dos capas organizacionales, por un lado, los financiadores, aseguradoras y empresas y organismos que proporcionan coberturas de autoseguro y, por el otro, la capa de prestación de servicios integrada por hospitales, clínicas, consultorios médicos, gabinetes de diagnóstico, laboratorios clínicos, centros de rehabilitación y farmacias. Las aseguradoras deberían buscar la obtención de mayores o mejores niveles de salud o de servicio, maximizando el valor monetario por medio de mejoras en la salud de los usuarios cubiertos por las pólizas; sin embargo, resulta aberrante que la regulación actual había prohibido hasta el año 2015 que las aseguradoras realizaran acciones de prevención y mantenimiento de la salud en favor de sus asegurados. Las aseguradoras ubican este mercado con una finalidad estrictamente transaccional de indemnización económica, como cualquier otra póliza de aseguramiento. En estricto sentido, las aseguradoras son negociadoras y tomadoras de precios de los proveedores privados de la salud, los cuales transfieren al cobro de las primas, considerando de manera estricta la relación frecuencia-severidad.

La falta de acceso a información de calidad sobre los costos y beneficios de crear y mantener la salud no son los referentes que están presentes en la selección e incorporación de proveedores médicos o redes hospitalarias susceptibles de pago bajo este mecanismo –pago por resultados o desempeño– prevaleciendo sólo un ineficiente sistema de pago por servicio prestado. La falta de entendimiento y especialización por parte de estos actores hacia la esencia de los seguros médicos y de salud, así como la relación antagónica con los proveedores de servicios médicos, han provocado, en el mejor de los casos, puntos de equilibrio en sus estados fi-

nancieros. Ello ha generado que las aseguradoras identifiquen esta línea de negocio *como un mal necesario*, en donde el manejo de este producto es deficitario en muchos casos pero al formar parte de la cartera de productos que se ofrecen a los individuos y empleadores se generan subsidios cruzados para conservar el paquete completo de servicios.

Bajo la modalidad de pólizas de gastos médicos privadas, de acuerdo con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), en nuestro país suman alrededor de 8.5 millones de beneficiarios. De éstos, 60% corresponde a contrataciones colectivas, donde las empresas –que cotizan a la seguridad social– pagan esta doble cobertura. Además, se estima que 1.5 millones de personas tienen alguna cobertura de atención médica privada en esquemas de autofinanciamiento (p. ej., algunos bancos y empresas públicas y privadas).

En la capa de prestación de servicios, la percepción tradicional es que el mercado brinda incentivos financieros hacia la mejora de la calidad y estandarización de los servicios, aunque esto no es real. El primer aspecto a resaltar es que las diferencias de calidad entre los prestadores de servicios privados es enorme, por lo que son un sector heterogéneo en cuanto a resultados. Este sector no se ha constituido como redes integradas de prestadores de servicios médicos sino que son individuos y grupos pulverizados y desarticulados que deciden de manera individual ser o no parte de las redes de proveedores de los organismos financiadores y, salvo el caso de los grupos hospitalarios corporativos, el vínculo no se realiza con propósitos de atención a la salud a segmentos poblacionales definidos.

La fuente de ingresos de los prestadores de servicios médicos y hospitalarios es, principalmente, el pago de bolsillo y, en menor medida, los financiadores.¹⁰ La reciente reforma fiscal desincentiva la perspectiva del valor de este mercado, al establecer límites para que las empresas y los trabajadores deduzcan los pagos por concepto de primas de seguros médicos. Porter (2006) señaló que uno de los principales problemas del mercado privado era que no fomentaba el crecimiento del valor del mercado, como sucede en otros sectores. Ello debido a que la estructura y forma de organizarse genera una *suma de resultado cero* porque la sola transferencia de precios no beneficia a ninguno de los agentes –usuarios, prestadores y pagadores–. En este caso, el sector de seguros médicos privado está depredando su propio mercado por medio de la expulsión paulatina

de usuarios y la reducción de sus coberturas, debido a la falta de profesionalización e infraestructura y la imposibilidad de alinear los incentivos de las partes interesadas (financiadores, proveedores de servicios y usuarios).

El modelo de atención privada a la salud se basa en la elección del paciente y los incentivos económicos están dirigidos a atraer esta elección. La capa de servicios que financia mayormente las aseguradoras no cuenta con incentivos alineados para que el pago se vincule a la maximización de los beneficios, ni los prestadores de servicios cuentan con mecanismos que transparenten su actuación a partir de la determinación de tabuladores técnico-médicos de complejidad-impacto-costos que premien o ajusten los beneficios que ofrecen. Es un mercado donde los usuarios tienen una fuerza pulverizada, padecen el fenómeno de la asimetría de conocimientos y delegan a los pagadores la responsabilidad de negociar y auditar los costos de su atención médica, y sus necesidades conjuntas agrupadas en una global no se traducen en medios de negociación. A su vez los pagadores no se han agrupado como redes de compradores por lo que su poder de negociación, no sólo de los costos sino también de los resultados, es de igual manera débil.

23

En el fondo, los objetivos adecuados a la orientación del negocio de los seguros médicos y de salud no se han formulado sino que están ubicados en otros propósitos. No obstante los retos y debilidades actuales, el sector asegurador privado tiene un enorme potencial para complementar la cobertura de seguro médico en ciertos estratos de la población y así liberar valiosos recursos del sector público redireccionándolos a sectores de la población que requieren utilizar los servicios públicos, lo cual impulsaría su eficiencia y evitaría el doble pago.

Existen mercados emergentes de insumos para la salud que en el ámbito internacional presentan una enorme demanda que supera su oferta. Como resultado de la transición demográfica, las cirugías ortopédicas de la población envejecida han crecido de forma exponencial; la medicina del deporte, dental y la cirugía plástica son servicios que demandan de igual manera estos insumos.

Por otra parte, se carece de una regulación que permita al donador altruista tomar la decisión informada con claridad sobre el destino que tienen en la actualidad sus tejidos, ya que esta industria en nuestro país, al igual que en el resto del mundo, obtiene la parte de los tejidos musculoesqueléticos de donadores que desconocen que son enajenados en favor de terceros (fun-

daciones-empresas que subcontratan a centros públicos para la radioesterilización de tejidos y posteriormente los transforman y comercializan). De especial importancia es el tema cuando forma parte de la regulación de insumos asociados con el impulso y desarrollo de servicios médicos relacionados con los polos de desarrollo sobre turismo médico, que se concentran en atención de intervenciones ortopédicas –encabezadas por cadera y rodilla–, así como en cirugías plásticas reconstructivas.

PROBLEMAS Y DESAFÍOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Rectoría, centralización y descentralización

Rectoría

El artículo 7º de la *Ley general de salud* establece que la coordinación del sistema nacional de salud está a cargo de la Secretaría de Salud; sin embargo, la Secretaría ejerce limitadamente las funciones de rectoría que el Sistema necesita para mejorar el estado de salud y la experiencia en salud de la población.

En el Programa Nacional de Salud 2013-2018 propone la siguiente definición de rectoría:

[...] “función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra- e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de la atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño y la representación internacional”.

En nuestro país, las carencias en la función rectora son consecuencia de, por lo menos, siete factores: fragmentación del sistema, falta de capacidad de planeación prospectiva, marco regulatorio insuficiente, carencia de un gabinete de salud, limitaciones de respaldo político, fiscalización inadecuada, el principio de elegibilidad por parte del paciente –que orienta el diseño del sistema de salud– está mal enfocado. En seguida se ofrece una explicación de cada uno de estos factores.

- i. **Fragmentación del sistema.** De acuerdo con la legislación vigente, la legislación aplicable de las instituciones de seguridad social que prestan servicios médicos prevalece por encima de la Ley

general de salud (artículos 37, 133 y 166, LGS), sus distintos decretos de creación no les confieren la sectorización con el ramo de salud. De este modo, la Secretaría de Salud no tiene fundamentos legales para ejercer las funciones de rectoría sobre dichas instituciones

- 26
- ii. *Sin capacidad de planeación prospectiva.* El plan maestro de infraestructura (PMI) se ha definido como el “instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud, con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable”, sin embargo éste sólo aplica para el financiamiento que deriva del sistema de protección social en salud. Es importante reconfigurar esta herramienta de planeación, su diseño actual pone énfasis exclusivamente en la oferta (mide la capacidad potencial), aún no considera los componentes de productividad –que son claves porque para unidades similares la entrega de servicios tiene resultados heterogéneos–. Es un plan que adolece de la integración de información de la demanda prospectiva de servicios –integrando, por ejemplo, el mapa epidemiológico– para contrastar estas necesidades con la dotación y potencial dotación de infraestructura, de lo contrario no será posible que guíe las acciones en torno a la distribución de nuevos recursos o la mejor combinación entre ellos

El sistema de salud no tiene capacidad prospectiva, y esto significa que en la práctica no tiene capacidad de autocorregirse, los motores que generan los cambios son entonces las presiones externas –las limitaciones de la hacienda pública para seguir financiando su crecimiento, la demanda no atendida de padecimientos prevenibles, los contratos laborales, presiones políticas de gobiernos estatales, legisladores, etc.– y los componentes que integran el PMI lo ubican en un plano de herramienta de información estándar con alcance parcial

- iii. *Marco regulatorio insuficiente.* No se ha establecido la legislación secundaria –normas y reglamentos–, que defina y dote de contenido a las “bases y modalidades” en que la Secretaría de Salud debe ejercer la coordinación del sistema de salud. En consecuencia, suele ocurrir que la función de rectoría queda sujeta a la buena voluntad de los múltiples agentes en el sistema o al carisma y liderazgo del titular en turno de la Secretaría, cuando debería ser un proceso perfectamente sujeto a reglas determinadas, con bases legales ex-

plícitas y sólidas. La falta de claridad en las características de la rectoría provoca conflictos innecesarios en la operación del sistema. En suma, la capacidad de la Secretaría de Salud de ejercer la rectoría depende sobremanera de la interrelación no normada de los diferentes agentes

- iv. **Carencia de un gabinete de salud.** Dada la responsabilidad tan grande concedida al sistema nacional de salud de precisamente dotar a la sociedad mexicana de salud y reconociendo la naturaleza multifactorial para lograrla, se requiere una labor conjunta de distintas secretarías y organismos del estado mexicano, liderados por la Secretaría de Salud, que actúen en conjunto para lograr el objetivo máximo: la salud de todos los mexicanos. El CSG está estructurado con ese propósito pero aún no ha sido dotado con la estructura organizacional que soporte estas responsabilidades
- v. **Limitaciones de respaldo político.** La Ley general de salud establece funciones de rectoría a la Secretaría de Salud que ésta no ejerce o hace de forma limitada. Como consecuencia de esta omisión por parte de la Secretaría, no existe orden en la prestación de servicios privados de salud y la calidad de los servicios es considerablemente heterogénea, la Cofepris requiere de una estructura organizacional que dé un mayor soporte al cúmulo de atribuciones que tiene conferidas

27

Los consejos de salud estatales se encuentran encabezados por la máxima autoridad política, el gobernador. A nivel federal, la Secretaría de Salud es miembro permanente de los cinco gabinetes que conforman la coordinación de acciones del Ejecutivo Federal, sin embargo, en materia de coordinación del sistema de salud, la máxima autoridad política, el Ejecutivo Federal, no preside este sistema

- vi. **Fiscalización inadecuada.** El ejercicio de la rectoría implica la supervisión y fiscalización del cumplimiento de los objetivos trazados por la función rectora. La Secretaría de Salud ha desarrollado un número importante pero insuficiente de las normas, mecanismos e instituciones de supervisión que permitan el desarrollo eficiente de todo el sistema

En la práctica, la independencia de los organismos de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE y otros sistemas de salud independientes como Banco de México, Fonatur, CNBS, CNSF, Nafinsa, Banobras, universidades estatales, etc.) están fuera de la supervisión y rectoría de la Secretaría de Salud, ya sea por insuficiencia de equipos de trabajo para lograrlo, o bien por falta de especificidad en las normas que debiesen aplicarse

vii. *El principio de elegibilidad por parte del paciente, que orienta el diseño del sistema de salud, está mal enfocado.*¹⁴ La elegibilidad por parte del paciente tiene detrás principios de un modelo conceptual que en la práctica es utópico, pues supone que la distribución de recursos es infinitamente flexible. Esto significa que, si en un tiempo definido, un volumen considerable de pacientes elige ser beneficiario de una institución en particular, la transferencia de los recursos se haría en forma automática, aun si esto generara que el resto de las instituciones que todavía no cuenta con ellos no cubriera con las aportaciones restantes incluso los costos fijos mínimos básicos, de modo que tuviera que cerrar sus puertas

Si la elegibilidad que se enarbola como principio no permite que el sistema “se ajuste” de esta forma, entonces la elegibilidad no presiona sobre la eficiencia de las organizaciones sino en su sobre costo de la atención. También presupone que la disponibilidad de servicios es infinita para las instituciones que han sido elegidas, porque de lo contrario la elegibilidad requeriría preselección o selección para evitar que ciertas organizaciones reconocidas como eficientes se saturaran por los pacientes, y entonces ya no sería un derecho real del paciente el elegir sino el ser elegido a su vez por esquemas o mecanismos externos a su derecho

Aceptando sin conceder que el sistema permitiera que el cambio realizado por el beneficiario no incurriera en mayores costos y que se garantizara el derecho de elegibilidad sin restricciones, se sigue sosteniendo la garantía de elegibilidad en la utopía de que la cualidad de ser escalable del servicio es infinitamente posible y viable. Esto significaría que las instituciones eficientes podrían, con el solo hecho de asignarles más recursos, lograr los mismos o mayores niveles de eficiencia. Asimismo, que el crecimiento de 100 a 200 camas o el triplicar el servicio no modificaría ni presionaría las estructuras administrativas y directivas, y que podrían garantizarse los mismos estándares del servicio

Un hecho fundamental para proponer erradicar el concepto de elegibilidad del paciente es que se supone el conocimiento y el acceso de éste a la información de forma precisa, oportuna e integral para tomar la mejor decisión. Este aspecto se refuta cuando los especialistas de la calidad médica y hospitalaria señalan que los pacientes perciben la calidad como diametralmente opuesta a lo que a la calidad técnica se refiere, porque priorizan los servicios complementarios de mayor medida, dado que son los referentes inmediatos mientras que las infecciones intrahospitalarias, insta-

laciones y equipos médicos de soporte de vida no están a la vista de los usuarios

Si la elegibilidad es resultado de la percepción de usuarios que no son especialistas de los modelos de atención médica, y esta elegibilidad será la que oriente el destino de los recursos públicos, entonces el sistema de salud está presuponiendo que el usuario es mejor tomador de decisiones que los evaluadores de su propio sistema. La elegibilidad del paciente como derecho es una declaración del nivel organizacional que abdica a dirigir, que pone en manos de los usuarios corregir a las instituciones por medio de su saturación de servicios o de su abandono

Sin embargo, en un sistema de salud con organizaciones públicas con contratos laborales rígidos e instalaciones que no se pueden reconvertir para fines distintos a los creados, la utopía de elegibilidad debe ser sustituida por la garantía a la atención de calidad, donde se deje la responsabilidad a quien le corresponda, se transfiera al paciente a la(s) unidad(es) o servicio(s) que resuelva(n) de mejor manera sus necesidades de salud, porque es el sistema el que debe procurar el mejor arreglo posible de la organización en favor del paciente; y generar los ajustes necesarios sobre las instancias y unidades de servicio que estén rezagadas. “Que el dinero siga al paciente”, sí, pero no en un sistema donde sea el paciente el que persiga por intuición a la institución que suponga que le presta el mejor servicio

29

En la actualidad, es necesario fortalecer la función de rectoría de la Secretaría de Salud debido a las razones que se explican a continuación.

- i. La necesidad de conducir al sistema nacional de salud hacia un nuevo paradigma de creación y desarrollo de la salud, como un enfoque complementario al de la atención de la enfermedad*
- ii. Darle orden y sentido a un sistema que opera de forma descentralizada con considerables desigualdades en cuanto a calidad, cobertura y oportunidad de la atención*
- iii. Remediar las intolerables iniquidades en la prestación de servicios entre las entidades federativas y entre las distintas organizaciones públicas y privadas*
- iv. Ordenar y mejorar la calidad de los servicios de salud en los sectores público y privado*
- v. Diseñar e instrumentar estrategias generales para enfrentar las transiciones epidemiológica y demográfica y los demás riesgos a la salud, con el fin de mejorar y mantener el estado de salud de la población*

Desde los años treinta del siglo XX hasta nuestros días, la federación ha intentado resarcir los faltantes. El sistema nacional de salud nació bajo la operación de los servicios a cargo de las entidades federativas, de allí que se señale que nace descentralizado. Fue la federación la que, al constituirse como órgano rector, asumió para sí responsabilidades de provisión de servicios: ordena, coordina y financia, pero con las limitaciones en la estructura organizacional para dar cobertura a la totalidad de sus funciones, en la práctica, no ha orientado al sector y la dirección de los servicios que se prestan son los que han sido funciones que se han descentralizado.

La falta de respuesta de la descentralización no se resuelve por antonomasia con la centralización. Aun a nivel local, los resultados son heterogéneos: con similares marcos jurídicos, financiamiento y estructuras, existen casos dignos de alabar. Al compararlos, el mayor diferenciador es el nivel de profesionalización y excelencia, así como la conformación de profesionales de la salud apoyados por grupos multidisciplinarios –al revés– que hablan un lenguaje común. Así de simple.

Se presenta un sistema agotado por las olas y vaivenes de transferir y concentrar autoridad en el manejo de los recursos. La reforma a la *Ley general de salud* (LGS) refleja esa problemática: en innumerables ocasiones se han transferido responsabilidades sin contar antes con el desarrollo de las capacidades gerenciales para poder ejercerlas de manera adecuada. Un ejemplo de lo anterior es que, frente a la heterogeneidad de necesidades existentes, una centralización de compra de insumos médicos permitirá ahorros, pero resulta aún mayormente complicado que este efecto positivo en términos financieros identifique a nivel central la disponibilidad en cantidad adecuada, tiempo y forma que requieren los servicios a nivel local. Esa es una disyuntiva permanente entre la centralización y descentralización del manejo de los recursos.

La centralización no es la respuesta a las deficiencias del sistema. Las reformas a la LGS de junio de 2014, que le permiten a la federación concentrar los recursos del Seguro Popular (SP) –aportaciones federales– en la Tesorería para administrarlos y transferir en especie bienes o insumos para la salud, son una clara expresión de una visión de centralización fallida: se está sustituyendo y desplazando la actividad operativa hacia la federación, a costa de restarle foco de atención al esfuerzo, que debe representar la responsabilidad principal para la federación: la rectoría del sector.

El primer plano de actuación en la rectoría se concentra en una agenda de acuerdos sobre prioridades enmarcadas en mejorar los

elementos ya existentes dentro del sector público de salud; en pocas palabras, en ordenar y mejorar lo existente. De forma paralela se presentan propuestas para generar una agenda de orientación y consensos hacia el triple propósito –administración, control y vigilancia–, pero desde el segundo plano: el sistema integrado de salud.

La administración, el control y la vigilancia de los riesgos sanitarios como parte de la responsabilidad rectora. En la reforma de 2001 se sentaron las bases legales y reglamentarias para garantizar a la población la cobertura de tres dimensiones de riesgos: sanitarios, de calidad, financieras. Se considera que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) ha tenido avances limitados en la fiscalización y vigilancia de las enfermedades por contaminación ambiental. Como elemento prospectivo para la atención, ha logrado avances en el rubro del agua, pero se requieren también en el del aire, confinamientos de residuos y suelo.

31

Principales problemas resultantes de las debilidades de la rectoría

A continuación se analizan algunos problemas que han surgido por causa de las áreas débiles de la rectoría.

- **Iniquidad.** *Existen grandes diferencias de accesibilidad y calidad de los servicios entre los sectores público y privado, entre las diferentes instituciones del sector público que prestan servicios de salud, en el interior de una misma institución y entre las diferentes entidades federativas. Más aún, hoy en día existen grupos de población vulnerable que no están cubiertos por los servicios de salud, sobre todo en las entidades federativas más pobres*
- **Inefectividad.** *La organización del sistema es inefectiva para responder a los retos que imponen las transiciones demográfica y epidemiológica, por medio de la implementación de estrategias con un enfoque de desarrollo de la salud que complemente al enfoque curativo. Existe una clara tendencia al aumento de la carga en el sistema de las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones, así como las derivadas de la violencia, las adicciones y las enfermedades mentales*
- **Falta de profesionalización en la operación.** *Hay escasez de recursos humanos capacitados para operar con eficiencia y con calidad al sistema, lo que implica ineficiencia en la asignación de recursos, duplicación de actividades administrativas, tramitología y otros costos que se imponen a los usuarios y al sistema*

- **Fragmentación.** El sistema está fragmentado en múltiples prestadores de servicio y la atención a la población está segmentada de acuerdo con su condición laboral. Los componentes público y privado están desvinculados y las instituciones públicas también están desvinculadas entre sí. Una misma persona puede pasar por varios subsistemas a lo largo de su vida, dependiendo de su situación laboral. La transición entre un subsistema y otro suele ser complicada por engorrosos trámites de diversa naturaleza, que suelen diferir entre instituciones. Todo ello obstaculiza la atención continuada e impone costos administrativos y de transacción en el sistema. Cada subsistema hace lo mejor que puede para atender a sus usuarios, pero estos esfuerzos dan como resultado duplicidades que elevan de manera innecesaria los costos administrativos. Además, la fragmentación irracional del sistema dificulta que la Secretaría de Salud ejerza a plenitud su función de rectoría
- **Saturación.** El sistema no cuenta con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda por servicios de salud de toda la población. Las debilidades en la planeación de la infraestructura provocan la saturación en algunos centros y unidades médicas, así como la subutilización de otros más
- **El personal de salud es el centro.** La organización de los servicios de atención médica están diseñados para promover la eficiencia en las labores del personal y profesionales de la salud, sin tomar en cuenta a los usuarios de los servicios
- **Falta de universalidad.** La atención no cubre todos los problemas de salud ni cubre a todas las personas
- **Opacidad.** La población ignora la calidad de los servicios de salud que está recibiendo. No existen estadísticas suficientes y oportunas sobre el desempeño de los distintos componentes del sistema de salud
- **Heterogeneidad en la calidad de los servicios.** El nivel de la calidad de la atención es en general insatisfactorio y altamente variable, en términos de los comportamientos diagnósticos y terapéuticos del personal de salud

Áreas desaprovechadas del sistema nacional de salud

En el sistema nacional de salud existen componentes relevantes en el ámbito social que han sido con frecuencia soslayados por los diferentes gobiernos. En consecuencia, no existe una clara visión

de qué hacer con estos sectores, y como resultante están apenas cubiertos por el marco normativo y difícilmente se han diseñado políticas públicas adecuadas para aumentar el beneficio social que pueden aportar. Las áreas desaprovechadas con gran potencial dentro del sistema de salud se explican a continuación.

- i. *El sector privado.* No se ha prestado suficiente atención al sector privado, al que se tuvo muy en consideración al inicio de la subrogación de servicios por parte del IMSS. Posteriormente se determinó un número de camas para pacientes sin recursos, después, desde el CSG se incorporó este sector junto con las aseguradoras a la mesa para crearles incentivos para la obtención de su certificación
- ii. *La medicina tradicional y otros tratamientos complementarios o alternativos.* Para 30% de la población que asegura que recibe servicios de este tipo en la atención de sus enfermedades, la Secretaría de Salud dispone desde apenas 2013 de una sola dirección de área
- iii. *La formación de recursos humanos y su capacitación.* La CIFRHS es una instancia que ya ha sido rebasada por las necesidades actuales del sector. Su papel para dirigir y coordinar los esfuerzos está restringido a organizar la dotación de espacios disponibles para los solicitantes que aspiran a realizar estudios de especialidades médicas. La brecha de insuficiencia de especialistas de nefrología, medicina familiar, geriatría, etc., sigue aumentando

33

La prestación privada de servicios de salud

La prestación privada de servicios de salud es un área desaprovechada del sistema nacional de salud: no existe una regulación suficiente ni se han instrumentado políticas públicas adecuadas al desarrollo del sector. Hasta la fecha sólo se han trabajado iniciativas aisladas, sin que se tenga una visión de conjunto de hacia dónde debería dirigirse el sector privado.

La estructura del mercado de servicios hospitalarios se caracteriza, por un lado, por un oligopolio en la prestación de servicios a los sectores de mayores ingresos de la población (A, B, C+) y, por otro, existe un segmento numeroso de hospitales y clínicas, en general de muy baja calidad, que prestan servicios a las clases medias. Existe un tercer segmento, poco numeroso, de hospitales privados que buscan brindar servicios de buena calidad a personas de ingresos medios. En el primer segmento, la falta de competencia redundará en precios altos y la calidad deficiente; el segundo representa una carga para el resto del sistema, porque muchos de los pacientes tienden

a empeorar y luego asisten a las instituciones públicas en un grave estado de deterioro.

La formación de esta estructura de mercado quizá se explique por el desarrollo del propio IMSS. En sus primeras décadas, el IMSS subrogaba los servicios de salud a hospitales y clínicas privadas, lo que favoreció su incipiente desarrollo. Cuando el IMSS construyó su propia infraestructura y dejó de subrogar los servicios, sólo los hospitales más grandes pudieron continuar creciendo y consolidándose, mientras que el resto tuvo enormes dificultades para modernizarse y subsistir.

La estructura oligopólica del mercado de prestación de servicios conlleva un alto poder de negociación de los hospitales privados hacia el sector asegurador. Así, el sector asegurador enfrenta altos costos que transfieren a sus asegurados, además de un elevado gasto de operación y bajos márgenes de utilidad, lo que se ha traducido en el escaso desarrollo de empresas aseguradoras especializadas en salud. En consecuencia, las aseguradoras no han tenido la capacidad de desempeñar su papel como promotoras de la salud; tarea que sí asumen en otras partes del mundo, para evitar el pago de padecimientos de alto costo.

El sector privado de prestación de servicios de salud no sólo es un área ciega, sino también una caja negra en lo que se refiere a la información necesaria para conocer lo que está ocurriendo en el sector y para su adecuada vinculación con el sector financiero. Los hospitales privados tienen incentivos para permanecer opacos, ya sea para ocultar los altos márgenes de utilidad o las deficiencias en la calidad. La falta de transparencia implica que el público carece de los indicadores y la información mínima indispensable para comparar los diferentes proveedores. Asimismo, esta opacidad impide que los pagadores puedan realizar su labor para disciplinar al mercado.

Existen incentivos perversos, dado que el prestador de servicios gana más entre más servicios proporcione, sin importar los resultados ni la calidad hacia el usuario de los servicios. Entre otras deficiencias, relativamente pocos hospitales privados han introducido los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) como métodos de pago prospectivo; existe poca uniformidad en la codificación de procedimientos del tipo del *Código de procedimientos terapéuticos* (CPT); no manejan un sistema de codificación uniforme y no existe un reporte unificado de indicadores clave de desempeño entre prestadores y pagadores. Basta mencionar que, a la fecha, el sector privado (hospitales y aseguradoras) no cuenta con un reporte unificado que permita monitorear el indicador elemental de “días de

estancia hospitalaria” por padecimiento ni por procedimiento en el conjunto de los hospitales privados que conforman el sector.

Dado que el sector asegurador es predominantemente multi-línea, casi no hay entidades especializadas en el ramo de seguros médicos, lo que ha provocado que esta línea de productos sea casi siempre deficitaria. La línea de negocios se mantiene sólo como parte de un portafolio integral de productos. La existencia de pocos expertos en el tema ha traído consigo la falta de profesionalización que también afecta a las aseguradoras. Otro obstáculo al desarrollo del sector asegurador es que las instituciones de seguros especializadas en salud (ISES), que se crearon en el año 2000 asumiendo una participación del sector privado en la seguridad social, por medio de la reversión de cuotas, están sobrerreguladas por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Secretaría de Salud, lo que les impone un alto costo de operación, sin que existan beneficios o incentivos claros. En cuanto a las primas, 97% de éstas corresponde a productos de gastos médicos y sólo 3% a productos de salud integral comercializados por las ISES.

El mercado asegurador padece deficiencias que evitan que los recursos se usen con eficiencia y que les impiden demostrar su valor en la cadena de los servicios de salud, más allá de meros intermediarios. El problema endémico del sector privado de seguros médicos es la falta de información, lo cual obstaculiza generar indicadores, negociar costos basados en el desempeño, monitorear desviaciones tanto de forma retrospectiva como prospectiva, entender las necesidades de los usuarios y hasta controlar sus propios gastos de gestión. Como consecuencia, las primas son tan elevadas que el incentivo mayor es que el conjunto de usuarios que renueva las pólizas de servicios es que mayormente son los enfermos. Tampoco hacen suscripción por riesgos diferenciados, salvo por edad y género. La falta de entendimiento y especialización hacia ese tipo de coberturas por parte de los reguladores ha ocasionado que la Ley impida a las aseguradoras de gastos médicos proporcionar coberturas que incluyan acciones de prevención y mantenimiento a la salud.

Existe un sector de servicios médicos poco estudiado y controlado, el cual está conformado, por una parte, por los programas de servicios médicos autoasegurados y, por la otra, por quienes los atienden, las llamadas administradoras de servicios médicos. El equivalente de estas últimas (TPA) en otros países, desempeñan un papel importante en el control de la calidad de los servicios y de los costos y que no existen hoy en día en nuestro país.

La medicina tradicional mexicana y las medicinas complementarias

La medicina tradicional mexicana comprende una amplia variedad de terapias y prácticas que varían entre regiones, que en ocasiones y para muchas personas puede considerarse como el nivel de atención primaria en salud. Una parte importante de la medicina tradicional es la herbolaria. En México se han inventariado cerca de 4 500 plantas medicinales y se estima que cerca de 80% de la población las utiliza para el alivio de al menos algunas enfermedades (Noguez, 2005). Otra parte está conformada por la atención del parto por parteras tradicionales. Las medicinas complementarias, por otra parte, han tenido una importante penetración en las sociedades, no sólo por los bajos precios sino, tal vez lo más importante, por su cercanía al paciente. Ambos casos, el de la medicina tradicional y el de las medicinas complementarias, parecerían ser puntos ciegos en el espectro de consideraciones de la medicina alopática y en el del sistema de salud dominante cuando debiesen ser considerados como opciones, en tanto no pongan en riesgo la seguridad y la vida de los pacientes.

Control democrático en el sector público de salud

El fortalecimiento del control democrático es uno de los elementos fundamentales para la consolidación institucional. Para los especialistas, los términos y las definiciones de control horizontal y vertical son ya comunes en el quehacer de gobierno, su relevancia es que se orientan a generar contrapesos en los aspectos específicos en los que se pueden generar actos de corrupción dentro de las organizaciones públicas, espacios gubernamentales destinados a la apertura y participación social, traducidos en avales ciudadanos, testigos sociales, contralorías sociales, etcétera.

Además de estos controles, existen aspectos concretos del ejercicio del poder y la promoción de acción gubernamental en la esfera de la salud, que tratan de satisfacer y dirimir los intereses genuinos constantemente tensionados o en pugna entre distintos actores quienes sirven, proveen y se benefician de la dotación de bienes y servicios necesarios por medio de la intervención pública. Los responsables de administrar los recursos públicos se enfrentan a una realidad constante, a resolver necesidades infinitas con recursos magros, escasos, y no sólo de índole monetaria, técnicos y

humanos. “*Se hace lo que se puede*”, esta frase informal resume el agotamiento del administrador público bien intencionado y refleja el porqué la reticencia formal a ser fiscalizado en sus decisiones, en el manejo de los recursos que se le asignan y en las implicaciones de los resultados que obtiene.

La transparencia y la rendición de cuentas es un principio del pacto social y del quehacer público, pero contrario a la naturaleza de las organizaciones que hoy hemos conformado. Nos desencantó el mercado —y la mano invisible de Adam Smith que aseguró que el mercado es el que distribuye con mayor eficiencia los recursos— y como contrapeso constituimos organizaciones que velaran por el interés público. Pero el Estado no ha sido el garante infalible para proteger y hacer exigibles derechos colectivos. En sociedades tradicionalmente paternalistas, como la nuestra, la actuación del Estado es limitada para preservar y proveer de los principales bienes y servicios públicos que están plasmados en la legislación.

37

La vía social, ciudadana, ha mostrado que puede intervenir y resarcir aun con tibieza ese interés público que se señala, pero ha sido posible sólo en donde lo gubernamental le permite entender la compleja red de normas, procesos y estructuras que sirven como barrera de obstáculos para los no versados. Casi todas las leyes y reglamentos de este país dan espacio a la presencia participativa social.

A la luz de los resultados de la intervención pública que ha dado espacio a la participación ciudadana, las tendencias muestran efectos regresivos que de manera mayoritaria han tenido las políticas públicas de las últimas décadas,¹² presentan resultados no sólo lastimosos sino aberrantes en ocasiones, que hacen preguntarnos: ¿dónde hemos estado todos?, ¿y de qué han servido los controles horizontales y verticales? y ¿hacia dónde entonces hemos estado dirigiendo las miradas? Hoy el recuento de controles se ha dirigido llanamente hacia que se gaste más en la producción de bienes y servicios públicos, a que la actividad pública refleje que esos recursos tienen efecto en su volumen de atención o bienes, a que no haya subejercicio, a que se compre lo que se pidió, a que no “sobre” lo que se compró, a que se reporte para la numeralia y para los informes respectivos con las cifras correctas.

Resultados e impactos no son conceptos que formen parte del léxico genuino de las acciones de salud ni del resto de los programas públicos, la nascente terminología y metodología que hoy es pública permite que todavía un gran número de instituciones presenten como resultados lo que son acciones, y por acciones lo que son

resultantes de procesos sin valor público. La apreciación de las evaluaciones de Coneval siempre son controvertidas y criticables por los criticados, así, con estos vicios del entramado público, el ciclo de retroalimentación no se completa y la planeación se desdibuja. La medición de impactos es una tarea pendiente del quehacer público.

Los espacios gubernamentales destinados a la apertura y participación social, traducidos en avales ciudadanos, testigos sociales, contralorías sociales, han sido una buena oportunidad en el ámbito de lo federal de promover la transparencia y ser incluyentes pero en una especie de invitación acotada, en donde las reglas de cortesía dictan que es a invitación expresa de las dependencias o entidades o cuando la importancia monetaria de las adquisiciones denoten potenciales reflectores privados y/o mediáticos.

La transparencia ha quedado restringida, limitada a una sola de sus condicionantes, la de dotar de información, pero ni las justificaciones de las decisiones públicas ni los ajustes necesarios –vinculantes– han tomado expresión en estos intentos públicos de sacudir a sus organizaciones por medio del escrutinio de unos cuantos en muy pocos y marginales ángulos del quehacer gubernamental. De allí que, a diferencia de los grandes temas nacionales que están bajo el constante escrutinio público, no exista aún un proyecto asociado con lo que se conoce comúnmente como *observatorio de la salud*, entendido éste, como un esfuerzo permanente de los grupos ciudadanos en monitorear los resultados de gobierno y hacerlos entendibles y públicos.

Las organizaciones gubernamentales que se encargan de la administración de cada vez mayores recursos en materia de salud, en general, son las denominadas empresas paraestatales –o sector descentralizado– y desconcentradas. Son responsables de incrementar la prestación de los servicios médicos y han contado de manera paulatina con mayor flujo de los recursos. Su autonomía de decisiones y manejo independiente de ingresos y gasto les permiten mayor flexibilidad para el logro de sus objetivos, pero también se ha encontrado latente el riesgo de un manejo discrecional inequitativo porque no se han activado los contrapesos suficientes para que, tanto la administración de estos recursos, como el llamado a cuentas, se den en forma equilibrada.

En materia de salud, los números nos dan cuenta de la relevancia de este tema: de 2000 a 2006 el presupuesto federal se duplicó, y de 2006 a 2012 se triplicó, pasó de \$42 mmp a \$113 mmp. Los recursos públicos se tradujeron en estos últimos 6 años en un crecimiento de 50% para la dependencia que se encarga de normar

y definir las políticas; en un incremento de 375% para el órgano financiador de servicios desconcentrado Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que goza de una semiautonomía, y se incrementaron en más de 80% para las entidades paraestatales, como los institutos nacionales de salud (INS) y el DIF, principalmente.

Sin embargo, después de 12 años en que la enorme cuantía de recursos han dejado inalterados los más importantes indicadores de mortalidad maternoinfantil y de comorbilidad de la población y han dejado pendientes las metas del milenio, con nulos avances en la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas, la enseñanza financiera en salud no dista de la que nos dicta el sentido común, se requiere una ruta eficiente para usarlo: el dinero sirve para financiar *soluciones*, no sirve en sí mismo para resolver *problemas*, pues agregar recursos financieros a los problemas sin solución, sólo los amplifica.

39

Los avances en materia de atención médica, investigaciones científicas y formación de especialistas son evidentes, pero el concentrarse mayormente en dotar al sector salud con mayores insumos no permite por sí mismo obtener los impactos esperados, se requiere llamar a cuentas a las instancias públicas y en especial las federales para que socialmente se pueda formular una simple pregunta con esta disponibilidad de recursos entregados al sector: ¿cuánta salud se debe obtener por ese dinero?

El sistema de salud ha diferenciado y separado la responsabilidad de quienes se encargan de la dotación de servicios de aquellos que generan y proponen mejoras por medio del conocimiento científico médico, una diferencia entre el quehacer de los centros hospitalarios y los institutos de investigación. En la actualidad, menos de 20% del presupuesto de los institutos nacionales de salud se destina a actividades de investigación.

En algunas de las instituciones de salud descentralizadas, se cuenta con órganos de gobierno que velan en esencia por cuatro cuestiones importantes: generar directrices para que se cumplan los objetivos, el acervo patrimonial, evaluar los resultados y velar por el apego legal. Con ello se pretende apoyar y fortalecer el trabajo del cuerpo directivo que administra de manera directa la organización pública, y se espera, con este equilibrio de poder, lograr vincular la operación con los grandes trazadores de políticas públicas en el marco de la legalidad.

En la práctica, es general que en órganos descentralizados de salud se dé un proceso endogámico: los órganos de gobierno se han conformado en su mayoría por los “mismos especialistas/funcionarios”,

por los miembros de otros cuerpos directivos gubernamentales similares, miembros que pudiendo ser independientes son en ocasiones parte de la estructura pública y por lo tanto su opinión y criterio están comprometidos por la subordinación laboral frente a quien encabeza la Junta de gobierno. Esta situación compromete el rigor de los pares, limitando la rendición de cuentas.

Habría que recordar que se agregaron al sector salud desde 2006 proyectos público-privados hospitalarios, los llamados PPS, cuya finalidad era generar atención especializada al sector público y que hoy presentan una subutilización con enormes costos sociales: sus niveles de ocupación representan entre 30 y 40%, alcanzando sólo uno de ellos el nivel de 65%, el más alto, y que corresponde al proyecto de mayor antigüedad, con 5 años de operación. Todos ellos cuentan con importes como pagos mínimos fijos anuales de no menos de \$200 millones de pesos cada uno. Como es posible apreciar, la agregación de recursos no ha sido exitosa.

Hacia dónde dirigirse. La mayoría de los elementos estructurales están presentes, un marco legal proclive, la conformación de grupos ciudadanos y grupos de especialistas interesados y organizados, pero hay desarticulación, se requiere resolver aspectos puntuales de intervención social: dónde, cuándo, cómo y con quiénes. En casos como las instituciones públicas de salud, donde el esfuerzo por transferir recursos para resolver necesidades de atención médica son apremiantes, debería haber una proporción de consejeros independientes elegidos entre organizaciones ciudadanas de especialistas o como representantes de las mismas, seleccionados con base en que acrediten conocimiento, experiencia y confidencialidad en el seno de estos órganos de gobierno. Esto permitirá equilibrar las debilidades que hoy subsisten relativas a lo que inicialmente se señaló, que las instituciones y quienes sirven en ellas son por naturaleza renuentes a dar cuenta de las decisiones del poder público que detentan.

Gobernanza

El término gobernanza no tiene un significado único y aceptado por todos los especialistas. Por ejemplo Weiss (2000) enlista siete diferentes definiciones de siete organizaciones y la OECD (2009) otras diecisiete. En este documento, se utiliza la definición de gobernanza de la Organización Mundial de la Salud,¹³ que consta de las tres dimensiones que se describen a continuación.

- i. *“El ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la gestión de los asuntos de un país en todos los niveles, que comprende los mecanismos, procesos, relaciones e instituciones por medio de las cuales los ciudadanos y los grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones y median sus diferencias*
- ii. *Las tradiciones e instituciones mediante las cuales la autoridad en un país es ejercida para el bien común, incluyendo los procesos por los cuales los que tienen autoridad son elegidos, controlados y reemplazados; la capacidad del gobierno para gestionar con eficacia sus recursos e implementar políticas sólidas; y el respeto de los ciudadanos y el Estado por las instituciones que gobiernan las interacciones económicas y sociales entre ellos*
- iii. *El proceso de creación de una visión de la organización y la misión –lo que será y lo que hará– además de la definición de las metas y objetivos que se deben cumplir para lograr la visión y la misión; de la articulación de la organización, sus partes interesadas y las políticas que se derivan de estos valores; las políticas relativas a las opciones que sus miembros deben tener a fin de lograr los resultados deseados, y la adopción de la gestión necesaria para el logro de esos resultados, así como la evaluación del desempeño de los directivos y la organización en su conjunto”*

41

El sistema de salud está segmentado y fragmentado. Desde su origen, la visión integral del sistema de salud no es precisa. En 1943, el gobierno fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) siguiendo el modelo alemán de seguridad social establecido por el canciller Von Bismarck en el siglo XIX, como un modelo aspiracional. En ese mismo año, el gobierno fusionó el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) como dependencia rectora y autoridad sanitaria.

El IMSS sólo amparaba a los trabajadores y, después, a sus familias, dejando fuera a la población que no estaba adscrita a los sistemas de seguridad social. Para brindar atención médica a esa población, se crearon los servicios coordinados de salud, al margen del modelo ideológico inicial. Así, la SSA quedó a cargo de la prestación de servicios a la salud de la población abierta (sin seguridad social).

La separación entre instituciones de seguridad social y de salud tiene su origen en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, puesto que tutelan dos derechos constitucionales distintos: por un lado, el artículo 123 establece el derecho a la seguridad

social para los trabajadores y, por el otro, el artículo 4º determina el derecho a la protección de la salud, que cubre a todos los mexicanos. En el derecho a la seguridad social queda implícita la obligación de los patrones de resarcir los riesgos de trabajo y las enfermedades laborales, pero fuera de estos límites, no existe el derecho del trabajador a la atención de su salud. Posteriormente, los derechos de los trabajadores se extendieron a sus beneficiarios, lo cual justifica la aportación del estado mexicano a la seguridad social, para convertirla en tripartita. Los derechos a la seguridad social y a la protección de la salud no son compatibles ni pueden fundirse, por lo que tendría que modificarse la constitución para fusionar ambos sistemas; sin embargo, sí pueden y deben ordenarse. Un principio del cual se debe partir es que los componentes del sistema de salud deben estar coordinados por una entidad rectora.

Otro problema para la gobernanza lo constituye el oscilar del péndulo entre descentralización y centralización. Así, en los años ochenta del siglo xx se crearon las jurisdicciones sanitarias, siguiendo el énfasis en la atención primaria a la salud que trajo consigo la *Declaración de Alma Ata* de 1978. El esquema de jurisdicciones sanitarias no tiene cabida en un sistema centralizado, por lo que se lleva a cabo una primera fase de descentralización de los servicios a partir de 1985, creándose los sistemas estatales de salud. Infortunadamente, la descentralización fue incompleta. El IMSS-Coplamar (después IMSS-Solidaridad, IMSS-Oportunidades y ahora IMSS-Prospera) no terminó de descentralizarse e introdujo un elemento más de desorden al sistema.

La última fase de descentralización culminó con la reforma a la *Ley general de salud* de 2003 y el establecimiento del Seguro Popular, por la cual se tutela el derecho a la protección de la salud. Por ley, todas las personas que lo deseen deberían estar afiliados al Seguro Popular en 2012. En esa reforma faltó claridad en el diseño de algunas de las nuevas figuras jurídicas, lo cual complica la gobernanza del sistema.

Por ejemplo, el régimen estatal de protección social en salud (REPSS) fue concebido como un órgano de gobierno con funciones rectoras en los sistemas estatales; sin embargo, no se le otorgaron las atribuciones necesarias. En la práctica, la mayoría de los REPSS se limitan a su función de pagador de servicios. El proveedor de servicios no debería depender o estar vinculado organizacionalmente con el REPSS, como ocurre en nuestros días, a fin de que puedan incidir en la mejora de la calidad de los servicios por medio de la asignación de recursos mediante la firma de acuerdos de gestión.

Los REPSS deberían tener bajo su cargo, en un solo fondo, todos los recursos que se destinan al gasto en atención médica si es que se les concibe como verdaderos pagadores de las intervenciones garantizadas. Los secretarios estatales de salud deberían ejercer los recursos destinados a la salud pública y las estructuras prestadoras de servicios (OPD) deberían ser instancias autónomas separadas de la rectora estatal, en la figura del secretario estatal de salud.

En la actualidad, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) asigna buena parte de sus recursos a desempeñar el papel de revisor de facturas, renunciando a las funciones de rectoría que le otorga la ley, por lo que las instancias que tienen facultades para ejercer la rectoría del sistema no lo hacen.

El sistema de protección social en salud

43

Es importante detenerse y recordar que la garantía al derecho a la salud (Afilación total) y la ampliación de la cobertura del país han sido extraordinarios, en 2013 cubren ya 97% de la población mexicana (cobertura total) dos organizaciones públicas que prestan servicios de salud –IMSS y Seguro Popular (SP)–. Sin embargo, la seguridad social presenta un deterioro financiero que pone en riesgo permanente la prestación de servicios médicos. Por otro lado, la garantía de afiliación total se recarga cada vez más en el esquema de aseguramiento del SP, con 47% de la población mexicana. Más allá de los beneficios por el acceso a servicios médicos que reciben los asegurados del Seguro Popular, existen para este esquema dos aspectos de cuestionable preocupación: la protección financiera y la ampliación de la cobertura.

Con base en los datos de 2012, la evaluación del INSP calculó el gasto en salud de los no beneficiarios al SP que sumó \$2 406 pesos anuales. Un dato relevante para tener en mente es que los recursos públicos destinados para los beneficiarios del SP suman poco más de \$2 500, esto significa que el valor esperado del gasto en salud de éstos debiese ser significativamente menor al compararse con quienes no cuentan con el SP. Sin embargo, las cifras hablan por sí solas: los beneficiarios gastan \$1 951 pesos, y la probabilidad de incurrir en este gasto sólo baja 4% frente a los que no tienen este seguro. Esto significa que el costo de la cobertura de riesgos financieros del SP es negativa desde el punto de vista económico, pues con una aportación pública de \$2 500 pesos por persona le genera a ésta una reducción de sólo \$454.

Mecanismos, principios e incentivos que reorientar

Afiliación

En 2014, el sistema de protección social en salud (SPSS) protege a más de la mitad de la población de este país. Pero si en un estudio ciego presentáramos a un investigador, la composición de afiliación que hoy registra el SPSS nos diría que estamos hablando de un país de bajos ingresos, ¿por qué? Porque nos dice algo muy distinto a lo que aseguran los informes oficiales:¹⁴ el padrón de beneficiarios del SPSS, primeramente, nos dice que hay más pobres que lo que el resto de los informes oficiales reportan; segundo, arroja que aún no ha terminado su objetivo, que la población de alrededor de 1.5 millones de la Cruzada Nacional contra el Hambre, con necesidades más apremiantes, aún no está cubierta aunque el nivel de financiamiento en adelante será solo similar al crecimiento poblacional. En el caso del SPSS, sus cifras nos indican que los grandes números fallan... y los pequeños también.

Los múltiples informes nos dicen otra realidad: que hay población que está recibiendo un subsidio sin que corresponda su perfil para ello y que, desde 2014, los recursos públicos para este propósito sólo reconocerán el crecimiento natural de la población. Pero, además, la información disponible en términos de prestación de servicios nos dice que, en una década, la tasa de crecimiento de afiliación comparada con la tasa de crecimiento de consulta y egreso esperada, no corresponden, a pesar del crecimiento de la infraestructura y servicios. La forma de acreditar que la información reportada es correcta es asegurando ya sea que la población incorporada es sustantivamente más sana o que el acceso de este creciente número de beneficiarios es cada vez menor. Si no deseamos posar nuestra mirada en el nivel de eficiencia de las estructuras que afilian, de las que procuran el acceso de los servicios y de las que continúan financiando este sistema, entonces estamos frente a una perspectiva de afiliación refutable de manera absoluta: una población sustantivamente más pobre (afiliación) pero mucho más sana (accesibilidad) y con una población objetivo ya cubierta (financiamiento).

La afiliación universal es el logro que tiene mayor progreso. Sin embargo, el incentivo económico de afiliación se pervirtió, porque están incorporados grupos que hoy la federación subsidia en forma íntegra, cuando debieron contribuir con aportaciones. El subsidio que la federación debería destinar para no más de 40 millones de

habitantes que conforman el grupo no contributivo de los deciles I a IV que no tienen seguridad social, de acuerdo con la *Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares* de 2012, en ese año se destinó para 52.6 millones de afiliados, de acuerdo con la clasificación socioeconómica del padrón de beneficiarios del SP. Es necesario tomar decisiones sobre: bien sea modificar el perfil de subsidio para ampliarlo y no perder así beneficiarios; o bien, reclasificar a quienes acceden y eliminar la simulación de afiliación.

Las cifras globales conllevan a conjeturas erróneas, ya que conforme al padrón de beneficiarios los deciles más bajos estarían ya cubiertos. Sin embargo, tanto los informes de la Cruzada Nacional contra el Hambre, como de acuerdo con la *Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares* de 2012, 11.2 millones de personas de los deciles I al IV no tenían acceso a la seguridad social en salud. Esta cifra es equivalente a 21.2% del padrón del Seguro Popular de diciembre de ese año.

La cobertura efectiva presenta su mayor limitación en dos frentes: por un lado, es difícil llegar a la población para reafiliarla y, por el otro, hay quienes teniendo formalmente ese derecho lo ignoran y no hacen uso del servicio. El padrón de beneficiarios muestra que la federación está financiando a todos los deciles I y IV, precisamente de localidades, regiones y municipios en donde las condiciones de reafiliación se complican (ya sea por deficientes operativos, pocos recursos para reafiliar o difícil acceso). Resultaría más permitente la promulgación de una afiliación o reafiliación universal en estas regiones de alta marginación o difícil acceso –como un derecho o afiliación *per se*–, porque se eliminaría el obstáculo burocrático al beneficiario que más requiere el servicio que le impide ejercer su derecho a la salud.

Las comunidades en su conjunto pueden ser informadas en forma masiva de que cuentan con este derecho, que de forma individual o pulverizada, como ahora ocurre. El Seguro Popular planteó una afiliación progresiva y voluntaria por un plazo perentorio previendo de manera paralela la puesta en operación de la infraestructura y del sistema, pero habiéndose cubierto éste, habría que pensar en la transformación del mecanismo de incorporación y sostenimiento a uno de corte obligatorio que elimine el proceso administrativo para la afiliación, asociándolo más con un derecho que con una posibilidad.

Los incentivos económicos no están alineados: las fuentes de financiamiento están orientadas a la demanda potencial no a la demanda real. Esto significa que el mayor esfuerzo se está basando

en obtener registros de beneficiarios (afiliación) para conseguir la transferencia financiera de la federación (ingresos), no necesariamente en acercar o hacer accesibles a la población (usuarios) los servicios que necesitan (gasto). La mínima reducción del gasto de bolsillo en salud en 10 años, de 52 a 49%, sólo se explica si el acceso efectivo de los servicios está inhibido en un modelo de financiamiento en donde el flujo de ingresos no promueve que el gasto se oriente a la demanda real.

Así pues, la afiliación *per se*, deberá redefinirse como la transferencia potencial para el financiamiento del usuario real. Esto permite un cambio en el comportamiento actual del modelo de atención y continuar con el proceso de simplificación de las reglas de contribución federal. Al inicio, la transferencia de recursos se calendariza por el techo anual de ingresos con información proveniente de una agencia independiente como el INEGI por medio de su *Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares*, que delimita el nivel de subsidio máximo posible conforme a los deciles y no conforme a los registros socioeconómicos del propio estado, que difieren enormemente con el resto de las fuentes de información oficial.

Los ingresos que se transfieran serán resultado del primer contacto de atención en salud (demanda real), lo cual vincula de manera directa la fuente de financiamiento con el destino del mismo (ingreso/gasto) generando el incentivo económico sin buscar a quien afiliar, sino a quien atender. Hoy en día, la información socioeconómica que proporciona el INEGI tiene un grado de desglose que permite una aproximación y estimación más exacta del perfil socioeconómico de la población por el lugar donde vive vía las áreas geográficas económicas básicas (AGEB), en lugar de la aplicación de la *Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar* (Cecasoeh), quedando la aplicación de esta última sólo para el usuario que no esté de acuerdo con la clasificación socioeconómica que resulte por su AGEB. Esto permite que el nivel de subsidio no se distorsione, porque estaría acotado a un máximo posible con respecto a los deciles establecidos por el INEGI.

El modelo inicial de la CNPSS y los RPSS requiere de una instancia superior de tutela de derechos, los REPSS institucionalizaron el rol de gestores que tutelan el derecho individual de los usuarios, pero pulverizado. Es necesario institucionalizar una instancia similar a las nuevas *Accountable Care Organizations* (ACO), propuestas en la Reforma de Salud del presidente Obama; son organizaciones que responden por la salud de una población, a niveles locales

de grupos definidos y velan porque el pago esté ligado a metas de calidad y convenios de desempeño. Con esta nueva figura se cambian los incentivos, porque su función es lograr los mayores vínculos, acuerdos y coordinación entre las instancias locales de salud que contribuyan para ese propósito. Su objetivo está definido con claridad como lograr la mejor salud posible para toda la población, no sólo para los que llegan a centros de salud. Desde luego que esos convenios involucran reformas gerenciales y organizacionales en la entrega de servicios.

El modelo de atención del Seguro Popular consideró desde su creación que se presentaría una tensión inherente: la extensión de la cobertura con el aseguramiento universal provocaría una demanda creciente, que junto con la existencia de una barrera de limitaciones financieras en el mediano y largo plazos traerían como posible riesgo una deficiente atención o subatención en los servicios. Pero el modelo formuló una válvula de presión que impediría que se acumulara esa demanda: el compromiso de recursos importantes, no menos de 20% de los fondos transferidos al Estado, para las acciones preventivas a los beneficiarios del Seguro Popular son las que evitarían la explosión de costos de la atención curativa; de hecho, más de la mitad de las intervenciones médicas del Causas se dirigen a la prevención. El Programa Nacional de Salud 2012-2018 recoge el ánimo gerencial de esta política preventiva: *“son demasiados recursos para prevención” “no se pueden gastar cuando hacen falta en otros rubros”*.¹⁵

Los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC) deben reordenarse. Bien sea para fusionarse con los recursos administrados por los REPSS o bien fortalecido el marco legal de la salud pública. Del monto de recursos destinados al Seguro Popular, la federación separa desde el año 2003 un Fondo de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC), en donde determina acciones de prevención y detección temprana para la población en general, lo que se denomina como el financiamiento de los *bienes públicos*. Cuestionada la discrecionalidad de distribuir estos recursos, tanto por estados como por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), fueron por fin publicadas las reglas de distribución que se aplicarían desde 2011 y que hacen referencia a la forma en cómo irán creciendo cada año estos recursos para los estados.

En esencia, la fórmula muestra cómo se calcula el *crecimiento* de los recursos que los estados recibirán, proporcionalmente mayores

conforme mayor sea el presupuesto y la tasa de crecimiento de la población marginada del propio estado. Sin embargo, nunca se explicó con razones convincentes la *base* de distribución, no hubo claridad por años y no se justificó con la publicación de la fórmula. Si en su manejo hubo discrecionalidad, la fórmula la institucionalizó. De allí que la creación del fondo que retira recursos de una misma bolsa, para un mismo objetivo, no guarda ya ningún sentido; en especial cuando la orientación de acciones que ejerce la federación se da por medio de la rectoría y las acciones de coordinación por medio del Consejo Nacional de Salud.

La segunda alternativa del FASSC que se ha señalado es que éste debe ser regulado legislativamente, dado que no existe una garantía explícita para la salud pública, es decir, existe una laguna ya que no es concebida en el ámbito legal como servicios de salud a la comunidad. Sólo se protegieron por ley los servicios a la persona con el Seguro Popular. La garantía de servicios de salud pública estuvo ausente en la propuesta inicial y en las revisiones y reformas posteriores. Es una tarea pendiente en la agenda legislativa. La salud pública también tiene que ser fondeada y protegida de manera legislativa, y la urgencia radica en que existe una dispersión financiera en cuentas y fondos diversos destinados a la salud pública que no tienen lógica integral y por lo tanto limitan su planeación, aunado esto a que tampoco cuenta con una garantía explícita de su utilización por parte de los estados al igual que por la federación.

La aportación estatal es un aspecto relevante. Es una fuente de financiamiento señalada en un acuerdo legal y social traducido en las intervenciones médicas y de atención. Las aportaciones se rigen por dos esquemas: el *Catálogo universal de servicios de salud* (Causes) y los establecidos en los relacionados con el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC). El arreglo legal estipula los mecanismos normativos entre los distintos órganos colegiados y los procedimientos, entre ellos actuariales, para hacerlos acordes con ese propósito. Este somero recuento alerta sobre la necesidad de que la atención médica destinada a los servicios de diálisis y hemodiálisis que prestan algunas entidades a favor de su población sea considerada como un esfuerzo relevante de la atención médica a la población que así lo requiere y, considerado y tomado en cuenta por la federación, quizá, para ser apoyado por fondos distintos a lo que se consideran parte del Seguro Popular.

Sería preciso incluirlos ya dentro del Causes o de la cobertura del FGC, reconociendo su impacto actuarial en el sistema, de lo con-

trario se corre el riesgo de que la aceptación de gastos de atención médica distinta a lo que prevalece dentro del Causas y el FGC genere en principio una actuación fuera del marco legal establecido, y fomenta en adelante la aplicación de recursos para fines distintos por parte de todas las entidades federativas.

Sostenibilidad financiera

Es necesario hacer una revisión general de los elementos que es importante fortalecer: a) el modelo de atención; b) los costos que involucra; c) los mecanismos de financiamiento, y d) otras fuentes de financiamiento, como son los niveles de subsidio.

- a) **Modelo de atención.** *Es imprescindible el liderazgo médico apoyado en grupos multidisciplinarios. Involucra apoyos continuos a la profesionalización de cada uno de los niveles de responsabilidad, administrativa y médica. La carga de trabajo asociada con la sobrerregulación normativa está dando como resultado una ineficiencia del gerenciamiento de quienes están a cargo de la definición del financiamiento de los servicios a nivel estatal. En este modelo de atención existen limitaciones en cuanto a la dotación de herramientas tecnológicas y sistemas informáticos que permitan aligerar las cargas rutinarias de trabajo*
- b) **Costos.** *Las economías de escala de la compra de insumos para la salud son correctas, se dirigen por medio de la Comisión de Negociación de Precios de Patente y Únicos. Sin embargo, esta responsabilidad de agrupación de las compras estatales genera que la Secretaría de Salud dirija sus esfuerzos en actividades administrativas. Los estados deberían conjuntamente, formular y encabezar estas acciones administrativo-operativas, debiendo ser ellos mismos los que generen los procesos de compra, con asesoría y supervisión de la federación (SFP y SS). La transferencia de habilidades gerenciales debe ser la norma para este proceso, no la sustitución de responsabilidades. Hoy en día queda clara la urgencia de reorientar las acciones administrativas de las entidades federativas: en ocasiones los costos de distribución, almacenaje y dispensación son tres veces más caros que el costo del medicamento, y representa por sí mismo un precio más elevado que 30% del volumen por caja que se mueve, todo ello sin considerar los costos de la ineficiencia*
- c) **Mecanismos de financiamiento.** *Los REPSS tienen bajo su cargo la planeación del financiamiento para las unidades de servicios*

médicos, este aspecto queda limitado a un subconjunto de los recursos federales que provienen de la CNPSS, ya que otra parte de estos recursos se destina al FASSA,¹⁶ del cual los REPSS no tienen control ni participación en el destino de dichos recursos

- d) **Niveles de subsidio.** Contribución Solidaria Federal (CS) deficientemente calculada. En el esquema de la seguridad social, la CS se determina por cada asegurado y el impacto económico para los beneficiarios es a 3.5, es decir, 28.6 por persona. En el SP, la CS tiene un impacto económico menor,¹⁷ es de 25 por persona. Al elaborar las estimaciones actuariales sobre el grado de desfinanciamiento que esta diferencia en la CS significa para el SP, se presenta una enorme iniquidad financiera: la diferencia entre estos dos tipos de beneficiarios (entre los del IMSS y el SP) significa que la CS que le otorga el SP por cada beneficiario no cubre el financiamiento de 10 años en la línea de vida. En otras palabras, que de inicio la CS en el esquema de aseguramiento del SP es ya desfavorable porque le exige la obtención de fuentes adicionales –aun no previstas– o si no colapsará en lo financiero 10 años antes de prescribir el derecho legal de la atención médica

Con esta forma de cálculo deja por sí misma de ser un subsidio progresivo a favor de compensar necesidades. Pero el nuevo cálculo de la CS deberá considerar el perfil epidemiológico –es decir, la carga de riesgo en salud– de la población que será atendida por el SP, ya que la demanda y complejidad de servicios aumenta cuanto menores son los ingresos de la población y menor ha sido el contacto permanente con acceso formal a los servicios de salud.

Concepción errónea de demanda

Este modelo de atención está basado en un esquema de financiamiento que se orienta a la demanda de servicios por parte de la población, creando una diferenciación con el resto de los esquemas de financiamiento tradicional del sector salud que distribuye los recursos conforme al gasto histórico en que incurren las unidades médicas y centros hospitalarios. A este último mecanismo de distribuir los recursos se denomina presupuestación burocrática, ya que se basa en garantizar el financiamiento de la infraestructura, a diferencia de la primera llamada presupuestación democrática que se basa en garantizar que los recursos estén previstos para atender al usuario.

En el caso del SPSS, se presenta en el modelo de servicio no un solo tipo de demanda, sino dos. Es importante distinguir la deman-

da potencial (afiliación, el número de usuarios potenciales) de la demanda real (necesidad, el número de usuarios que acudieron a recibir atención). En la actualidad, el financiamiento para las entidades federativas se basa en una fórmula determinada en gran parte por el número de personas afiliadas y, por ende, por la demanda potencial. Como consecuencia de la reforma de salud con la creación del SPSS, la “presupuestación burocrática” orientada, como se comentó con anterioridad, a satisfacer la oferta de servicios y los requerimientos de los prestadores de servicios, está siendo reemplazada de manera gradual por lo que se ha denominado “presupuestación democrática”, que garantiza que el dinero siga a la necesidad de la gente y financie la demanda de los servicios.

En nuestros días, el proceso no se ha concebido como una transición de esquema de financiamiento y presupuestación. En la práctica, continúan conviviendo estos dos tipos de presupuestación; la primera para determinar de manera exclusiva el *nivel de ingresos* por recibir (presupuestación democrática), se calcula y se formaliza para la transferencia de los recursos a las entidades federativas a través en efecto de las necesidades de los afiliados; en el segundo esquema (presupuestación burocrática), se aplica para la *determinación de gasto*, es decir, se distribuyen los recursos conforme a los requerimientos de la infraestructura sanitaria y al volumen de servicios, que no por necesidad está vinculada con las necesidades y demandas, ya que los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad se encuentran geográficamente pulverizados y dispersos (pobreza y grupos indígenas), o bien, el contacto para hacerles llegar el servicio es costoso (adultos mayores e individuos con limitaciones de movilidad).

La afiliación es, pues, el componente predominante de la demanda potencial con que se calculan los ingresos, pero el ciclo del dinero ya durante el ejercicio presupuestal para la entrega de recursos para financiar los servicios, debería continuar con el objetivo de procurar el acceso efectivo para quienes necesitan de ellos, sin embargo, como se ha descrito, esto no orienta el gasto, sino que éste continúa dirigiéndose sobre una infraestructura y servicios que presentan poca flexibilidad de cambio para atender una demanda geográfica y epidemiológica distinta. Si bien el principio de que el dinero sigue al paciente (necesidad/demanda) se da de forma real en la presupuestación de los ingresos, a nivel meso, acceso efectivo de la “última milla” de la cobertura afiliada, aún no está presente en las reglas para hacer valer este principio básico.

Débiles incentivos para equilibrar la calidad y la eficiencia

En el SPSS se ha señalado que los incentivos para estos propósitos se reflejan en la afiliación y reafluación. Se afirma que si los estados ofrecen una atención dispendiosa, el dinero recibido no será suficiente para satisfacer la demanda, pero si la calidad es baja las familias no se reafluarán.

Hoy en día dentro del SPSS como en la seguridad social, conviven estos dos fenómenos, afiliación creciente, con insuficiencia de servicios creciente. La corrección prevista en el sistema para incentivar la calidad y la eficiencia por la vía de la afiliación y reafluación no se cumplen. Las razones se circunscriben en la falta de bienes y servicios sustitutos, la incompetencia gerencial de adquisiciones con reducido costo pero igualmente bajo valor agregado para el proceso de atención médica, un servicio deficiente siempre será mejor que la falta de él, la respuesta limitada no genera desincentivos a la afiliación o reafluación cuando existe demanda real de los servicios. Las distintas evaluaciones dan cuenta que la reafluación merma cuando no existe acceso real al servicio, por lejanía o falta del servicio demandados, porque desconocen que tienen el derecho, o bien, cuando los costos de las acciones de reafluación son muy elevados para llegar a las comunidades dispersas.

Las acreditaciones a los centros de salud, al menos durante el proceso de evaluación, ha sido previsto para garantizar que los recursos destinados a esta infraestructura sean más eficientes, puesto que conllevan procesos, insumos y estructuras acordes a los servicios comprometidos. Pero en la práctica la acreditación está en revisión profunda, y se presenta incapaz de asegurar niveles mínimos de calidad esperados, aunado a la poca capacidad de generar como único elemento que procura la eficiencia, mejoras sistémicas del conjunto de recursos presupuestales que no están orientados a atender la necesidad.

El mecanismo de financiamiento actual equilibra la obtención de recursos a nivel estatal porque permite que dispongan del financiamiento requerido, pero en sí mismo no garantiza que el gasto se oriente hacia paliar las iniquidades inherentes de su población a nivel micro, porque ello depende de la correcta infraestructura, movilidad y flexibilidad de servicios y acceso efectivo. De igual manera, los incentivos para mejorar el modelo de atención –comportamiento de la afiliación y reafluación– tienen detrás supuestos que no se sostienen en la realidad, los beneficiarios no cuentan con elegibili-

dad para optar por alternativas distintas de atención, de allí que en una sociedad donde las necesidades de salud y acceso a los servicios aún no ha sido resuelto, el fenómeno de afiliación creciente con servicios con calidad y eficiencia decreciente será un fenómeno permanente y sin freno por medio de estos incentivos.

Para la portabilidad, se han realizado acciones trascendentes en la implementación del expediente clínico electrónico, como es el desarrollo de la Plataforma Nacional de Interoperabilidad y el fortalecimiento de la infraestructura de informática y de comunicaciones. Sin embargo, para la conformación del padrón único de derechohabientes y beneficiarios, se ha avanzado en la confronta de padrones institucionales a través del Sistema Integral de Información de Padrones Gubernamentales de la Secretaría de la Función Pública. Aunado a ello, el sector público está trabajando en el diseño y desarrollo de un instrumento de identidad para derechohabientes y afiliados de las instituciones.

Sin embargo, para el proceso operativo, la toma de huellas dactilares adolece de un error crucial en su diseño federal desde 2012: una vez tomadas como parte del proceso de afiliación, durante la consulta médica se pueden volver a tomar las huellas y el sistema sustituye éstas por las primeras; a diferencia de la actualización de la fotografía, la dirección o demás referencias personales, el mismo tratamiento indebido que se ha hecho para la huella dactilar ha permitido precisamente lo contrario para lo que se concibió, que quienes han hecho un uso indebido de la póliza de beneficiarios hoy sean reconocidos por el sistema como los titulares. Agregándose el riesgo de que al momento de compartir esta base de información como parte de la identidad ciudadana, la suplantación de identidad se oficialice.

Otro aspecto fundamental, que involucra la atención médica no sólo en el SPSS sino de igual manera en la seguridad social, es en relación con la convergencia para integrarse como un sistema de salud, destaca la integración de las guías de práctica clínica con la participación y consenso de todas las instituciones del sector que garantizará la homogeneidad en el alcance y protocolización de la atención médica, lo cual, aunado a estándares de calidad, representa un elemento fundamental para la universalidad en la prestación de servicios de salud. A junio de 2012 se integraron y aprobaron 485 guías de práctica clínica, en sus modalidades de evidencias y recomendaciones, y guías de referencia rápida. Ha sido cuestionado con severidad el énfasis cuantitativo: ha sido muy importante la

elaboración de una enorme cantidad de guías clínicas, sin embargo, no se ha priorizado este esfuerzo por lo que resulta imposible asegurar la implantación y cotejo de todas éstas.

Es indispensable priorizarlas mediante el principio de Pareto para enfocar el esfuerzo para mejorar la calidad en el sistema. Parece no haber un compromiso real para que sean aplicadas y no hay evaluación, por lo menos, conocida, del grado en el que se utilizan y del efecto que con ello se ha logrado en la calidad de la atención. En consecuencia, hay por lo menos tres limitaciones potenciales para el apego de los médicos a las guías, en primer lugar el conocimiento de las mismas, en segundo término la apertura de los médicos para apegarse a ellas y finalmente la obsolescencia: hasta un cuarto de las guías clínicas son obsoletas a dos años de su publicación (Shojania *et al.*, 2007). Esto podría implicar que más de 120 guías de entre las aprobadas en 2012 requieren actualización. De aquí la importancia de asegurar la actualización médica continua como principio para la buena práctica clínica.

También dentro del avance en la convergencia de las instituciones públicas se han desarrollado esfuerzos en la integración de un sistema de precios/costos para el intercambio de servicios y en la ejecución de compras coordinadas entre las instituciones públicas de salud y con las entidades federativas, lo que genera ahorros importantes en las adquisiciones de medicamentos e insumos para la salud. Existen avances para adquisición de servicios entre instituciones públicas, pero no parece progresar tan rápido como se quisiera para conocer la estructura de costos particular hacia cada uno los servicios clínico-quirúrgicos dentro de cada centro hospitalario o unidad médica.

No obstante la importancia del avance que en términos de la integración funcional del sistema ha conducido la Secretaría de Salud, ésta puede ser un paso hacia la universalidad de servicios, o bien, limitarse a mantenerse como el esquema estratégico para lograr la estandarización en términos de prestación de servicios y atención médica. De hecho, es un proceso hacia el modelo de contrato público de servicios que funciona en algunos países.

El acceso a los servicios por intercambio requiere de la referencia formal de un servicio al otro, lo que no privilegia las decisiones del usuario, a quien en ocasiones le provocan mayores molestias por traslados y falta de oportunidad en la atención. El intercambio tampoco favorece los esquemas de planeación sectorial ni evita la duplicación en el financiamiento de los servicios, y poco apoyan al incremento de su calidad.

Otro de los problemas es que tampoco existe el marco jurídico indispensable para el intercambio. La LGS tan sólo se refiere a la subrogación de servicios (art. 8) pero tampoco esta prerrogativa se traduce en algún reglamento que lo regule y de allí la enorme heterogeneidad de medios para la contratación de estos servicios.

La saturación y rezagos de atención que muestran varios de los primeros centros hospitalarios del país, deberían ser atendidos, en primera instancia, antes de hacer efectiva la integración funcional e intercambio de servicios, que contrasta con la subutilización y baja ocupación de los actuales hospitales regionales de alta especialidad.

Así, el propósito de la universalidad a partir de la integración funcional tiene una limitante significativa al considerar la responsabilidad que tienen las instituciones en sus respectivos esquemas de protección a la salud relacionados con el comportamiento de los sujetos obligados, ya que esta obligación no siempre se cumple.

Por lo anterior, es necesario reflexionar sobre la integración funcional como punto de partida para la universalidad de servicios de salud o si debe basarse en un esquema por completo diferente. El enfoque actual presenta varios problemas, su dirección hacia la universalidad no parece ser el objetivo porque se han dado pasos acotados y temporales hacia esa dirección, y su aporte ulterior estará en estandarizar los procedimientos en términos de atención médica, principalmente. El riesgo es que el proceso puede quedar atrapado en la problemática de las instituciones, y aun con una integración funcional no lograr culminar en la universalidad deseada.

Planear por demanda y que el recurso se dirija a la necesidad, es un principio del Sistema de Protección Social en Salud, pero choca con el principio de elegibilidad del paciente, porque allí es el paciente el que se dirige al recurso. Planear por demanda es incompatible con elegibilidad del paciente. Hoy el modelo tiene esos dos principios, no son posibles. Ya hay claras muestras que ni a nivel organizacional se puede dar, habrá que ser claros para evitar expectativas y transitar hacia un plano de atención que no corresponde con lo que se planea, es necesario definir con claridad en qué nivel están los grados de libertad del paciente y de empoderamiento para hacer compatibles estos principios. De igual forma, la elegibilidad del paciente sobre el centro de salud que decida, es un derecho en el Seguro Popular y no se cumple. Los sistemas dirigen su servicio a partir de la planeación geográfica que le corresponde de acuerdo con la jurisdicción.

Una tarea inacabada: la cobertura universal

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010), la cobertura universal en salud es el acceso de toda la población a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros por medio de la protección contra gastos catastróficos en salud. “La cobertura universal se fundamenta en el derecho de toda persona goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad” (OPS, 2014).

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: 1) la *afiliación universal*, concepto relacionado con la cobertura legal, que ampara el acceso de los ciudadanos a servicios de salud financiados por un seguro público; 2) la *cobertura universal*, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud con protección financiera para todos, y 3) la *cobertura efectiva universal*, que garantiza a todos, de manera equitativa, el máximo de resultados en salud, es decir, con calidad (Schell-Adlung y Bonnet, 2011).

En nuestro país se han logrado avances sustanciales en la afiliación y la cobertura universales, sobre todo a partir de la reforma a la *Ley general de salud* de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular. Éste brinda aseguramiento público a las personas que no son beneficiarias de las instituciones de seguridad social, por no contar con un empleo formal. Como el esquema de aseguramiento en el Seguro Popular es de carácter voluntario, no es posible alcanzar la cobertura universal, debido a que siempre habrá alguien que rehúse afiliarse.

Las cifras oficiales de afiliación al Seguro Popular, publicadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en sus informes anuales, podrían ser mayores al número de personas afiliadas en realidad. En particular, las cifras oficiales de afiliación no son consistentes con las declaraciones de la población en las diferentes encuestas en hogares, cuando se les pregunta si tienen acceso a los servicios de salud o la seguridad social. Así, en su *Informe Anual 2012*, la CNPSS reportó 52.9 millones de afiliados al Seguro Popular, mientras que la *Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares 2012 (ENIGH)* de INEGI registró 47.8 millones; la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012* del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 42.1 millones de afiliados y la *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 (ENESS)* de INEGI, 41.1 millones de afiliados.

Más grave aún, existe población vulnerable que declara no tener acceso a servicios de salud. De acuerdo con datos de la ENIGH para 2012, 11.2 millones de personas de los deciles I al IV aún no

contaban con acceso a servicios de salud, lo que representa 23.8% de la población de esos deciles. Al parecer, en algunas entidades federativas, las autoridades afilian al Seguro Popular a las familias que están inscritas en el padrón de diferentes programas sociales, principalmente Prospera, sin que los beneficiarios sean informados (King *et al.*, 2009). Esta situación ha sido comprobada en entrevistas realizadas a exfuncionarios de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Con esta artimaña, los REPSS reciben las aportaciones federales por estos afiliados, sin que se implique un gasto, puesto que los beneficiarios ignoran que pueden exigir su derecho a la protección de su salud vía el Seguro Popular.

La etapa de cobertura universal efectiva es en la que existe un mayor grado de insatisfacción por los avances obtenidos hasta el momento. Un indicador de que la población enfrenta barreras al acceso a los servicios de salud o percibe una baja calidad en la atención es que el gasto de bolsillo en salud persiste como fuente de financiamiento de la atención (Knaul *et al.* 2013).

El tema de la cobertura universal sigue vigente en la agenda global en salud: en la 154ª Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud de junio de 2014 (OPS, 2014) se presentaron, para su discusión, cuatro líneas estratégicas para orientar el avance de los sistemas de salud hacia la cobertura universal; éstas son:

- i. *Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades*
- ii. *Fortalecer la rectoría y la gobernanza*
- iii. *Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y eliminando el gasto de bolsillo*
- iv. *Fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud*

Estas cuatro líneas estratégicas deben considerarse en el rediseño del sistema nacional de salud, puesto que la inequidad, la falta de calidad, los problemas de gobernanza, la prevalencia del gasto de bolsillo y las inequidades sanitarias constituyen los más grandes retos que enfrenta dicho sistema.

A juicio la implementación del modelo de pluralismo estructurado

En seguida se listan las características primordiales que definen este modelo.

- i. *Fondo único y separación de funciones, fortaleciendo la rectoría. Ello para generar equilibrios de poder e impulsar la especialización como elementos clave para la eficacia*
- ii. *Convergencia de servicios y referencia y contrarreferencia como mecanismos para hacer efectivos los derechos de universalización y acceso efectivo*
- iii. *Generar un servicio basado en los principios de equidad, calidad y elegibilidad del paciente. La portabilidad como incentivo para orientar los recursos con base en las necesidades*

La evidencia empírica de la implementación del modelo de Pluralismo Estructurado (PE) es la creación e implementación del sistema de protección social en salud (SPSS). El PE es, pues, una réplica o extrapolación de lo que hoy ocurre en el Seguro Popular. Este modelo está contenido en la forma de organización para la resolución de las necesidades y financiamiento para la atención de la población no asegurada: SPSS, como ente financiador con fondo único; Consejo de Salubridad General como rectores al determinar coberturas, evaluar el padrón y determinar insumos de medicamentos; Secretaría de Salud como acreditador de calidad; REPSS como articulador para la contratación de servicios; institutos estatales de salud (IES) y hospitales privados como prestadores de servicios; en el Fondo de Gastos Catastróficos con contratación en hospitales regionales de alta especialidad, INS y hospitales privados.

Errores en los principios del pluralismo estructurado

Es relevante el aspecto de separar el principio de universalidad del que se refiere a la elegibilidad del paciente. Conceptualmente, la universalidad trae consigo el principio de elección del paciente para que pueda operar de manera adecuada porque se concibe como el mecanismo de presión interna para que mejoren las unidades médicas. Esta construcción de elementos presenta en la práctica una utopía, pues para ello se requiere lo siguiente: que el usuario tenga información cierta y suficiente; que la percepción de calidad y experiencia de salud se entienda con claridad y sea coherente con la de las organizaciones para no generar círculos viciosos (facultativos con laxitud en el otorgamiento de incapacidades o en la prescripción de medicamentos que de entrada le sugiera el paciente con base en información pública o comercial); flexibilidad en la reubicación de recursos que queden ociosos en donde exista la subutilización por

mal desempeño; que haya capacidad instalada disponible para que el flujo de usuarios se dirija, sin discriminarlos por saturación; que la eficiencia de los prestadores de servicios sea escalable, que pueden duplicar o triplicar su capacidad de servicios y cuando menos no vaya en detrimento de la calidad y eficiencia. La elegibilidad del paciente da por hecho la abdicación del estado rector y regulador para corregir y ajustar a las organizaciones hacia mantener o mejorar sus estadios de servicio.

En organizaciones públicas en donde los contratos laborales son rígidos y la planeación presupuestal genera ciclos y procedimientos de múltiples y largos periodos para cambiar e implementarse, la subutilización de recursos públicos sería la resultante antes bien que obtener el efecto de balancear o equilibrar los recursos existentes hacia las unidades médicas que sí cumplan con los estándares y sean las de mayor demanda por los usuarios.

En la práctica, cuando el paciente elige, lo hace de forma intuitiva, conforme a la premisa de que la eficiencia se relaciona con la disponibilidad de recursos, así que selecciona las unidades médicas que percibe con más infraestructura y personal, sin contar con mayor información que le permita una toma de decisiones más clara. De este modo, el paciente elige acercarse a los centros médicos con recursos mayores, no necesariamente a los que generan mejores procedimientos y resultados clínicos.

Desde la óptica del usuario, las prioridades son: no hay filas, el médico es amable y dedica tiempo a conocer el problema e informar el tratamiento, le entregan lo que prescribe el médico y le proporcionan los servicios diagnósticos solicitados para que existan mayores posibilidades de curación y/o mantenerlo bajo control.

59

Las instituciones de seguridad social

Cobertura

Dos terceras partes de los recursos para salud los destina la seguridad social. La tutela de derechos requiere que éstos se definan por medio de la cobertura de aseguramiento, y esta definición es potestad del acuerdo social, el deber de definir el máximo beneficio posible con los recursos disponibles corresponde a la rectoría de la federación. En seguridad social, la cobertura no es explícita, a diferencia de lo que ocurre en el Seguro Popular. Pero ello no significa

que sea inexistente, *de facto* existen dos mecanismos que suplen esta laguna de autoridad y rectoría.

El primer mecanismo son los llamados cuadros básicos y el *Catálogo de medicamentos e insumos para la salud de medicamentos*,¹⁸ saber que se incluye un medicamento o insumo es saber que se tiene derecho a la protección de la enfermedad que la atiende. En consecuencia, el acuerdo social está supeditado a los mecanismos de inclusión al CBM y CMBI. Lo que por décadas ha ocurrido en la práctica es que la inclusión se basa exclusivamente en analizar las solicitudes de la industria farmacéutica para este propósito.

Es una realidad, la cobertura a través del CMBI se orienta a las prioridades que el sector farmacéutico imprime a la inclusión de medicamentos, en donde ésta no sólo obedece a las necesidades del mercado de la salud, sino a la justa retribución de la utilidad que demandan sus inversionistas por el desarrollo de sus productos, y que no siempre son coincidentes. El sector público de salud no está exento de la presión del dilema ético del sector farmacéutico, es más, en parte es allí donde se dirime.

El segundo mecanismo *sui generis* de definición de cobertura es la judicialización del derecho a la atención médica; las leyes y normas reglamentarias al derecho a la salud al dejar en la generalidad e indefinición el término han generado que la vía de las cortes jurídicas tomen para sí la protección de un derecho que no es claro para el particular. No se trata de que la seguridad social haya renunciado a aplicar un acto de autoridad, la definición de la cobertura no sólo es un asunto de definición técnica; la resolución requiere de un acuerdo social que rebasa su ámbito de actuación. La imposibilidad de definir el máximo beneficio posible con los recursos disponibles ha generado que la tutela de derechos sólo sea posible si –y sólo si– los incentivos económicos están alineados con la necesidad (*ex ante*) y si –y sólo si– al no verse cristalizados se judicializan por quienes tienen los medios para lograrlo (*ex post*). En ambos casos la indefinición de la cobertura afecta al sector en sí mismo y a la población con menores posibilidades de recurrir a la vía judicial.

La indeterminación de coberturas conlleva un efecto pernicioso. La cobertura de la seguridad social es limitada por naturaleza, la constitución la establece y está direccionada a atender enfermedades ocupacionales y riesgos laborales, por lo que no implica un derecho universal a la protección de la salud. Por eso, el riesgo que corren las instituciones de seguridad social ante la indeterminación

en coberturas y la judicialización de éstas es que las cortes les fijen responsabilidades no existentes en el marco legal e incumplibles económicamente (como el caso reciente de la enfermedad paroxística nocturna, cuya cobertura fue sentenciada por la Suprema Corte y que representa 20% del presupuesto total del IMSS¹⁹).

Acuerdo social para ordenar a la seguridad social

Es impostergable la definición de enfermedades cubiertas por los servicios médicos de la seguridad social. Este tema hoy representa una laguna operativa y conceptual, que dificulta el cálculo de las proyecciones de requerimientos financieros. Como se describió con anterioridad, los procesos del sistema están delimitando la capacidad de oferta de los servicios, sin que se tenga claridad sobre el impacto financiero. Los afiliados a la seguridad social no encuentran todavía la forma de cubrir su derecho a la protección de la salud. De ahí la idea de que una cobertura obligatoria esencial universal (paquete básico) podría cubrir con recursos fiscales (impuestos) una parte de las intervenciones hoy financiadas por patrones y trabajadores.

La prestación centrada en el paciente representa un desafío importante para la seguridad social en cuanto a la protección de riesgos de trabajo. La forma en la que este esquema de financiamiento se ha configurado es que tradicionalmente se distinguen dos tipos de prestaciones para el trabajador. Si la causa que motiva la incapacidad temporal o permanente es resultado de un riesgo laboral, la prestación económica es mayor que si esto acontece por motivos de riesgo o enfermedad general. En otras partes del mundo, este hecho ha sido cuestionado y sus respectivas reformas legales han dado lugar a cambios para equiparar ambas prestaciones, ya que en esencia se ha considerado que esta distinción es lesiva para los intereses que debe velar la seguridad social hacia el trabajador, ya que el propósito fundamental de esta última es preservar los medios de subsistencia en caso de que existan acontecimientos que impidan que el trabajador continúe con su actividad productiva, en tanto éste se rehabilita, si ello fuese posible.

La distinción entre una remuneración y otra, obra un incentivo para que –por medio del trabajador– se evite la subdeclaración de riesgo laboral y sea exigible para el patrón adecuar la prima de riesgo que paga frente a estos eventos. El papel de “auditor” que se le ha dado al trabajador ha generado irregularidades en el arreglo individual entre patrones y trabajadores, en donde el primero

adiciona a la prestación por riesgo general, un monto que iguale lo que corresponde por riesgo laboral para impedir que este hecho se tipifique como tal. Sin embargo, cuando la incapacidad se vuelve permanente las prestaciones asociadas se reducen con respecto a lo que legalmente corresponde, vulnerando así los derechos que corresponden al trabajador. En México, la necesidad de hacer modificaciones para igualar esta prestación se basa en la regla de garantizar que, sin distinción del origen de la lesión e impedimento para el trabajo, el resarcimiento debe ser igual. Para ello, la seguridad social es la que se hace responsable de determinar las aportaciones financieras para cubrir estos riesgos y hacer exigibles a los contribuyentes la aportación que corresponde.

Las enfermedades laborales revisten un problema por resolver. A medida que avanzan y se modifican los procesos productivos y de servicios, los efectos nocivos que afectan a los trabajadores se diversifican. De acuerdo con la Organización Mundial del Trabajo, la lista de enfermedades laborales que son reconocidas como tales en México no representa ni 40% de las que prevalecen en Europa y Estados Unidos. Como es posible advertir, tenemos dos efectos perniciosos, uno que proviene de la cobertura económica inequitativa para un mismo riesgo, y otro, el acceso a la cobertura de mayor cuantía está limitado por una lista tan reducida que ya no refleja la realidad laboral del país.

En lo financiero, la seguridad social aparenta un desbalance en la determinación de sus coberturas de riesgo. Al haber una lista tan reducida de lo que se reconoce como enfermedades laborales, las aportaciones que se calcularon en 1995 para este propósito parecen sobreestimadas, y el registro contable señala de manera indebida que esta prima presenta superávit.

Por otro lado, al registrarse como enfermedades generales se contabilizan dentro de una contribución fiscal cuyos cálculos están acotados para otros alcances, y ello genera que el déficit que se presenta sea mayor. Con esta imagen deformada de la realidad, cuando se han presentado distintas propuestas legislativas para revisar e incrementar las primas que aportan patrones, trabajadores y Estado, las organizaciones empresariales han señalado en los medios de comunicación que debiera considerarse primero la reducción de la prima de riesgos de trabajo, la cual está, en apariencia, subsidiando al resto de las coberturas, cuando en realidad sucede lo contrario. En la medida en que esto no se resuelva, la perspectiva de acuerdo se centrará en esta errónea discusión.

La incompatibilidad de objetivos y la dilación de los beneficios

La publicación del reglamento para fortalecer los derechos de los trabajadores a partir de la actualización de la lista de enfermedades y riesgos laborales genera la necesidad urgente de la revisión para modificar el monto de las primas. De no ocurrir esto en el largo plazo, entonces se configurará un escenario en donde será mayor la probabilidad de la dilación para que se apruebe la actualización de dicho listado.

Dado que aumentar la lista de enfermedades laborales significa que se incrementará la prestación económica que corresponde —mayor gasto—, entonces la seguridad social se enfrentaría a mayores presiones económicas sin resolver en el corto plazo debido a la imposibilidad de incrementar sus ingresos. Frente a este escenario, la incompatibilidad de objetivos trabajadores/institución presionará por salvaguardar el *statu quo*, antes que seguir avanzando en ampliar los derechos laborales que hoy ya son posibles por medio de las reformas legales estructurales pero que se tornan inalcanzables sin los acuerdos sociales correspondientes para su sostenibilidad financiera.

63

La administración de recursos en el sector público de salud

Tradicionalmente se ha privilegiado la responsabilidad del administrador de los recursos públicos como el ente “comprador”. El sobredimensionamiento de esa función ha generado que, para el resto de sus atribuciones sustantivas, se haya soslayado el desempeño y la rendición de cuentas.

El administrador de recursos para la salud es responsable de orientar los medios disponibles hacia las necesidades del sistema, promover que cada unidad consumida tenga costos menores y que se encuentre en la cantidad, las características y los lugares indicados. La compra o adquisición de bienes y servicios es uno más de los eslabones de la cadena de valor que procura el administrador. No obstante, la contribución al logro de los objetivos organizacionales se fija casi de manera exclusiva hacia dos componentes: i) generar

ahorros que se presentan en las contrataciones y ii) elevar los niveles de surtimiento de insumos médicos. Esas dos responsabilidades representan en la práctica las únicas vías para “legitimar” la actuación de las áreas administrativas. Ello como consecuencia de las constantes presiones presupuestales impuestas al sistema de salud, que se traducen sobre todo en criterios de austeridad y racionalidad.

Ahorros en los procesos de contratación

Existe una interpretación errónea sobre las cifras de ahorros reportados al término de las licitaciones de medicamentos y otros insumos, puesto que dichas cifras representan sólo ahorros potenciales. En la práctica, los recursos asociados con el abasto de insumos para la salud son crónicamente insuficientes.

Un ahorro significa que los recursos comprometidos deberían disminuir, gracias a que los insumos se obtuvieron a menores precios. Ello generaría recursos disponibles para reorientarse a otros objetivos. Los ahorros publicados nunca han sido efectivos, aun en periodos en donde el número de beneficiarios en la seguridad social ha sido menor y con consultas y egresos hospitalarios en niveles estables.

Tras el tradicional anuncio de ahorros anuales obtenidos, se formuló una pregunta retadora que cuestionaba la reacción provocada por el anuncio de estos ahorros en el sector privado proveedor, el cual “amanece con la noticia de que [el sector salud] dispone de dos, tres o cuatro mil millones de pesos ¿se queda con los brazos cruzados?”²⁰ La respuesta es no. Los mecanismos de presión se trasladan al resto de la cadena de la organización:

- a. *Aumento de acciones para promover el cambio de prescripción hacia insumos de mayor precio a costa de los genéricos, por ejemplo, por medio de seminarios para la actualización y educación médica continua. Los eventos de este tipo, patrocinados por la industria farmacéutica, modifican la tasa de prescripción entre 5 y 19% y este impacto perdura al menos dos años*²¹
- b. *Incremento de las solicitudes para incluir nuevos fármacos en los Cuadros básicos institucionales (aspecto relacionado con las debilidades de rectoría del sistema de salud en la sección II.3. Seguridad social y cobertura)*
- c. *Entrega no controlada de muestras médicas a los profesionales de salud para promover el consumo y el apego terapéutico de los usuarios para que, posteriormente, presionen al sistema con su demanda*

- d. *Aumento del patrocinio de eventos y difusión de información para el creciente número de organizaciones de pacientes, en especial aquellas con tratamientos para enfermedades crónicas*

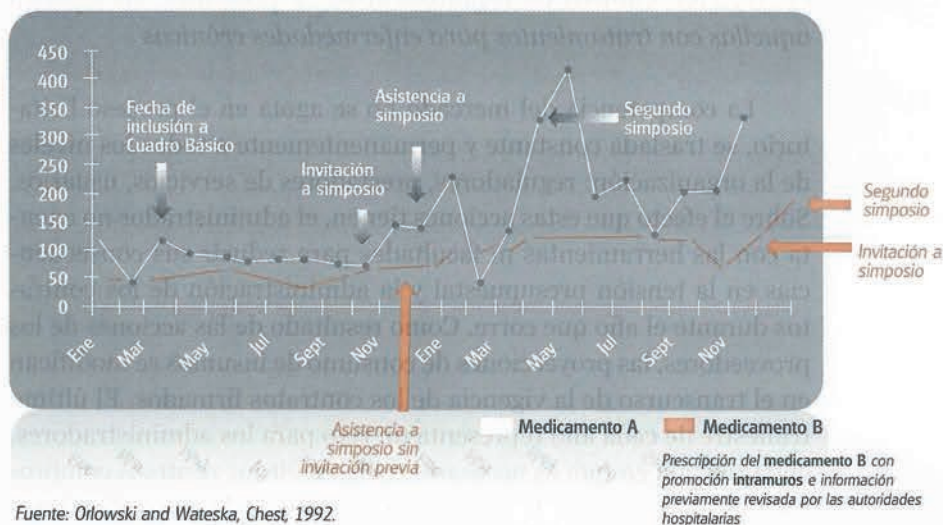
La competencia del mercado no se agota en el proceso licitatorio, se traslada constante y permanentemente a todos los niveles de la organización: reguladores, prestadores de servicios, usuarios. Sobre el efecto que estas acciones tienen, el administrador no cuenta con las herramientas ni facultades para reducir sus consecuencias en la tensión presupuestal y la administración de los contratos durante el año que corre. Como resultado de las acciones de los proveedores, las proyecciones de consumo de insumos se modifican en el transcurso de la vigencia de los contratos firmados. El último trimestre de cada año representa un reto para los administradores, en la medida en que es necesario redistribuir los recursos comprometidos para generar la suficiencia presupuestal en aquellos insumos con demandas superiores a las estimadas o bien acelerar los procesos de compra extraordinaria, más allá del margen que la ley permite para ampliar los contratos –hasta 20%–, así como reducir los recursos (presupuesto comprometido) en los rubros donde se desplaza la demanda para evitar o aminorar los subejercicios.

El cumplimiento de los niveles de prescripción y abasto es el resultado de una acción concertada entre las instancias de planificación financiera, los administradores y los profesionales de la salud. La injerencia que tienen los responsables de la administración es relevante para lograr este objetivo, pero la suma de las presiones externas incide para que no se logren los resultados deseados.

La administración de recursos públicos de salud y el sector farmacéutico

En esta sección se centra la atención en la incertidumbre en la administración de los recursos públicos como resultado de la vinculación con el sector farmacéutico. La Figura 2.1 refleja el grado de incertidumbre que se presenta en la administración de contratos de insumos para la salud, ya que muestra el comportamiento que existe en los profesionales médicos frente al contacto habitual de las acciones de patrocinio en eventos de difusión y promoción terapéutica. Cabe aclarar que estos medicamentos no son sustitutos.²²

Esta información es reveladora del efecto de la intervención de la industria farmacéutica (línea gris) y la intervención regulada por



Fuente: Orłowski and Wateska, Chest, 1992.

Figura 2.1. Mercadeo farmacéutico y el impacto en la prescripción.

la autoridad hospitalaria (línea naranja). Más aún, cuando se conoce que el medicamento B, en otros centros hospitalarios que no regularon esta información, tuvo un crecimiento superior en la prescripción que el registrado por el medicamento A (3.5 veces más en el medicamento A versus 4.5 veces el medicamento B). Sin embargo, es de igual manera aleccionador que independientemente de la regulación de la información por parte de la autoridad, después se optó por incluir a su cuadro básico de prescripción un sustituto para cada uno de ellos. La respuesta a esta nueva inclusión como alternativa terapéutica, sin que mediara estrategia de difusión, provocó sólo ligeras variaciones en las dosis suministradas, pero las tendencias en el patrón de consumo de los medicamentos A y B no variaron.

En el contacto con los profesionales de la salud, el sector farmacéutico se ve presionado a ampliar sus márgenes de utilidad como resultado de inversiones cada vez mayores en la investigación de nuevas fórmulas o tratamientos y, con regulaciones tan rigurosas, el lanzamiento de nuevos productos requiere de periodos más largos de maduración. Se le reconoce a la industria farmacéutica su clara vocación científica y una enorme aportación social sobre los beneficios de los nuevos fármacos, pero se admite también que está presente una dicotomía antagónica que se traduce en una práctica comercial agresiva y lesiva para los fines sociales.

Desde hace décadas, el doctor Ignacio Chávez Sánchez señaló esta preocupación, alertando de forma crítica al sector salud:²³

"En el caso de la aplicación de las nuevas drogas, se las lanza a diario por los laboratorios, que se han vuelto empresas mitad comerciales y mitad científicas. Ya no son ahora los médicos los que introducen nuevos medicamentos a la farmacopea; son los químicos al servicio de los industriales.

"No siempre es posible saber qué tanto hay de espíritu comercial o de aventura científica en los productos que se lanzan. Ni qué fe merezcan los ensayos ni los artículos de cierta prensa médica que los recomiendan. En ellos se muestran los éxitos, pero a menudo se callan los fracasos.

"Y el médico que ejerce, sin espíritu crítico, con credulidad ingenua, suele aceptar todo lo que recibe por igual. ¿Es ética conducta? (sic) Tanto más dudosa es la calificación, cuanto menos científica sea su actitud"

Desde hace más de 30 años, el doctor Ignacio Chávez, con esa enorme claridad de estadista y humanista, alertó sobre la ausencia de contrapesos en el interior de las organizaciones de salud.²⁴ No es errónea la vinculación con la industria, lo que resulta inadecuado es que no se apliquen de forma efectiva las regulaciones y las formas y contenidos para llevarla a cabo.²⁵ La actualización en temas especializados de farmacopea, la difusión científica, la educación continua médica, el desarrollo de materiales médicos y la promoción no han estado en manos de las organizaciones públicas de salud en forma independiente como norma general. La industria farmacéutica tomó y ha tomado este papel,²⁶ pero ejerciendo conductas y presiones contrarias a la legalidad y cuestionables en el ámbito de la ética.

Numerosos autores han demostrado que los médicos perciben que su prescripción está predominantemente influida por la literatura científica, pero los datos muestran que se basan en fuentes de información comercial, publicidad y la interacción con los representantes de farmacéuticas, quienes tienen un mayor papel.

De acuerdo con la empresa KPMG International,²⁷ el sector farmacéutico representó hasta inicios del presente siglo, el primer lugar en litigios en las cortes de Estados Unidos por generar y promover prácticas desleales y que atentan en forma indebida a la competencia en el mercado que abastece. Frente a esta degradación de este sector económico, la propia industria farmacéutica promovió acciones de *accountability* en el interior de sus organizaciones y suscribió acuerdos del sector en su conjunto. En el caso de nuestro país, debe ser mencionado el papel relevante que ha tenido el Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica (Cetifarma) como organismo autónomo que ha logrado avances sustantivos en la materia.

Conforme a la nueva regulación impulsada por el CSG, en 2007, la comunidad médica del país –organismos públicos, colegios médicos y académicos– firmó el compromiso por la transparencia en la relación entre los médicos e instituciones de atención a la salud y la industria farmacéutica, para garantizar la transparencia en esta relación. Si bien se reconoce que el apoyo que ofrecen los laboratorios a los profesionales de la medicina es importante y debe ser aprovechado, debe estar circunscrito por preceptos éticos y códigos de conducta. La problemática aún subsiste, aunque no de forma sistémica como antaño. Los sectores firmantes asumieron el compromiso de fomentar la prescripción de medicamentos genéricos. La principal laguna de este pacto es la actuación de las organizaciones públicas para asumir el compromiso de la formación continua de los profesionales de la salud en estos temas, que resultan trascendentes en la orientación y el diseño del sistema de salud.

Tanto en México como en Estados Unidos (EU), las agencias reguladoras sanitarias han establecido reglas estrictas para el manejo del contenido de la información que se proporciona, por medio de los diversos medios, para publicitar los beneficios de los insumos para la salud disponibles en el mercado. La información que se presenta a continuación se refiere al caso de EU; sin embargo, es importante resaltar el fenómeno que produce al seno de las organizaciones de salud, tomando en consideración que uno de los principios que se han deseado incorporar al sector público es la elegibilidad del paciente.

Más de un tercio de los pacientes elegiría cambiar de médico en caso de no encontrar satisfecha su demanda de obtener el medicamento que previamente a la consulta desean obtener como resultado de su contacto médico (Figura 2.2).

Para poder incorporar la elegibilidad del usuario al sistema de salud, el reto es contrarrestar o equilibrar el impacto que la publicidad ocasiona en la conducta de los usuarios de los servicios, porque obra en sentido contrario a la opinión facultada del profesional médico. Se vislumbra que este aspecto sea imposible de controlar.

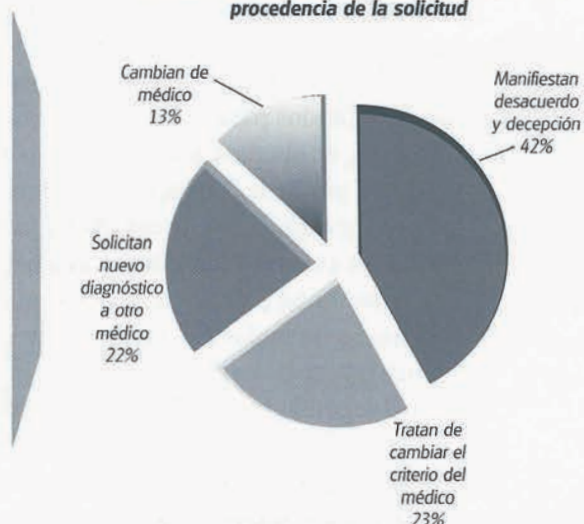
Los proveedores y los procesos internos del sector público

Un tema que cobra mayor interés es la incertidumbre de los proveedores de bienes y servicios como resultado de los procesos internos del sector público. El efecto colateral de esta extensión de la competencia del sector farmacéutico –entendido como la industria, sus representantes y distribuidores– genera una frágil estabilidad de

Solicitud del medicamento al médico

"80% de los pacientes que solicitan un medicamento, lo obtienen"
(Perri, Clin Ther, 1999)

Reacción de 20% de los pacientes ante la no procedencia de la solicitud



Fuente: Wilkies, Health Affairs, 2000.

Figura 2.2. Impacto del mercado directo del sector farmacéutico en los consumidores.

la administración de los recursos y, en especial, problemas para la planeación. El riesgo que representa ser proveedor de las organizaciones públicas en salud se traduce en un sobreprecio que se transmite a todo el marco de actuación comercial con el sector público.

Las normas, procesos y reglamentaciones para determinar los niveles de compra por parte del sector salud está fragmentado. De forma ideal, un proceso estable debería generar una línea continua de acuerdos y criterios claros de largo plazo, para una óptima planeación de ambas partes y que conlleve a la reducción de la incertidumbre. Esto es, minimizar el riesgo para evitar costos adicionales para todos. No obstante, la dirección que siguen los procesos está trunca. El proveedor enfrenta un proceso que podría representarse como una carrera de obstáculos.

Existe un conjunto de medicamentos e insumos para la salud que inicialmente han sido aprobados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) para que estén a disposición del mercado nacional. Sin embargo, este registro de los productos en Cofepris, en sí mismo no hace posible que los organismos públicos los compren.

El primer tramo del proceso de compra pública corresponde a la inclusión de los insumos en el *Cuadro básico institucional* (CBI)

o sectorial. Este paso es una decisión que por norma es responsabilidad exclusiva de los representantes de los organismos de la salud, en teoría respaldados por los profesionales técnicos, clínicos y científicos para avalar la decisión sobre su inclusión en el registro de insumos habilitados para compra con recursos públicos. Este proceso de inclusión, no obedece a una petición o decisión colegiada de los compradores públicos; tampoco intervienen en el proceso deliberativo los pronunciamientos de carácter administrativo y financiero de las entidades gubernamentales, es una petición de las compañías, quienes seleccionan y deciden cuáles y en qué orden se presentan estas solicitudes de inclusión. La inclusión en los cuadros básicos no garantiza que se concrete la compra pública de los insumos incluidos.

El segundo tramo está bajo el control de las áreas administrativas; las compras de los insumos incluidos en el CBI podrían no realizarse debido a restricciones presupuestales o por políticas internas de sustitución terapéutica.

El tercer tramo es el proceso de contratación. Cuando es posible superar los dos primeros obstáculos, los procesos de contratación no son estables: las características y condiciones de compra difieren de un ciclo de compra al otro. En esas características se refleja la problemática que vive en ese momento la organización: por un lado, si se presentan problemas de liquidez –ya sea por insuficiencia presupuestal o, en el caso de entidades, surgen escenarios en donde los ingresos no son estables o previsibles–, entonces la logística de suministro cambia: el proveedor hará entregas con mayor frecuencia para que los niveles de inventario sean menores y, así, se comprometa el mínimo indispensable de recursos, sin desproteger la operación y atención.

Por otro lado, cuando la cadena de suministro tiene fallas en los controles y la merma o la sustracción indebida de bienes afectan de manera significativa la oportunidad de la atención, se solicita la pulverización de la entrega –ya sea administrando las farmacias o con entrega directa a los pacientes– agregándose al precio del bien la contratación de este servicio. En este caso, las características de la competencia y el perfil de los proveedores se modifica: en donde competían fabricantes que después entregaban la logística y cobro a distribuidores, ahora terminan supeditándose los primeros a estos últimos. La integración de bienes en un solo servicio beneficia a la operación y la administración, pero a nivel financiero, la participación de oferentes es muy reducida, de modo que se genera mayor concentración en el mercado, limitando así la reducción de precios en lo sucesivo.

El cuarto tramo se representa con la incertidumbre en el consumo. En este tramo, una vez firmados los contratos, la prescripción no responde a lo proyectado, por lo que las unidades pactadas no son adquiridas en la cantidad o en el tiempo previstos. Cuando en la consolidación de compra o las estimaciones de demanda se ha ignorado a los profesionales de la salud que están a cargo de la atención de los servicios, aquéllas no reflejan sus prácticas terapéuticas, el suministro tiene que ser atendido por los fondos contingentes con que cuentan, pero que son limitados, y se presenta adicionalmente el sobreinventario de muchos insumos, puesto que la ley obliga al comprador a adquirir un rango mínimo de 40% de la promesa de compra. La posibilidad de que el proveedor acepte otorgar “notas de crédito”, para retirar ese bien y sustituirlo por otro que forme parte de su cartera de productos, es limitada y restringe la actuación de los responsables de la administración. De esta manera, las finanzas de la organización quedan atrapadas bajo el “fuego cruzado” de las autoridades –médicas o administrativas– que, por falta de sensibilidad o de liderazgo, no alinearon los intereses y necesidades de ambas partes.

El caso contrario es cuando el proveedor debe atender una demanda mayor a la esperada debido a factores internos y externos, como los que se describen a continuación.

- a. *Factores internos de la organización*
 - i. *Proyección inadecuada de necesidades o deficiente calendariación*
 - ii. *Restricciones presupuestales al momento de la compra*
 - iii. *Políticas fallidas de prescripción razonada o sustitución terapéutica a favor del proveedor*
- b. *Factores externos*
 - i. *El efecto de las estrategias de difusión y promoción de los beneficios terapéuticos de los nuevos medicamentos*

El quinto tramo representa la oportunidad de pago. La posibilidad de que a un proveedor se le pague, depende de la capacidad de coordinación interna de las distintas áreas de la organización. Para que el pago pueda realizarse, se requiere la validación del responsable de haber solicitado los bienes, el que los recibió y la verificación de las especificaciones –instancias internas de calidad–, así como la validación del proceso por el administrador del contrato y que las áreas administrativo-financieras hayan respetado el presupuesto comprometido. Cualquier desfasamiento y falta de coordinación o de información que ocurra, por parte de cualesquiera de las

instancias que componen este proceso, origina la imposibilidad del proveedor de hacer efectivo el pago.

Con el marco de actuación antes descrito, se acota la capacidad de las áreas administrativas de apoyar la transformación sustantiva hacia nuevos modelos de atención. Es necesario impulsar cambios a la ley en materia de adquisiciones, en los procedimientos de licitación y en las organizaciones, porque hoy están presentes la disociación de atribuciones y responsabilidades, lo que las hace proclives al boicot constante.

Al contrario, existen áreas internas en las organizaciones en donde las atribuciones están excedidas y los equilibrios de poder, ausentes; donde aquellos que concentran atribuciones promueven la inestabilidad. Las instancias de adquisición y compra, sus equipos de trabajo y los usuarios internos de la organización son susceptibles a la captura y mimetismo para con los proveedores. No obstante, el riesgo de captura en las áreas de adquisición es mayúsculo, por las implicaciones en la orientación que se hace de los recursos: la permisividad para la colusión entre oferentes, así como la posibilidad de incorporar características que por sí mismas son genéricas, pero que en conjunto configuran un perfil específico y único de proveedor. Todo ello escapa a la revisión, al rigor y el control general de quienes no son versados y conocedores de las características particulares que imperan en ciertos sectores de oferentes. Por lo anterior, se requiere de una transformación radical del arreglo organizacional tradicional, no un cambio de las partes, sino el conjunto.

Esta descripción tiene el propósito de alertar sobre la enorme complejidad de los procesos de la administración pública de la salud. Estos procesos constituyen barreras a la entrada de nuevos oferentes, lo cual impide el desarrollo de la competencia y la procuración de las mejores condiciones de compra para el estado mexicano, como lo señala el marco jurídico en materia de adquisiciones.

La recomposición del mercado y los niveles en donde hay competencia

Reviste gran importancia la comprensión de la estructura del mercado de insumos para la salud y la forma en como se establecen los niveles de competencia entre las compañías, ya que afectan de forma directa a todos y cada uno de los organismos públicos compradores, sean federales, estatales, municipales, del sector salud y de la seguridad social.

Los proveedores para la salud de mayor importancia son empresas que conjuntan o integran productos y/o servicios relacionados con medicamentos, biológicos y materiales de curación. Estos proveedores son distintos entre los sectores público y privado, porque los grandes distribuidores de cada sector, difieren en el modelo de negocio. De forma sobresimplificada, se puede señalar que: en el sector público se manejan altos volúmenes de compras con bajo margen unitario. La cadena de suministro se atiende por demanda (orden de compra), que involucra penalizaciones por el retraso en el surtimiento y, si la ineficiencia es recurrente, se corre el riesgo de cancelar el contrato, con lo que se pierde la fuente básica de ingresos. De allí que la eficiencia del proceso de distribución desempeña un papel preponderante.

En el sector privado, el esquema de las cadenas de farmacias privadas está orientado —en comparación con el sector público— al bajo volumen y altos márgenes por unidad; las mercancías son distribuidas en radios geográficos muy amplios con una cadena de suministro, para reponer el nivel de inventario “tipo”; por lo tanto, si el abastecimiento no se cumple conforme se ha programado, ello no representa un riesgo mayor.

Estas diferentes características han originado un perfil de proveedores igualmente diferente. Por ello, es común que quienes atienden el abasto de insumos para la salud del sector privado, no compitan para vender al sector público. Con frecuencia, se han presentado e incorporado estrategias para que, por medio de las cadenas de farmacias concesionadas, sea atendido parte del suministro extraordinario, pero no más allá.

Por lo que se refiere a la estructura del mercado, el primer nivel lo conforman las empresas nacionales e internacionales que producen o fabrican insumos para ambos segmentos del mercado, tanto para públicos como para privados, y el grado de competencia y participación es muy elevado; el segundo nivel está conformado por grupos empresariales que, fundamentalmente, funcionan como representantes de los fabricantes y tienen el contacto permanente con las organizaciones de salud. Su función se compone de un menú de opciones que va desde la representación de las licitaciones o procesos de compra, la logística de distribución, el almacenaje para la administración de los contratos suscritos, hasta la cobranza de los mismos; el número de ellos es significativamente menor.

La enorme complejidad de los procesos internos del sector público de salud constituye el mayor incentivo para que la cadena

de suministro sea cada vez más amplia, a diferencia de lo que procuran el resto de los sectores productivos. El cambio de comportamiento en la compra pública, en donde se agruparon diversos insumos en una sola partida, modificó el “centro de poder” para el sector farmacéutico: antes, las empresas farmacéuticas contrataban a las de servicios de distribución, por lo que estas últimas estaban supeditadas a las primeras. Ahora son las de servicios de distribución las que detentan el mayor poder de mercado.

A principios de este siglo, la presión por evitar que existieran insumos desabastecidos por descuido o desdén de los fabricantes formuló una agrupación para presionar al cumplimiento pleno de las órdenes de compra. No obstante, este hecho generó un fenómeno al seno del mercado: el agrupamiento involucraba la conjunción de insumos de distintos fabricantes, lo que provocó que las empresas de distribución fuesen quienes encabezaran la responsabilidad de cumplimiento y, por lo tanto, los fabricantes empezaron a supeditarse a las empresas de distribución.

Hoy en día, la estructura del mercado ya es diferente, porque los proveedores agregan y brindan servicios que tradicionalmente correspondían a las funciones de las organizaciones de salud, como la responsabilidad del manejo de los inventarios, la dosificación y el suministro de la receta médica al paciente. En el caso de los servicios para tratamientos de enfermedades crónicas, sucede lo mismo, desde la entrega de bienes o servicios a domicilio.

El reto más importante para aprovechar estas nuevas fórmulas depende de los aspectos que se explican en seguida.

- i. *La posibilidad de fomentar una amplia competencia en el mercado, que modere los márgenes del integrador, ya que la tensión actual está en que las finanzas soporten estas mejoras²⁸*
- ii. *Modificar los contenidos y las herramientas de la contratación. Estas nuevas formas de servicio se están formalizando con los mismos términos contractuales que antaño. En esencia, esto crea una asimetría de información contractual que debilita la forma de verificar las características de lo que se paga y compromete la razón misma de la contratación del servicio: ofrecer mejores condiciones de atención para los usuarios. En la medida en que las herramientas de control sean débiles o inexistentes, la degradación de los beneficios de estos nuevos esquemas de contratación es inminente.*

Los profesionales de la salud y la administración de los recursos

En seguida se analiza la participación de los profesionales de la salud en la administración de los recursos, considerando el caso IMSS. Se presentan los tramos de decisión y limitaciones que se generan durante el proceso de administración y distribución de recursos, que tradicionalmente ocurre en una de las instituciones de seguridad social que presta el mayor número de servicios médicos en el país. Dada su complejidad, en términos de tipos y niveles de servicios, de cobertura geográfica y de grupos poblacionales distintos, forma una mezcla de acontecimientos y procesos que resultan o podrían resultar similares para otros organismos públicos de salud.

El primer obstáculo que es necesario afrontar es la resistencia de los equipos médicos a involucrarse en aspectos relacionados con la administración de los recursos, ya que implica en esencia generar acciones y corresponsabilidad en temas que conllevan racionalización, ahorros o ajustes, lo que da como resultado –conforme al arreglo y al marco de actuación actuales– el detrimento de los objetivos y la razón de ser de las organizaciones de salud. Uno de los efectos que conllevan un impacto significativo en la administración de recursos y que se encuentra fuera del marco de actuación de los profesionales de la salud es la enorme variación en el tipo de tratamientos y servicios médicos que se proveen a pacientes con similares condiciones y resultados.

Los efectos que se han documentado en otros países sobre las variaciones en los costos resultan importantes, no menores a 30%, y en ciertos servicios se ubican entre 100 y 500%.²⁹ Estas enormes variaciones ocurren aun en unidades médicas con estándares predeterminados y guías clínicas. Los resultados de esas evaluaciones arrojan que estas diferencias se deben a que se alejan de las prácticas “basadas en la evidencia”, por lo que se les ha descrito como “basadas en la eminencia”, ya que las prácticas médicas individuales tienden a ser incuestionables.

Existen enormes áreas de oportunidad si se concentran las organizaciones en la adopción y diseminación de las mejores prácticas clínicas, ya que en esencia se orientan a contribuir sobre los beneficios de salud de los pacientes, y es por medio de ellas que se logran menores variaciones en los costos y en los costos globales

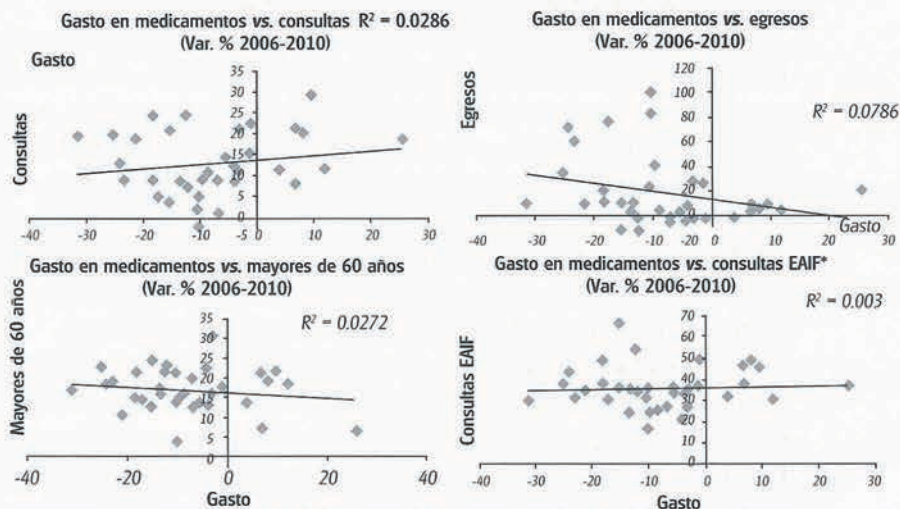
de la atención misma. La anterior es la vía para no comprometer la calidad en la atención de la salud y que de forma indirecta impacte en el objetivo de usar con eficiencia los recursos disponibles. El reto es que implican “el conocimiento de los costos asociados con los tratamientos y protocolos. Los administradores rara vez colaboran con ellos para el desarrollo de métricas que vinculen costos y resultados que faciliten el entendimiento de las implicaciones organizacionales en la adopción de estándares y mejores prácticas”.³⁰ De igual forma, se requiere un articulador más efectivo entre ambas partes, médicos y administrativos, como serían directivos médicos formados en dirección, pues la enorme mayoría son también clínicos que no comprenden a cabalidad su papel de directivos.

Al inicio del apartado, se hace referencia a que el administrador es responsable de orientar los recursos hacia las necesidades del sistema. Cada área que forma parte de las organizaciones de atención a la salud difiere en cuanto al hecho concreto de determinar esas necesidades y priorizar los recursos para ese propósito. Frente a esa condición, la planificación del presupuesto obedece a la regla de los usos y costumbres. Dentro de las organizaciones que prestan servicios de salud, difícilmente se pueden encontrar mecanismos y criterios de distribución presupuestal para el gasto corriente de bienes y servicios para la salud que no queden en meros ejercicios académicos. Presupuesto capitado, *clusters* de gasto, distribución por GRD y pago por actividad por medio de acuerdos de desempeño han sido siempre, una y otra vez, probados y abandonados, sin que hayan abonado a armonizar la determinación de las necesidades ni la priorización de los recursos y, por lo tanto, han resultado contrarios a la naturaleza de las organizaciones.

En la Figura 2.3 se analiza la forma en que fue asignado el presupuesto de medicamentos en los tres niveles de atención en el IMSS en el periodo 2006-2010. Se contrasta la forma de asignar los recursos en función de los determinantes del gasto, los cuales se agrupan en dos condiciones: a) la influencia que la infraestructura tiene como determinante del gasto por medio de su proceso de producción de servicios (consultas y egresos hospitalarios), y b) los principales cambios demográficos y epidemiológicos que inciden en la atención de estos servicios (costos más elevados para usuarios mayores de 60 años y un grupo representativo de enfermedades de alto costo).

Consultorios y hospitales: determinantes del gasto

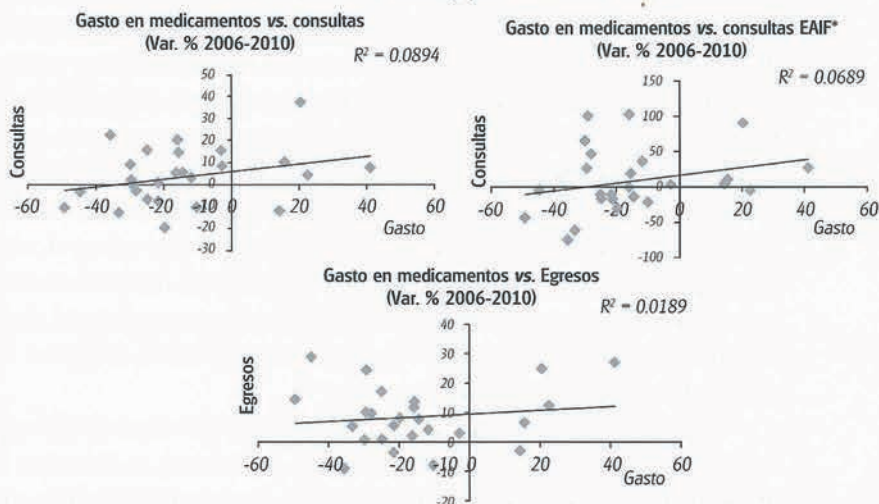
La variación en el gasto de medicamentos en las delegaciones 2006-2010 no parece estar asociada con los factores de demanda.



*EAIF = Enfermedad de alto impacto financiero: cáncer de mama, tumor maligno, diabetes mellitus, hipertensión arterial, VIH (se omitió insuficiencia renal, debido a su atención como servicio integral).

Alta especialidad: determinantes del gasto

En el caso de UMAES, tampoco se observa una relación significativa entre factores de demanda y gasto en medicamentos.



*EAIF = Enfermedad de alto impacto financiero: cáncer de mama, tumor maligno, diabetes mellitus, hipertensión arterial, VIH (se omitió insuficiencia renal, debido a su presupuestación como servicio integral).

Figura 2.3. Distribución presupuestal de medicamentos en el IMSS.

Los resultados son drásticamente reveladores para ese periodo: la forma en que los administradores asignan el presupuesto y cómo se gasta no guarda congruencia o relación *mínima* con los elementos básicos que generan la necesidad del modelo de atención.

El criterio de asignar el presupuesto con base en el comportamiento de gasto histórico corrompe el sistema: premia al que gasta más de manera inadecuada. Esa actuación contagia al resto de las unidades, todos comienzan a relajar la disciplina y los controles que estaban orientados a optimizar y racionalizar los recursos. Esta forma de asignación presupuestal sólo se mantiene en la medida en que los recursos disponibles aumentan año con año. En los periodos en los que se requiere hacer eficientes los servicios y promover la disciplina presupuestal, entra en crisis el modelo de atención.

El resultado de forzar el modelo de atención hacia una dirección incorrecta de asignación presupuestal genera varios efectos. En el ámbito presupuestal se producen consecuencias contradictorias: Por un lado, se observan subejercicios al cierre del ejercicio y, por el otro, se presentan sobreejercicios indebidos, manejados en forma tradicional por una vía administrativa de conciliación, llamada en ese entonces “reconocimiento de adeudos”, que es inadecuada, porque está fuera del marco legal formal.

En esta defectuosa planeación del gasto de los recursos, el marco jurídico refiere que de forma ideal se determinan inicialmente los programas, los proyectos, las metas y las acciones, y es a partir de allí, que se establece el presupuesto. La administración pública parte del hecho de que no se otorga un presupuesto para “gastárselo”, sino que en realidad se están financiando proyectos cuyos resultados e impactos son para el beneficio social. Nada más alejado de la realidad. La determinación de compromisos por los organismos que prestan atención médica y más tarde la decisión sobre el nivel de asignación por parte de la federación o la cabeza de sector no son los criterios que predominan en la distribución presupuestal final. Además, frente al presupuesto acotado, no se suelen reajustar las metas al inicio del año fiscal.

La demanda de los usuarios de servicios de salud presiona y supera las capacidades organizacionales. Asimismo, la dotación de insumos recibe la presión de la demanda. Los requerimientos que solicitan las áreas de atención médica siempre son y serán superiores a los recursos presupuestales otorgados. Con esa lógica, la dotación presupuestal es una batalla que se pierde desde antes de iniciar el año.

En esta ausencia de coherencia en la planeación financiera del país para los modelos de atención a la salud, la decisión sobre dónde y en qué cuantía “ajustar” es inexistente. La mecánica tradicional se establece cuando las áreas médicas encargadas de consolidar y validar requerimientos, conocen someramente la capacidad de compra, por conducto de quienes son los encargados de administrar los recursos. En aquellos casos donde los insumos son vitales, las áreas médicas suelen sobreestimar de forma sistemática los consumos, a fin de que los “ajustes” administrativos los hagan menos proclives a padecer desabasto.

Al cobijo de la ley, las áreas administrativas generan contratos que permiten comprometer sólo la tercera parte de los recursos para pagarlos. La cobertura presupuestal soporta sólo el compromiso de compra mínimo (40% de un contrato). De esta manera, se generan márgenes de actuación para administrar y transferir recursos entre contratos.

Frente a esta práctica tradicional, suelen suceder dos cuestiones:

- i. *un administrativo que juega un papel pasivo en el uso de los recursos y se genera una carrera entre los distintos servicios o niveles de atención por ver quién los consume más rápido o quiénes se ajustan menos de prisa a las políticas de racionalidad y agotan los recursos*
- ii. *cuando se genera uno de los fenómenos más lesivos para la organización: se le dota a las áreas de administración la facultad de aplicar de forma discrecional la suficiencia y transferencia presupuestal que “estimen” conveniente, ya sea privilegiando un servicio interno, un grupo de beneficiarios o un proveedor. Si no priva el interés legítimo y genuino del administrador, el conocimiento –real o ficticio– que él hace valer frente a sus detractores para argumentar que existen reglas, tiempos, requisitos o autorizaciones extraordinarias insalvables que avalan sus decisiones, se convierte en el alquimista moderno de la organización*

La única certidumbre en la administración de los recursos bajo esta tónica tradicional es que en un futuro cercano se presentará la escasez. Sin mecanismos u órganos que tomen la decisión en forma clara, informada, responsable y colegiada, nadie deseará hacerse responsable sobre qué “recortar”. Las limitaciones presupuestales volverán azarosos el tiempo y la forma en que comienzan a deteriorarse los servicios para atender a la población de manera oportuna.

Hoy en día, sin la incorporación de la perspectiva del profesional de la salud en la caracterización de las condiciones de los insumos, se aleja la posibilidad de que los recursos se orienten a las necesidades y se comprometa el principio de orientar al sistema centrado en la persona.

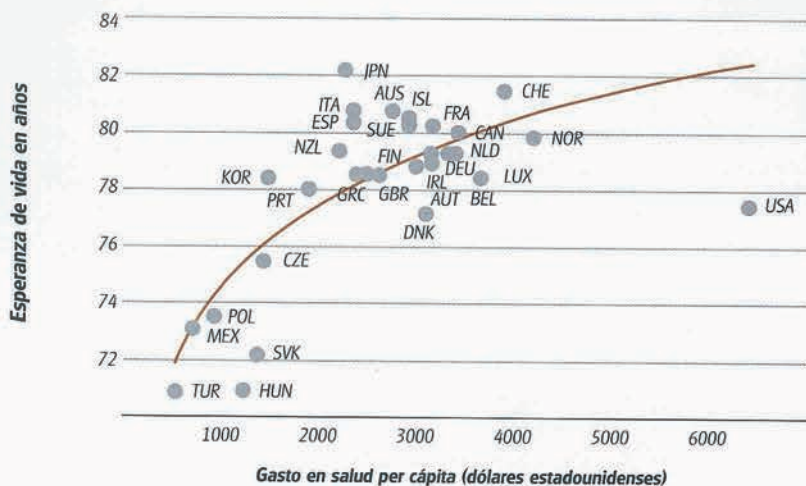
El proceso de inclusión de medicamentos al cuadro básico es otra enorme área de oportunidad para reencauzar los sistemas de atención a la salud a la persona. El proceso exige requisitos necesarios para acreditar extensos estudios de farmacoeconomía, entre otros aspectos. La solicitud de inclusión la hacen valer las empresas farmacéuticas con el objetivo de llegar a los usuarios que atiende el sector público. Las instituciones públicas de salud y seguridad social se encargan de evaluarlas y de forma colegiada se decide la procedencia de inclusión. El *Cuadro básico de medicamentos* (CBM) es una herramienta para acercar los recursos a las necesidades de salud que son atendidas por el sector salud y, por ello, se espera de éste que cubra las necesidades epidemiológicas de la población.

Sin embargo, la forma en que se ha instrumentado lo ha hecho un procedimiento que cumple con criterios técnico-médicos y legales para procesar las solicitudes recibidas. Estas solicitudes las formula la industria y el modo en que las prioriza corresponden a razones comerciales y de mercado. En consecuencia, la disponibilidad de medicamentos no corresponde íntegramente con el espectro de padecimientos que configuran el mapa epidemiológico del país. Los nuevos fármacos en el mundo se concentran en padecimientos de alta complejidad y alto costo, comprometiendo el principio de equidad en el gasto de los recursos, lo cual se refleja en la composición del CBM.

El reto radica en fortalecer los criterios de inclusión sin restarle transparencia al proceso y respaldo científico y evidencia del beneficio social a la solicitud. Se requiere que el proceso de inclusión sea un mecanismo de rectoría –por acuerdos conjuntos entre las instituciones–, que transmita con toda claridad a la industria los nuevos fármacos que se buscan y que éstos se tomarán en cuenta atendiendo a los padecimientos o tratamientos que por consenso se determinen. En suma, es necesario transformar el proceso que hoy está supeditado a la oferta, para que la industria se oriente a la demanda, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria.

Para la inclusión de un medicamento en su cuadro básico, el gobierno francés formuló la determinación de su precio por parte de la misma autoridad sanitaria que lo aprueba, puesto que los

Relación del gasto per cápita con la esperanza de vida al nacer



Fuente: OCDE, Datos en salud, 2009.

Figura 2.4. Relación del gasto per cápita con la esperanza de vida al nacer.

beneficios sociales que genera el nuevo fármaco forman parte de la evaluación. Distintos autores en Estados Unidos han criticado este mecanismo, con el argumento de que restringe la disponibilidad de medicamentos para los médicos y usuarios, señalando que el control de precios es lesivo para la salud, ya que impide una mayor gama de terapias. La posición de la autoridad sanitaria francesa sobre este cuestionamiento es que la diversidad de terapias no determina el nivel de salud, sino la eficacia en el manejo del conjunto disponible. La Figura 2.4 resalta el hecho de que la disponibilidad de recursos no es el factor preponderante para acceder a mejores estadios de bienestar.

Para que los sistemas de salud tengan la capacidad técnica de hacer valer su orientación centrada en la persona, la caracterización puntual de las necesidades sólo es posible lograrla si en el arreglo organizacional contribuyen de forma activa y permanente los profesionales de la salud no sólo a nivel de la atención del servicio, sino incorporándose a la orientación y manejo de los recursos financieros disponibles.

NUEVOS REFERENTES CONCEPTUALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

3

En este capítulo se abre una puerta de análisis y reflexión para extender y complementar hacia un nivel macrosistémico la serie de tópicos sobre salud, enfermedad y medicina contenidos en la trilogía de publicaciones sobre *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*, que forma parte de un esfuerzo emprendido desde el año 2005. Su última publicación, a cargo de la Academia Nacional de Medicina de México, aborda las “Aplicaciones” como derivación final del trabajo anterior sobre “Ensayos y modelos”

83

El sistema de salud como sistema adaptativo complejo

El concepto dinámico de salud

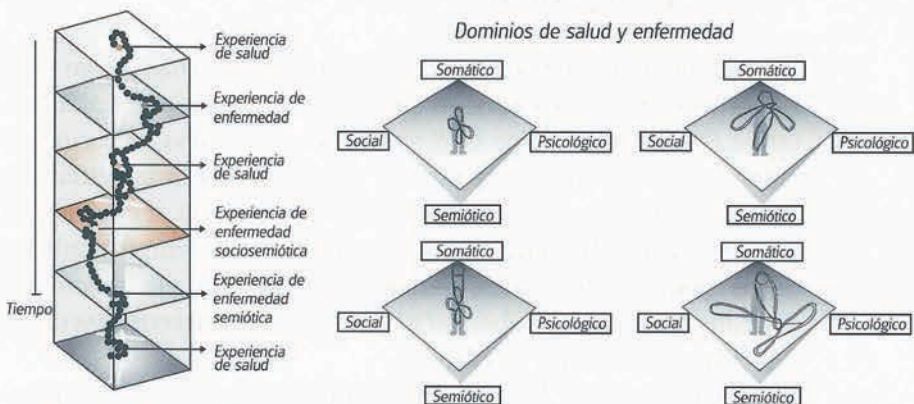
Un enfoque para el análisis del sistema de salud consiste en considerarlo como un sistema adaptativo complejo (*Complex Adaptive System*, CAS). Los CAS se definen como una colección de muchos y diferentes componentes (agentes) que interactúan de manera no lineal, sin un agente supervisor externo al sistema, en los cuales la conducta de éste no se explica por el comportamiento de los agentes individuales, sino que es resultado de la interacción entre los agentes (Sturmberg *et al.*, 2014). Las características de un CAS se muestran en el Cuadro 3.1.

En la teoría de los sistemas adaptativos complejos, se reconoce que la *salud es un estado dinámico* que se adapta de manera constante a las circunstancias somáticas, emocionales, sociales y cognitivas. Este reconocimiento dio lugar al desarrollo del *modelo*

Cuadro 3.1. Características de un CAS.

No lineal	Los resultados no son función directa de los cambios en las variables. Existe la posibilidad de cambios drásticos en el sistema ante cambios pequeños en los componentes. El sistema es sensible a las condiciones iniciales
Abierto a su entorno	El sistema interactúa en forma continua con su entorno, por ejemplo, intercambiando insumos, capital humano, información, etcétera
Autoorganizado	El sistema se retroalimenta (positiva o negativamente) por medio de interacciones múltiples
Emergencia	La interacción entre diferentes agentes del sistema provoca que surjan comportamientos más complejos que no se esperan de la acción de los agentes individualmente
Patrón de interacción	Diferentes combinaciones de agentes pueden conducir al mismo resultado o la misma combinación de agentes puede conducir a resultados distintos
Adaptación y evolución	El sistema se adapta a cambios en su entorno, lo que da lugar a nuevas interacciones dinámicas
Coevolución	La interacción entre los agentes los modifica

somato-psico-socio-semiótico de la salud (Sturmberg, 2007), el cual representa cada uno de los cuatro dominios de salud y cómo su interrelación impacta la experiencia de salud de la persona (Figura 3.1, derecha). A través del tiempo, estas interrelaciones cambiarán, mostrando los cambios dinámicos en el estado de salud de una persona (Figura 3.1, izquierda).



Fuente: Tomado de Sturmberg (2012).

Figura 3.1. Modelo somato-psico-socio-semiótico.

De acuerdo con esta teoría, las políticas públicas para la creación de salud deberían incidir favorablemente en los cuatro dominios de la salud. Sin ser exhaustivos, algunas de las materias en las cuales podría tener sentido intervenir son las que se describen en seguida.

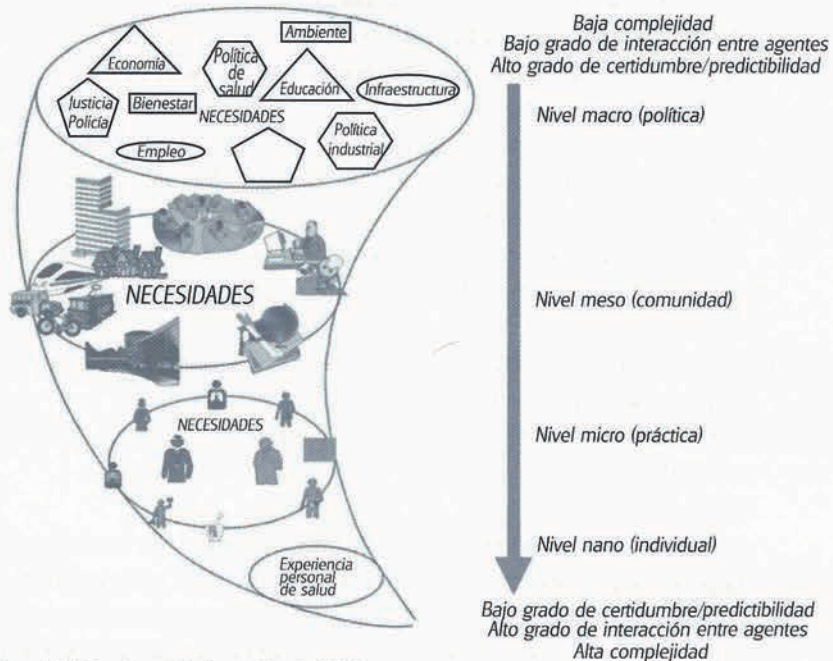
- i. Somático (físico). *Atención médica, prevención y promoción de la salud, genética, higiene, salud ambiental (eliminación de toxinas), prevención de accidentes*
- ii. Determinantes económicos, sociales y políticos. *Vivienda; agua y saneamiento; energía limpia; trabajo digno; actividades culturales, sociales y deportivas; aire limpio*
- iii. Psicológico. *Bienestar mental; atención a enfermedades mentales; manejo del estrés, educación*
- iv. Semiótico (o cognitivo). *Sentido de pertenencia, apoyo, justicia, desarrollo espiritual*

Como puede apreciarse, en México, el campo de acción actual de la política de salud cubre un espectro limitado en gran medida, enfocándose el grueso de la energía en algunos aspectos somáticos de la salud y con una injerencia muy limitada o nula en los otros tres dominios.

Una consecuencia lógica de este modelo es que la *atención de la salud debe ser continua* a lo largo de la vida. De hecho, este concepto no es nuevo en el campo de las ciencias médicas, pero el enfoque de sistemas adaptativos complejos enfatiza la necesidad imposterizable de llevar a cabo este enfoque a la práctica. El concepto de continuidad de la atención se refiere a cómo las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, el cual puede definirse como “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud” (OPS, 2010).

El sistema de salud como sistema adaptativo complejo

Los sistemas de salud pueden entenderse como un CAS, puesto que el entramado de interacciones entre los diferentes componentes provoca su coevolución, la emergencia de conductas en el sistema en general y cambios no lineales. En particular, los sistemas de salud están conformados por varios niveles de interacción de acuerdo con el modelo de vórtice de Sturmberg y Martin (2006). Con este modelo, los autores muestran que la experiencia individual en la



Fuente: Tomado de Stumberg, O'Halloran y Martin (2012).

Figura 3.2. Modelo de Vórtice.

atención de su salud (nivel nano) es resultado de la interacción de los componentes de todo el sistema en todos sus niveles: nano-micro-meso-macro (Figura 3.2). Así, para obtener el resultado deseado en la experiencia individual en salud es necesario que la interacción y los incentivos en todos los niveles del sistema sean consistentes y estén alineados con dicho objetivo.

Sistema de salud centrado en la persona

En el modelo del vórtice, el nivel nano es aquel en donde existe la mayor interacción entre agentes y, por lo tanto, la mayor complejidad en el sistema y donde más conductas pueden emerger. Con el fin de reducir la incertidumbre en este nivel, es necesario que la práctica médica y las intervenciones a nivel comunidad y política estén alineadas con el objetivo de mejorar la experiencia individual en salud. En suma, es necesario que el diseño del sistema de salud esté *centrado en la persona*.

El concepto de atención centrada en la persona va más allá de la que pone al paciente como el centro. En esta última, se combinan los principios de la atención primaria (primer contacto, integral y atención coordinada) con mejoramiento sistemático de la salud de los pacientes, vía el uso de los sistemas de información electrónico, administración de la enfermedad y mejoramiento continuo de la calidad (Bao, Casalino, Pincus, 2013).

En cambio, colocar a la persona en el centro del sistema implica considerar todos los factores que abarcan la experiencia individual en salud y no sólo el tratamiento somático de la enfermedad. Además, este concepto implica empoderar a la persona para involucrarla, con la mayor información posible, en la toma de decisiones terapéuticas y corresponsabilizarla en su autocuidado. Este enfoque fue introducido por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, el cual lo resume con la frase “*No decision about me, without me*”, es decir: “Ninguna decisión sobre mí, sin mí” (Department of Health, 2012).

Adicionalmente, colocar a la persona en el centro del sistema implica seguir unas reglas que Sturmberg (2014) resume en los puntos que se muestran a continuación.

- i. *Entender las necesidades de la persona*
- ii. *Desarrollar las relaciones de confianza entre las personas y los prestadores de servicios médicos*
- iii. *Considerar y entender el contexto de las personas antes de ahondar en los detalles de su estado de salud. Esto significa, entre otros aspectos, la práctica médica en donde el expediente clínico es facilitado al paciente para su conocimiento, como parte del proceso mismo de atención, y en donde éste tiene el derecho de agregar comentarios que son tomados en consideración por los responsables de su atención*
- iv. *Explorar los efectos de las acciones de salud que se prevean llevar a cabo en otros agentes en el sistema, por ejemplo, la familia y/o la comunidad del paciente*
- v. *Considerar las demoras de tiempo entre las acciones que se ejecutarán y los resultados*

Sistema de salud basado en la creación de valor

En México, el sistema de salud no está centrado en algún agente en particular, sino que los diversos componentes tratan de mover el sistema a su favor, lo que implica que la interacción entre los agentes

está marcada por una fuerte lucha política por el control y uso de los recursos. En esta lucha, los usuarios comunes tienen escaso poder de negociación, salvo algunos grupos que se han organizado en torno al tratamiento para ciertas enfermedades de alto costo. Poner a las personas en el centro del sistema implicaría un rediseño total de todo el sistema, a todos los niveles, como se explica adelante.

Reconfiguración de los referentes básicos de interacción

En este documento se usa el concepto “valor” como sinónimo de valor en la provisión de servicios de salud. Siguiendo a Porter (2010), valor se define como los *resultados* en salud por cada peso gastado. Ciertamente, el concepto de valor se define desde la experiencia en salud de las personas.

La cadena de valor. La distribución y los usos de los recursos no están alineados con su propósito o fin último. La competencia ha sido eliminada justo donde y cuando es más importante: sobre los resultados de salud. Las metas e indicadores sectoriales a nivel macro, los convenios de desempeño a nivel meso, los contratos laborales a nivel micro, los estándares de condición de salud a nivel individual a nivel micro no cuentan con responsables para generar una línea coherente que transmita las señales correctas a los lugares indicados.

Los mecanismos para transmitir las señales que orientan al sistema. La libre elección ubica de nuevo la competencia en el nivel incorrecto, con los factores erróneos, en el lugar y tiempo. Ésta por sí misma, o en conjunto con la convergencia y portabilidad, no aporta la claridad requerida a la cadena de valor. El esquema actual, al igual que el de pluralismo estructurado, funciona con la lógica de transferencia de costos, sin mecanismos concretos que los reduzcan. La conformación de un fondo único y la política de convergencia de servicios, permite consolidar la estrategia de agrupación y homologación, pero de nuevo ésta no acrecienta el valor de las condiciones de salud, su objetivo es que al evitar la heterogeneidad de los servicios evite que el valor que produce el sistema de salud no se sustraiga.

Los beneficios de la inversión en salud. El estado actual de las finanzas en salud es que se enfrentan al alza de los costos que no está asociada con mejoras en la calidad. Existen grandes e inexplicables diferencias de costos y calidad entre diversos prestadores y, de estos mismos, entre las diferentes zonas que prestan servicios.

La diseminación de mejores prácticas. Los cambios organizacionales y prácticas médicas tardan alrededor de 17 años en que se conviertan en práctica estándar (Porter y Teisberg, 2004). La innovación es entendida como un costo adicional, su adopción en la mayoría de los casos no tiene un foco clarificado.

La participación de los agentes. Ésta se da en la medida en que promueven mayor poder de negociación, en lugar del esfuerzo por mejorar la atención. Ganar influencia significa, por ejemplo, que grupos de profesionales de la salud puedan obtener mejores acuerdos con los prestadores o financiadores; que los administradores de la salud puedan generar economías de escala en la adquisición de insumos, en ambos casos, no hacen aportaciones para acrecentar el valor del sistema.

La situación actual. Los componentes que hoy están presentes en el sistema de salud no sólo dividen o transfieren el valor creado, sino que también lo erosionan en vez de aumentarlo, al crear costos innecesarios. El sistema de tres niveles de atención como el actual, donde la atención primaria está desalentada y desarticulada, el traspaso de costos es una regla y no genera en ninguno de sus niveles, en estricto sentido, una reducción de costos de atención por medio de la cadena de valor en la atención del paciente, en ocasiones destruye valor neto por el incremento en los costos adicionales que involucran las referencias y contrarreferencias, así como las constantes duplicidades de las pruebas diagnósticas que ello implica.

La situación futura. Se prevé que frente a los elementos y factores que se esperan fortalecer, como son: rectoría, regulación, fondo único, articulación, convergencia, portabilidad, es importante e indispensable que junto con estos “elementos” que conforman el diseño del modelo de salud, se fortalezcan las interconexiones entre ellos, es decir, se requiere focalizar los “contenidos” y “definiciones de las transacciones” entre los distintos agentes, lo cual implica necesariamente mejorar la integridad de la información con que se toman decisiones, y la capacidad de análisis prospectivo de quien formula estrategias públicas. En el mejor de los casos, su ausencia de estas interconexiones se tornará en un “juego de suma cero”.

La competencia por los recursos. En la actualidad, ésta se da por la vía de la afiliación y no por la de la atención de las necesidades. En el ámbito conceptual, estos elementos se presentan como interrelacionados, pero en la práctica están no sólo divididos, sino contrapuestos: se restringe el acceso a los servicios en vez de hacerlos más eficientes.

El obstáculo sistémico. Éste consiste en que el punto de equilibrio entre el financiamiento y la atención tal y como está estructurada en la actualidad lleva al sistema a que se restrinjan los beneficiarios, se rechacen las innovaciones médicas o se limite la adopción de tecnologías por los altos costos. Asimismo, se promueve la elección de tratamientos por ser más baratos, no necesariamente más eficientes, o peor aún, lo que las distintas evaluaciones hoy reflejan, carencia de insumos que generan subatención de padecimientos. La corrección de este comportamiento adaptativo del sistema de salud aún no está a la vista.

Los incentivos negativos. Deberían atenuarse por medio de una de las responsabilidades de la autoridad moduladora,³¹ y depende de la resolución de disputas. Pero el fortalecimiento de la vigilancia y sanción de los servicios por medio de los litigios y las quejas, en sí mismos no le generan al sistema beneficios en cuanto a mejorar los controles y los estándares de servicio, por lo que no están diseñados para reducir las tasas de negligencia profesional.

El todo como inhibidor para transmitir mejores prácticas. Los cuantiosos y crecientes recursos involucrados para mejorar la tecnología en las organizaciones ha facilitado la difusión del conocimiento y la implementación de mejores prácticas, pero contradictoriamente la velocidad de transmisión de estas mejoras son las propias estructuras económicas y públicas del sector salud.

Salvar los obstáculos estructurales del sistema de salud

A continuación se presenta una descripción general de los obstáculos estructurales del sistema nacional de salud.

Pensamiento de corto plazo. La fragmentación del sistema, y su organización por medio de la afiliación dependiendo de las características que señala el agente financiador, ha generado que los prestadores de servicios —públicos y privados— perciban a la población como un medio de maximización de beneficios mediante la reducción de los costos de los servicios o la procuración de sólo aquellos que resulten indispensables, por lo que las acciones preventivas no son la regla general o permanente. En consecuencia, una población afiliada o por afiliar resulta, en términos financieros, indistinta, puesto que la inversión social para mejorar su nivel de salud no está generada, la prevención es una inversión que aumenta su valor en el

tiempo. De allí que captar nuevos afiliados que requieran de menores costos de reafiliación, deja sin incentivos claros para preservar a los existentes. La movilidad más allá de los factores sociodemográficos está afectando la posibilidad de prevención como mecanismo de largo plazo, porque la afiliación temporal bloquea este compromiso.

Población excedente. Esto se refiere a los afiliados al SPSS que los REPSS no consiguen que sean aceptados por la federación, por diferentes razones (expedientes incompletos, falta de cumplimiento de la meta de reafiliación por parte de los gobiernos estatales). Esta población demanda servicios, sin que los servicios de salud obtengan mayores ingresos por ellos. El resultado es que cuanto mayor sea la población excedente, menores serán los recursos per cápita para brindar la atención. Con ello, el modelo de pluralismo estructurado deja de cumplir con los preceptos de equidad y de que los recursos sigan a las personas. Además, el proceso de afiliación/reafiliación está generando altos costos administrativos.

La estrategia incorrecta. El estándar es el mínimo logrado. La competencia debería obligar a los prestadores de servicio a igualar o exceder el valor creado por el mejor de la región/especialidad. La salud es un servicio con factores locales (en especial por el recurso escaso, por ejemplo RRHH). La limitación de la competencia protege a prestadores con resultados mediocres de las presiones y en *sí misma inhibe la diseminación de las mejores prácticas*. La variación de los costos por receta y por tratamiento, así como los mayores costos no están asociados con mejores resultados. Lo que estos estudios revelaron es que las variaciones se sustentan en la falta de ajustes o presiones a que ocurran las mejoras.

Estructuras organizacionales equivocadas. La consolidación de la cobertura de padecimientos (Causas) ha generado que los hospitales se abran a una gama mayor de tratamientos, pero esta consolidación no ha traído como consecuencia mayor eficiencia, porque no parte de agregar áreas especializadas a la red, la estructura organizacional sólo se multiplica, no se especializa. La calidad no mejora cuando el espectro de atención se amplía.

Información. La esencia para evaluar que genera valor no existe o se ha suprimido. Existen datos con escaso impacto en el valor, como encuestas de satisfacción. La información y su construcción requiere de una adecuada revisión para generar el ajuste por riesgo, complejidad y resultados en salud, pero el escaso avance se ubica más en la renuencia por las comparaciones y la responsabilidad. El impulso para mejorar la información es difundir más rápido la ya existente.

Incentivos equivocados a los administradores (REPSS). Los prestadores de servicios deberían ser recompensados por ayudar a los individuos a informarse y recibir la mejor atención posible, por simplificar sus procesos administrativos, por facilitar las transacciones operativas internas.

El fondo único como respuesta parcial. Este fondo sería porque permite terminar con la práctica nociva de excluir afiliados de alto riesgo, pero sólo exacerbaría todos los demás incentivos perversos, porque sólo incentiva al sistema a traspasar costos. Un fondo único *per se* dirige sus objetivos a reducir o racionalizar costos, lo que frena la innovación.

La tutela de derechos coercitiva. En el sector público, las presiones entre buena medicina y el interés económico desmoraliza a los médicos que se ven presionados a subatender a los pacientes. La creación de una procuraduría o comisión de tutela de derechos, amenaza de acciones legales en contra de la negligencia médica, tiene un efecto contrario e incentiva a los médicos a tratar, aplicar pruebas diagnósticas y derivar en exceso. Es un incentivo al sobretratamiento que de ninguna manera neutraliza o reduce la subatención. Los litigios deben circunscribirse a flagrancia (abandono, falta de cuidado, tratamiento obsoleto) y no probable negligencia.

El todo como inhibidor para transmitir mejores prácticas. Los cuantiosos y crecientes recursos involucrados para mejorar la tecnología en las organizaciones han facilitado la difusión del conocimiento y la implementación de mejores prácticas, pero contradictoriamente la velocidad de transmisión de estas mejoras son las propias estructuras económicas y públicas del sector salud.

Nuevo gerenciamiento como pensamiento estratégico

En muchos países, la fragmentación de las políticas públicas en salud es consecuencia de la ausencia de una visión coherente sobre el sistema. Esta falta de visión tiene su origen en un concepto limitado de salud, puesto que el diseño de estos sistemas son la respuesta social a la concepción de “salud y enfermedad” que tiene una sociedad.

En México, la falta de entendimiento de la interacción entre los diferentes componentes que conforman el sistema de salud y la

ausencia de una comprensión integral de todos los factores que afectan la salud, han conducido a un enfoque curativo de la salud, soslayando la creación de salud y la mejora de los determinantes económicos, sociales y políticos de la misma. El enfoque curativo por sí sólo es insuficiente e ineficiente, puesto que el sistema termina por atender enfermedades que en su mayoría han podido evitarse con un enfoque preventivo centrado en la persona, o bien, atendiendo complicaciones que pudieron impedirse con un mejor control sobre pacientes con enfermedades crónico-degenerativas terminales.

El pensamiento estratégico para la mejor comprensión del entorno para la aplicación de las acciones y sus consecuencias, directas, indirectas e inherentes, es la clave para mejorar la implementación de las políticas públicas, sin exceptuar al sector salud. A continuación se reseña este tema.

93

Toma de decisiones en un sistema adaptativo complejo

En el proceso de toma de decisiones, el agente componente del sistema que desempeña el papel de principal-autoridad-rector debe considerar que las consecuencias de sus acciones pueden dar lugar a la aparición de nuevas conductas en el sistema, las cuales no corresponden a la intención de la acción original. Esta conducta que surge como reacción a la medida original, que es resultado de la propia interacción entre los agentes del sistema, se le conoce como *conducta emergente* del sistema.

Un claro y sencillo ejemplo práctico de una conducta emergente es el establecimiento de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (Cecasoeh) del Seguro Popular. Por medio de la aplicación de la Cecasoeh, el *software* informático determina a qué decil de ingreso pertenece el afiliado/reafiliado y su familia y, en consecuencia, se clasifica si el beneficiario debe o no contribuir al pago del aseguramiento (los cuatro primeros deciles de ingreso no son contributivos). Como resultado de la interacción de los componentes del Seguro Popular, el resultado es que las brigadas de afiliación han aprendido a falsear los resultados, para que todas las familias resulten no contributivas, torciéndose así por completo la idea original del mecanismo.

Snowden (2002) propuso el *modelo Cynefin* como un marco conceptual de toma de decisiones que reconoce las diferencias causales existentes entre diferentes tipos de sistema y propone nuevos

enfoques de toma de decisiones en ambientes sociales complejos. El modelo Cynefin consta de cuatro cuadrantes y un centro, cada cuadrante representa un tipo de sistema o dominio: Obvio, Complicado, Complejo y Caótico; el centro es el Desorden.

En el modelo *Cynefin* (Figura 3.3), el cuadrante *Caótico* que nos ocupa, corresponde a los sistemas complejos. En este cuadrante/dominio, las *relaciones causa-efecto no son conocidas por completo a priori*, puesto que la interacción entre los múltiples agentes puede provocar la aparición de conductas emergentes no deseadas, por lo que la relación causa-efecto sólo puede ser comprendida a cabalidad *a posteriori*. Asimismo, *las restricciones al sistema son débiles*, pueden funcionar, pero su cumplimiento no está garantizado como en el cuadrante “Obvio” ni son restricciones tan fuertes como en el cuadrante “Complicado”. Por último, el sistema está *débilmente acoplado*, es decir, no todos sus componentes tienen, hacen uso o conocen las definiciones que se manejan en otros componentes del mismo sistema. Esta definición es más que apropiada para un sistema de salud fragmentado, como el que tenemos.

Con estas características de los sistemas complejos, el modelo propone que la toma de decisiones se guíe por el enfoque de *prue-*



Fuente: Tomado de Snowden (2014).

Figura 3.3. Modelo Cynefin.

ba-percepción-respuesta. Desde este enfoque, antes de generalizar alguna medida, primero debe ejecutarse una prueba piloto, recabarse la información sobre todas las consecuencias que haya tenido la prueba sobre la conducta de los agentes y responder-ajustar la medida original ante los resultados observados. En la ejecución de este enfoque de toma de decisiones, la autoridad rectora del sistema debe tener presente los siguientes factores:³²

- i. **Ambiente propicio para la innovación.** *El agente rector debe crear los ambientes y realizar los experimentos que permitan la emergencia de diferentes patrones a lo largo y ancho del sistema. No hay nada más dañino para el estancamiento del sistema que la sobrerregulación*
- ii. **Colaboración y comunicación.** *La puesta en marcha de alguna acción requiere de la colaboración en los diferentes agentes mucho más que en cualquier otro tipo de sistema o dominio, empezando por la necesidad de comunicar definiciones comunes, homogeneizar la ejecución de la medida, difundir con oportunidad los resultados cuantitativos y cualitativos observados y ajustar rápidamente la medida con base en la evidencia*
- iii. **Innovación.** *Utilizar métodos que puedan ayudar a generar ideas, empezando por la transparencia en todos los niveles del sistema, las discusiones abiertas, alentar los disensos y la diversidad, administrar las condiciones iniciales y monitorear la emergencia de nuevas conductas*
- iv. **Información.** *Los resultados de la prueba deben recabarse y transmitirse de manera oportuna a los agentes del sistema, por lo que la red de información debe ser más compleja, en cuanto a volumen y características, que en otros tipos de sistema. La información debe ser tanto de tipo cuantitativo como cualitativo*
- v. **Flexibilidad.** *El sistema debe ser capaz de aprender y responder con un ajuste a la medida original, ante el surgimiento de conductas no planeadas ni deseadas. En nuestro ejemplo de la Cecasoe del Seguro Popular, la autoridad rectora del sistema debió ser capaz de responder con rapidez ante la escasa fiabilidad de este mecanismo, pero pareciera que la información que conocen los diferentes agentes del sistema no dispara la toma de decisiones del agente que desempeña la función rectora, en este caso: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).*

En los sistemas complejos, la toma de decisiones no está exenta de riesgos, algunas señales de advertencia se enuncian en seguida.

- i. *Regresar a la conducta habitual de controlarlo todo: modo de sobrerregulación/centralización*
- ii. *Enfocarse en hechos aislados, en lugar de permitir que emerjan patrones en los agentes del sistema*
- iii. *Deseo de resolver problemas de manera acelerada o explotar oportunidades*

En suma, el modelo *Cynefin* proporciona un marco conceptual útil para entender la forma en que debe rediseñarse el mecanismo de toma de decisiones en el sistema de salud, considerando que éste es un sistema adaptativo complejo.

Redes sociales en salud

De acuerdo con la definición de Sohn (2010), las *redes sociales* se definen como una estructura social que conecta a un conjunto de actores, que pueden ser personas, organizaciones, entidades políticas u otras unidades. El punto medular del análisis de redes sociales es que se enfoca en los tipos de relaciones que tienen las personas y cómo éstas influyen en la conducta. En consecuencia, los modelos de redes son contruidos para mostrar cómo las relaciones sociales influyen en las actitudes, creencias y conductas. Para Luke y Harris (2007), el análisis de redes es tanto una herramienta metodológica como un paradigma teórico, que permite dar respuesta a importantes preguntas en salud pública.

El análisis de las redes sociales ha sido utilizado en la investigación científica por más de 70 años; no obstante, su utilización ha venido adquiriendo mayor relevancia en los últimos años, debido al avance en las tecnologías de la información y métodos estadísticos. En materia de salud, los investigadores han utilizado el análisis de redes sociales en múltiples campos como la atención médica, medicina preventiva, epidemiología y enfermería. En epidemiología, por ejemplo, la comprensión del funcionamiento de las redes sociales ayuda a entender cómo se propaga una enfermedad y los comportamientos de riesgo individuales y colectivos (Valente, 2010). Con el análisis de redes se ha estudiado la propagación del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual; la difusión de las innovaciones en la práctica médica, el papel del apoyo social y el capital social en el mantenimiento de la salud; la estructura interorganizacional de los sistemas de salud y la influencia de las redes personales y sociales en

la conducta. Sobre esto último, Christakakis y Fowler (2009) encontraron que el aumento de peso de una persona está relacionado con el aumento de peso del “amigo de un amigo”, aunque el mecanismo de transmisión de la conducta no queda del todo claro. El análisis de las redes sociales también podría utilizarse para potenciar la difusión de patrones saludables de alimentación y actividad.

El análisis de las redes sociales debe impactar el diseño del sistema de salud. Como se mencionó antes, las políticas públicas en salud deben reorientarse para buscar el desarrollo de la salud, por lo que incidir en la conducta de los individuos o grupos de individuos que ocupan un lugar central en las redes sociales es fundamental para una extensa y rápida difusión de estilos de vida saludables. En consecuencia, deben crearse las capacidades necesarias para localizar a las personas adecuadas y abordarlas con programas efectivos para incidir en su estilo de vida.

Este cambio del enfoque curativo a la creación de salud requiere de competencias y formas de organización que, hoy por hoy, no están presentes en los profesionales de la salud y no pueden regirse bajo los modelos de atención que hoy están vigentes. Surge, entonces, la necesidad de contar con cuerpos multidisciplinarios de profesionales cuyo objetivo sea la creación de salud, con estrategias bien definidas con base en el análisis de redes sociales y las necesidades de las personas y las comunidades.

Para cambiar el enfoque tradicional y la manera de incidir en la salud de la población, no basta el convencimiento y la buena voluntad, es necesario establecer los arreglos institucionales y brindar los incentivos adecuados para que el sistema funcione de acuerdo con los objetivos que se pretende. Para ello, es indispensable establecer un marco conceptual de referencia y utilizar un lenguaje consistente con una visión sistémica de la salud, en la cual las personas se colocan en el centro de las políticas públicas de salud.

Al analizar el diseño del sistema nacional de salud, nos enfrentamos a la ausencia de un marco conceptual generalmente aceptado, que permitiera tanto su comprensión como un todo integrado, como el ordenamiento de los diferentes componentes que lo conforman. Sin este marco conceptual, es difícil analizar la evolución del sistema o dividirlo en segmentos manejables para su análisis. En este documento, frente a la existencia de marcos conceptuales tradicionales que enfocan su atención a los objetivos, elementos integradores y resultados, que han sido la base para el diseño de los sistemas que hoy conocemos en México y gran parte del mundo, éstos adolecen de

limitaciones en el plano del fortalecimiento y mejor comprensión de los elementos que procuran o limitan su *implementación*. Por ello, se ha elegido como marco conceptual y primera aproximación para entender las condiciones actuales, la utilización de la teoría de los *sistemas adaptativos complejos* (CAS por sus siglas en inglés), la cual permite organizar todas las piezas del sistema de salud en un patrón coherente, así como un marco de referencia sobre el cual analizar sus fortalezas y debilidades. Esta teoría empezó a utilizarse a partir de 2005 en el análisis de la reforma a los sistemas de salud y el futuro de la medicina (Sturmberg y Martin, 2006).

Salud como inversión en capital humano

98

Los estudios empíricos sobre crecimiento económico suelen incluir a la variable educación como *proxy* o medida del capital humano de la población. En contraste, la inclusión de la salud en estos modelos ha sido mucho menos estudiada, presumiblemente por las dificultades para medir este concepto. Dos esfuerzos preliminares en esta dirección fueron los estudios de Ehrlich y Lui (1991) y Meltzer (1995), así como el trabajo empírico de Barro (1996), que sugiere que el estado de salud, medida por la esperanza de vida u otro indicador agregado similar, contribuye al crecimiento económico. De manera más reciente, Bloom, *et al.* (2003) presentan evidencia empírica de que la buena salud tiene un efecto positivo, considerable y estadísticamente significativo en el producto agregado, aun cuando se controle por otras variables. La vía por medio de la cual la salud impacta el crecimiento económico es el aumento de la productividad del trabajo, bajo el argumento de que una persona sana dedicará más tiempo a trabajar y será capaz de esforzarse más.

A nivel microeconómico, los estudios empíricos demuestran que existe un impacto positivo de la salud en los salarios y la productividad, usando tanto métodos experimentales como no experimentales (Strauss y Duncan, 1998). No obstante, en estos estudios se reconoce la necesidad de mejorar las mediciones sobre el estado de salud, puesto que la esperanza de vida podría ser una *proxy* de otras variables relevantes para el desempeño en el mercado laboral.

Así, la cuestión medular es ¿a qué nos referimos con salud? En economía de la educación, por ejemplo, existe un consenso entre los especialistas de que el concepto clave es el logro cognitivo de la población y no los años de escolaridad (Hanushek, 2008). Este

consenso no existe en el tema de la salud, porque la salud es multi-dimensional. Más aún, diferentes dimensiones de la salud también tendrán diferentes efectos en la productividad del trabajo y éstos podrían variar con la edad o la distribución del salario. Por ello, algunos estudios utilizaron varios indicadores de salud (Strauss y Duncan, 1998) y otros algunas medidas agregadas como esperanza de vida (Bloom, *et al.* 2003), aunque este último indicador deje de lado información relevante sobre el estado de salud de la población. Para Barro (2013), además de la esperanza de vida deben incluirse las tasas de mortalidad a distintas edades e incluir efectos de las enfermedades o categorías de enfermedades, así como combinar diferentes tasas de mortalidad y morbilidad.

En México, en el ampliamente difundido informe del *Índice de desarrollo humano*, publicado por el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la salud se mide por medio de la esperanza de vida. Fuera de este indicador, que en la actualidad resulta ya obsoleto por limitado, el concepto de que la salud es parte sustancial en la calidad del capital humano del país no ha permeado lo suficiente. La salud en general se percibe como un gasto, más que como una inversión, incluso entre los líderes del sector salud. Una consecuencia de este enfoque es que el gasto se ejecuta de manera remedial, sin una planeación real, más que como una inversión rentable en el largo plazo.

Por lo anterior, el rediseño del sistema de salud debe considerar al concepto de salud como una parte sustancial del capital humano, tal como lo es la educación. De este modo, los recursos asignados a salud serán considerados como una inversión, no un gasto, que redundará en una mayor productividad laboral y, en consecuencia, en un mayor crecimiento económico, con lo que se crea un círculo virtuoso.

En la actualidad, el cuidado de la salud es una variable relevante cuando se evalúa la competitividad de un país y el atractivo para invertir. Ello bajo el argumento de que una fuerza de trabajo saludable es vital para la competitividad y productividad de un país. La mala salud es costosa para las empresas, porque los trabajadores enfermos aumentan el ausentismo u operan con niveles bajos de eficiencia. Así, en el *Reporte de competitividad global 2013-2014 del Foro Económico Mundial* (WEF, 2013) la salud es un tema relevante y en el cálculo del índice de competitividad global se toma en cuenta la incidencia de paludismo, tuberculosis, VIH, mortalidad infantil y esperanza de vida.

Los reportes de las empresas de consultoría globales, como PwC, también consideran el acceso y la cobertura de los servicios de

salud como una variable importante en la competitividad del país o la entidad federativa (PwC-UNAM, 2012).

Grandes datos, análisis inteligente y sistemas de salud

Aquí se analizan los grandes datos y el análisis inteligente (*Big Data & Smart Analysis*) y su impacto en los sistemas de salud. Los conceptos de *grandes datos* (*big data*) y *análisis inteligente* (*smart analytics*) se refieren a la capacidad de la sociedad para crear y extraer información de grandes cantidades de datos disponibles, de forma innovadora, para producir ideas útiles o bienes y servicios valiosos (Cfr. Mayer-Schönberger y Cukier, 2013). El término de “grandes” se refiere tanto a un alto volumen de datos como a su complejidad (datos estructurados y no estructurados).

El uso de grandes datos tiene un enorme potencial para revolucionar el desarrollo de la salud de la población, así como ha ocurrido en la provisión de otros bienes y servicios. La explotación de grandes datos, junto con el análisis inteligente, puede contribuir de manera considerable a alcanzar el triple propósito: mejorar el estado de salud y mejorar la experiencia en salud, a la vez que se reducen los costos de la atención. Las aplicaciones de los grandes datos van desde la atención individual (*nivel nano*) hasta el nivel de determinación de las políticas de salud (*nivel macro*).

Es importante tener en mente que un uso eficiente de los grandes datos incluye los siguientes procesos: captura, limpieza, búsqueda, almacenamiento, transferencia, visualización, transparencia, análisis, toma de decisiones y protección de datos personales. En México, la experiencia del proyecto de Consulta Segura, instrumentado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en el marco del proceso de afiliación y reafluencia al Seguro Popular, puso de manifiesto que el hecho de recabar información en salud sirve de poco si no se utiliza para tomar decisiones en todos los niveles (macro, meso, micro y nano).

Algunas de las áreas y usos de los grandes datos en salud se resumen en el Cuadro 3.2.

Otras áreas de conocimiento relacionadas con los grandes datos y el análisis inteligente, que impactarán a los sistemas de salud son: la economía del comportamiento (*behavioral economics*),

Cuadro 3.2. Algunos usos de grandes datos en salud por nivel y dominio de la salud.

Nivel	Dominio		
	Somático	Psicológico	Determinantes socioeconómicos
Macro			Nutrición - Monitoreo automatizado de la ingesta diaria a casi cada punto de consumo, del número de veces que las personas visitan restaurantes de comida rápida y sobre las compras de alimentos - Análisis de la información de comportamiento que esté correlacionado con la nutrición - La información puede usarse para mejorar la seguridad de los alimentos, la disponibilidad de alimentos sanos e incidir en hábitos de consumo Accidentes y seguridad - Cruce de datos de accidentes con patrones de tránsito o condiciones ambientales, con el fin de incidir en la prevención
Meso			Determinantes de la salud - Cruce de mediciones de calidad del aire con localización del individuo vía teléfonos celulares, para determinar el riesgo a la salud de la exposición a contaminantes - Cruce de expedientes clínicos con datos socioeconómicos para incidir en los determinantes sociales de la salud
Micro	Mejora de la calidad y reducción de costos - Identificar mejores prácticas y revelar inconsistencias en la atención a la salud - Los pacientes pueden acceder a la información de los costos de los servicios con procedimientos similares - Los médicos tendrían información de cuáles pruebas son innecesarias		Redes sociales - Promover niveles más altos de actividad física y los comportamientos saludables

Continúa

Cuadro 3.2. Algunos usos de grandes datos en salud por nivel y dominio de la salud.

Nivel	Dominio			
	Somático	Psicológico	Semiótico	Determinantes socioeconómicos
Nano	<i>Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades</i> - Determinar el tratamiento más adecuado para los individuos con ciertas características, dejando a un lado la práctica de prescribir el tratamiento promedio para el paciente promedio. - Monitoreo estrecho de la respuesta de los pacientes al tratamiento y su ajuste de acuerdo con la respuesta. - Retroalimentación acerca de temas de salud y monitoreo a través de sensores pasivos, más que respuestas a cuestionarios	<i>Salud mental</i> - Medición de síntomas de desórdenes psiquiátricos como patrones de movimiento físico, actividad y comunicación, vía teléfonos celulares. Ello para la detección temprana y atención oportuna de trastornos como depresión, déficit de atención, hiperactividad, bipolaridad y agorafobia		

Fuente: Elaboración propia. Basada parcialmente en Pentland, et al. 2013.

dispositivos de salud usables (*health wearable devices*), modelos predictivos, entre otros.

En concordancia con los cambios para los sistemas de salud que implica el uso de grandes datos, Groves *et al.* (2013, pp. 6-7) propusieron un marco conceptual centrado en la persona, el cual considera cinco vías clave para agregar valor, basándose en el concepto de que el valor se obtiene del balance entre el gasto en la atención a la salud y el impacto o resultado en la persona. En seguida se describen las nuevas vías de valor que proponen.

- i. **Estilo de vida correcto.** Las personas pueden añadir valor desempeñando un papel activo en el tratamiento de enfermedades, en la prevención y en el desarrollo de su salud por medio de la toma de decisiones saludables en su estilo de vida, como en los patrones de alimentación y actividad física

- ii. **Atención correcta.** Esta vía para añadir valor implica asegurar que los pacientes consiguen de manera oportuna el tratamiento más apropiado disponible. Una atención adecuada requiere un estricto apego a los protocolos así como una coordinación estrecha entre centros de atención y proveedores. Todos los prestadores de servicios deben tener la misma información y trabajar hacia el mismo objetivo, a fin de evitar duplicar esfuerzos y la ejecución de estrategias que no son óptimas
- iii. **Proveedor correcto.** Esta ruta propone que los pacientes deben ser tratados siempre por los profesionales que son más aptos para desempeñar la tarea y, con ello, logren el mejor resultado. El “proveedor correcto”, por lo tanto, tiene dos significados: la combinación perfecta de habilidad-proveedor ajustada a la complejidad de la tarea –p. ej., enfermeras o auxiliares médicos que realizan tareas que no requieren un médico–, pero también la selección específica del proveedor con los mejores resultados comprobados
- iv. **Valor correcto.** Para cumplir con los objetivos de esta vía, los proveedores de servicios de salud y las instituciones financiadoras mejorarán continuamente el valor de la asistencia en salud, preservando o mejorando su calidad. Esta vía puede significar múltiples medidas para garantizar el costo-efectividad de la atención, tales como atar el pago a los prestadores del servicio a los resultados del paciente o eliminar el fraude, desperdicio o abuso en el sistema
- v. **Innovación correcta.** Esta vía consiste en la identificación de nuevas terapias y enfoques para la prestación de la atención en salud, en todos los aspectos del sistema, y la mejora de los motores de innovación –p. ej., por medio del avance de la medicina y el impulso a la productividad de la investigación y desarrollo–. Para capturar valor en esta vía, las partes interesadas deben hacer un mejor uso de los datos de los ensayos anteriores –p. ej., mediante la búsqueda de objetivos de alto potencial y las moléculas en la industria farmacéutica. También podrían utilizar los datos para encontrar oportunidades para mejorar los ensayos clínicos y protocolos de tratamiento tradicionales, incluidos los de los nacimientos y las cirugías de pacientes hospitalizados

CONTRIBUCIONES PARA EL FUTURO

4

Principios generales para un sistema de salud exitoso

105

El nuevo sistema de salud debe estar basado en los principios generales que se explican a continuación.

Salutogénesis. El sistema debe dar la misma relevancia a la **creación de salud** (salutogénesis) junto con brindar una atención médica de calidad a las personas que ya están enfermas (evitar la patogenia). Ello implica la creación de grupos multidisciplinarios de profesionales con las habilidades y competencias necesarias para incidir en la creación de salud de la población.

Centrado en la persona. El rediseño del sistema de salud debe comenzar por colocar a la persona en su centro. Para que la persona goce de una experiencia en salud satisfactoria (nivel nano), la organización del resto de los niveles del sistema (micro, meso y macro) debe estar alineada y ser consistente con dicho objetivo. Colocar a la persona en el centro del sistema implica empoderarla y responsabilizarla en su autocuidado y toma de decisiones terapéuticas (*"No decision about me, without me"*, o sea *"Ninguna decisión sobre mí, sin mí"*), lo que conlleva elevar el conocimiento en salud de la población. Implica por consiguiente el monitoreo *ex post* de la atención para garantizar el apego terapéutico de la persona al tratamiento, en cuyo caso los sistemas de salud han estado destinando cuantiosos recursos y grandes esfuerzos para garantizar el abasto oportuno de los fármacos asociados con la consulta, pero los escasos estudios asociados con uso adecuado de ellos por parte de los pacientes han señalado cifras alarmantes de subutilización, mal utilización o efectos adversos que van en sentido distinto de la atención

otorgada, sin que haya habido acciones sistemáticas para garantizar el aprovechamiento adecuado de dichos insumos por parte de los pacientes. Al colocar a la persona en el centro del sistema se pone de manifiesto que la atención en salud debe ser continua y debe incidir en los cuatro dominios de la salud: i) somático; ii) psicológico; iii) económico, social y político, y iv) semiótico.

Garantía de los derechos humanos. Esto significa que las instituciones deben garantizar que los derechos humanos se respeten, que sean tutelados jurídicamente y que exista una obligación de las administraciones públicas para promover, respetar, proteger y garantizar que el derecho a la salud se cumpla bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, como parte del quehacer público y la entrega de servicios y atención debe reconocer ese derecho. Para las instituciones públicas de salud, el reto de garantizar, por ejemplo que las creencias religiosas de más de 1 500 000 mexicanos que les impiden recibir transfusiones sanguíneas, están contemplados por medio de la adopción de procedimientos médicos alternativos que no obstaculicen las mejores condiciones de cuidado y atención derivadas de esta limitación. De igual forma se circunscriben las decisiones de padres y usuarios sobre la negativa a la aplicación de vacunas; así como sobre los procedimientos a seguir sobre ciertas legislaciones locales que han favorecido la muerte asistida.

Integración. El sistema debe avanzar hacia su integración para alcanzar un sistema “sin costuras”. En principio, lo ideal es que exista un solo sistema frente al usuario, aunque su composición interna reflejara la composición de múltiples agentes o subsistemas de atención. La integración afronta el reto de presentarse con una ventanilla única de atención. En todo caso, la población debe poder transitar de un subsistema a otro sin obstáculos y recibir una atención continuada. Ello debe pasar por la integración de los padrones de beneficiarios de todas las instituciones y de los sistemas de información.

Calidad. Calidad en todo el sistema, no sólo en la atención médica individual. La calidad sistémica debe incluir, por lo menos, las siguientes dimensiones: accesibilidad, oportunidad, efectividad, seguridad, eficiencia y equidad.

Mejora continua. El sistema de salud debe incluir un sistema de mejora continua que incida en todos los niveles: macro, meso, micro y nano.

Equidad. Para lograr la completa equidad en el campo de la salud, sin duda será indispensable moderar las profundas desigual-

dades económicas y sociales que afectan a nuestra sociedad. La equidad implica que la infraestructura del sistema debe extenderse para garantizar el acceso a la atención primaria a todas las comunidades del país, con una calidad que debe ser homogénea en todo el sistema. La equidad significa que el sistema pueda cubrir todas las necesidades de salud de todos los residentes en el territorio nacional (cobertura universal efectiva).

Coordinación interinstitucional e intersectorial. Es necesario que existan mayores y mejores mecanismos de coordinación definidos en cuanto a la interacción y vinculación que requieren unos y otros, transparentes y formales entre los actores del sistema de salud con diferentes dependencias y órdenes de gobierno, con el fin de que las políticas públicas incidan en la mejora de los determinantes económicos, sociales y políticos de la salud.

Flexibilidad. El sistema debe ser lo suficientemente flexible para permitir que surja la innovación desde lo local, así como la rápida adopción de buenas prácticas a lo largo de todo el sistema.

Simplicidad. Al sistema de salud se le debe limpiar de toda la regulación innecesaria que ha burocratizado la atención en salud. Cuantas más reglas se introducen, más complejo, opaco e ineficiente resulta el sistema.

Transparencia y rendición de cuentas. Este principio implica alcanzar la transparencia en todos los niveles del sistema y que la información sea inmediatamente accesible a todos los participantes del mismo. La gobernanza del sistema debe cambiar para que existan responsables claros por los resultados en los diferentes niveles del sistema. La medición de los resultados debe llevarse a cabo por medio de indicadores claros y transparentes. Más aún, una parte de las remuneraciones de los recursos humanos debe estar vinculada a los resultados, en los diferentes niveles del sistema.

Organización y participación social por la salud. El sistema de salud debe proveer los incentivos para la participación de la sociedad civil y el empoderamiento de las comunidades, quienes deben convertirse en protagonistas activos en la creación de salud. La participación de la comunidad es importante para la integración o adaptación de servicios de salud o programas de promoción de la salud, así como para la identificación y superación de los determinantes sociales de la salud. Ello porque por lo común las personas que habitan en las comunidades están probablemente mejor posicionadas, tanto para entender su entorno, como para instrumentar los cambios requeridos. La participación que se requiere no es sólo

al nivel de consultar a las comunidades, sino de involucrarlas en el proceso de desarrollo de la salud en su comunidad.

Algunas aportaciones para un diseño más efectivo del sistema de salud

Un nuevo sistema en donde es necesario separar el vínculo conceptual en el cual el modelo de acceso a la salud es parte del acceso a la seguridad social. Las tendencias de los sectores económicos presentan ya comportamientos en donde el mercado laboral formal por contratación subordinada al patrón no será la fuente de ingresos de la población ocupada. Por tanto, el trabajo independiente es parte de una tendencia global en donde la seguridad social está acotada a una menor población objetivo y, por tanto, cobra mayor fuerza un sistema de salud donde la base de contribución financiera no se derive del empleo. Sin embargo, el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* (Prosesa) vincula el propósito de la salud con el de la seguridad social, ya que señala la necesidad de:

“Promover la cobertura universal de la seguridad social, estimulando la creación de empleos formales y la flexibilidad laboral. Analizar integralmente los programas de gobierno y políticas públicas para que las estrategias y los programas de gobierno induzcan la formalidad”.

Aunque en materia de empleo formal, el Prosesa requiere incorporar estrategias explícitas para la colaboración intersecretariales a fin de abordar aspectos de salud en el trabajo y reducir los riesgos laborales.

El sector salud es un conjunto de organismos gubernamentales, regulatorios y de atención. El sistema nacional de salud es una red que busca por medio de la coordinación entre los diferentes ámbitos de gobierno público, junto con los sectores social y privado, mejorar las condiciones de la población. Sin embargo, el sistema de salud es un ente social sin representación formal, sin una orientación ni dirección definida. El sistema de salud está allí, delimitado o sin delimitar, reconocido en su totalidad o parcialmente; actuando e interrelacionándose, bien sea con incentivos, controles y contrapesos o sin ellos, y la seguridad social está en parte aislada de él.

Un sistema integrado de salud constituye un esfuerzo razonado y con vocación, para que cada elemento se vincule al resto, de forma tal que mejore no sólo su actuación sino la del conjunto, su desempeño se traza más allá de lo que aportan por separado la suma de las partes. El sistema integrado de salud incrementa el valor social por el cual fue diseñado –la salud–, evita que se destruya o simplemente que se transfiera la aportación de uno entre las partes.

La principal debilidad que se presenta para la comprensión del sistema es metodológica: el objeto de estudio –el nivel de salud de la población– y la forma de medirlo y de evaluar las condiciones prevalecientes, esperadas y obtenidas difieren no sólo entre los diversos informes, sino hasta en la construcción de la rendición de cuentas: los logros reportados para los programas de las políticas públicas en salud están impregnados de objetivos que apuntan a impactos y se reportan actividades o resultados, lejanos a la definición de impactos en la salud.

109

Existen en la literatura especializada avances y aproximaciones metodológicas a condiciones particulares de salud o de la enfermedad poblacional, pero aún siguen siendo aportaciones segmentadas que no permiten generar un elemento primordial: claridad en la medición. La discusión y el consenso sectorial de la medición aún no se ha dado en los niveles de autoridad y decisión más altos, aunque resultan urgentes a pesar de que existen incontables avances en la materia. Este tema es urgente, porque el sector salud ha contado con aportaciones crecientes de recursos públicos frente al resto de las necesidades públicas financiadas por el Estado y en donde la información disponible apunta a que los efectos de estas aportaciones están generando menores beneficios que antaño por cada peso invertido.

El modelo de atención y el sistema de salud están señalando su agotamiento desde hace tiempo, sólo que sin la herramienta de medición para distinguir en la implementación en dónde, cómo y cuándo actuar, la aplicación de reformas, cambios y modernizaciones continúan siendo modas pasajeras que no han transformado e integrado al sistema como tal.

Existen críticas constantes y elementos que refutan los distintos reportes públicos sobre las mejoras en el sector salud. Por un lado, prevalecen las evaluaciones que vinculan de forma errónea a las mejoras y eficiencias en el sector como mejoras *per se* del nivel de salud de la población. Por otro lado, no hay consenso social sobre la forma de medición, si bien, existen innumerables definiciones sobre salud, algunas más que otras generan mayores consensos, a pesar de existir

un desarrollo metodológico de la construcción de medición más adecuada, como ya ocurrió en 2002 sobre el tema de pobreza.

La definición de salud no es un ejercicio con importancia solamente académica, es un ejercicio que cae en el ámbito de la delimitación de la actuación de las políticas públicas. El mejor ejemplo de un sistema complejo lo es el de la salud. Es complejo porque el conjunto de elementos que influyen en él de forma indirecta es más amplio que el esfuerzo directo traducido en los elementos que aportan mejoría, preservación, resarcimiento o que evitan el deterioro de la salud. La primera aproximación metodológica al tema, apunta a señalar que algunos de estos elementos indirectos tienen mayor impacto que aquellos que hemos diseñado y construido para controlar, regular o atender la salud y la enfermedad en forma directa. Esta laguna en la definición conceptual del sistema de salud genera pérdidas importantes en la identificación de áreas de oportunidad que agreguen mayor valor a la salud de la población.

Sin reconocer ni identificar los elementos indirectos y sus impactos como elementos que deben conformar el sistema de salud, los agentes que los originan están contribuyendo de forma negativa y, además, funcionan sin mecanismos compensatorios, sin responsables que limiten su actuación o impulsen cambios positivos. En adelante, la distorsión seguirá siendo mayor que los beneficios obtenidos con el financiamiento de todos.

La escala importa. La universalización de la atención confronta al sistema de salud a que los elementos subyacentes que inicialmente no habían frenado los avances en materia de acceso, gracias a que los recursos crecientes subsanan las pérdidas marginales por debilidades de los componentes en el sistema de salud y en el modelo de atención (falta de capacitación en el gerenciamiento, sobrepagos de insumos para la salud, déficit en la formación de especialistas, infraestructura tecnológica sobre- o subestimada o inadecuada). El financiamiento y la descentralización sin reglas claras –sin acompañarse de transferencia de conocimientos, sin generación de habilidades y con administración de recursos, pero sin autoridad para ejercerlos– han permitido que el financiamiento, en la mayoría de los casos, mejore los servicios de atención, pero han provocado que en algunos otros, la sola agregación de recursos amplifique los problemas existentes.

El sector salud ha enfrentado una descentralización poco exitosa, no por la descentralización en sí misma: el sistema de salud no es la excepción en la lógica de que la posibilidad de contar con

mayores recursos permite, en el mejor de los casos, sólo hacer más, no mejor; aunado a débiles mecanismos de control, supervisión e incentivos para el cambio. Hoy debemos reconocerlo y recomponernos en ese punto para seguir avanzando.

Calidad y eficiencia como principios rectores

Se ha mencionado ya que los incentivos actuales permiten que se financie una promesa de atención que no se cumple. En el esquema de Pluralismo Estructurado la convergencia y la portabilidad tienen como incentivo la elección del individuo para que los recursos se destinen de forma más eficiente.

El objetivo de esta sección es proponer una forma diferente de abordar los incentivos para lograr mayor calidad y eficiencia,³³ sin que la base de la misma dependa de la posibilidad –utópica– de generarla por medio de la elegibilidad por parte del paciente.

El punto más relevante de esta propuesta es que no descansa en una estructura organizacional tipo, su fundamento no reside en si existe uno o múltiples financiadores, uno o varios administradores de salud y/o prestadores de servicios; lo relevante descansa en el contenido de la transacción, en la definición de interacciones de información que fomenta la gran ausente de la discusión conceptual del esquema de pluralismo estructurado: de la denominada *autoridad modeladora*, aquella que tiene como responsabilidad alinear la gestión de la calidad con los recursos disponibles bajo el principio de autonomía administrativa; aquella que debe hacer congruente la evaluación de costo-efectividad con la inclusión del paquete de servicios; quien vincula la acreditación con la protección al paciente y la afiliación con la experiencia de salud y monitoreo de satisfacción.

¿Qué tan factible sería generar incentivos efectivos en un sistema complejo como el sistema de salud? En realidad la complejidad del sistema se da por la interrelación entre los diferentes niveles y la amplitud de los agentes y factores que componen y determinan cada nivel (nano-micro-meso-macro). A nivel *meso*, se dice que la complejidad se deriva del hecho de que estos incentivos no pueden ser alineados de manera correcta por el hecho de que los usuarios del sistema de salud disponen de información limitada y porque el servicio es altamente personalizado.

En cuanto a esta aseveración, las aportaciones de Porter y Olmsted (2004) apuntan hacia otra dirección, una muy distinta a los planteamientos tradicionalmente expuestos. En esta sección se retoman aquellos que son acordes con el proceso de transformación emprendido para conformar el esquema de pluralismo estructurado. A continuación se presentan algunos ejemplos.

1. **La diferenciación de los prestadores locales**, más que elegibilidad del paciente. La atención médica debería de brindarse por medio de una red de profesionales de experiencia en la enfermedad o tratamiento. Generar valor diferenciado, es una característica que involucra un cambio de mentalidad y una idea radical
2. **La referencia y contrarreferencia monitoreada**. Ambas para promover el fomento de la atención médica continuada, con responsabilidad financiera protegiendo al paciente. Para desincentivar la retención indebida del paciente con el objetivo de hacerse llegar recursos adicionales a los que en realidad se requieren
3. **Trabajar en precios transparentes**. Conocer la estructura de costos del sector, para poder comparar beneficios obtenidos con costos generados
4. **Flujo de recursos financieros flexible y oportuno**. Ello con el fin de crear certidumbre y confianza en el sistema
5. **Información pública accesible**. Dentro y fuera del sistema, para agentes internos y externos
6. **Aseguramiento no discriminatorio**. Es inaceptable dejar fuera de los servicios de salud a la población más alejada de los centros urbanos. Representa un aseguramiento discriminatorio cuando las razones esgrimidas se centran en los altos costos de afiliar grupos poblacionales en zonas rurales
7. **Causes garantizados para todos los beneficiarios**, aunque no necesariamente para todos los prestadores. Se requiere, en una etapa superior, acreditar por padecimientos y tratamientos a los centros, esta acreditación con el nivel del mayor estándar de resultados alcanzado
8. **Libertad de elección de administradores (REPSS)**. Ello con el fin de dotar a la infraestructura de los insumos para lograr el mayor estándar
9. **Creación de un Fondo Específico de Investigación y Desarrollo**. El objetivo de este fondo es que promueva, adicionalmente, la adopción de mejores prácticas para los padecimientos de alta especialidad que forman parte del Fondo de Gastos Catastróficos

El tránsito hacia un nuevo sistema

Rectoría del sistema

Los sucesivos procesos de reforma emprendidos por los diferentes gobiernos para modernizar el sistema nacional de salud han sido invariablemente procesos inacabados. Además, como si fuera un karma, pareciera que todas las reformas están destinadas a concluir de manera distinta a como fueron concebidas. Así, el proceso de descentralización iniciado en los años ochenta concluyó de forma deficiente. La reforma de 2003, que dio lugar a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), entre cuyos objetivos explícitos estaba reducir el gasto de bolsillo y los catastróficos, sólo ha logrado reducir de manera marginal el primero, y no existe una fuente de financiamiento clara de largo plazo para el Fondo de Gastos Catastróficos, todo ello a pesar del enorme aumento en la inversión en salud de los últimos 10 años.

Al no lograr sus objetivos principales, puede afirmarse que la reforma está inconclusa o bien en transición. Una revisión somera del SPSS actual, en comparación con el que fue concebido revela que el diseño original se ha ido desdibujando y, con la reforma de 2014, de plano se está retrocediendo. Como la reforma de 2003 nunca concluyó de instrumentarse en los términos en que fue diseñada, el fracaso puede atribuirse más a las personas que tuvieron el encargo de concluir su instrumentación, que a las que la diseñaron.

Debe recordarse que el sistema de salud es un sistema adaptativo complejo. Como tal, el resultado final del sistema está determinado por la interacción de los múltiples agentes que lo conforman. Los procesos de reforma han afectado intereses e inercias de diferentes agentes en el interior del propio sistema de salud, los cuales han opuesto una resistencia a los cambios. La “economía política” de los procesos de reforma al sistema de salud, la cual indique con claridad cuáles son los agentes, sus motivaciones e intereses que se han opuesto a las reformas, es una asignatura pendiente entre los estudiosos de la salud en México. La falta de transparencia en el sistema ha impedido que los ciudadanos denuncien la falta de cumplimiento del objetivo central del sistema, que es mejorar y mantener el estado de salud de la población.

El país tiene la urgencia de rediseñar el sistema nacional de salud, con los objetivos, principios y características generales que se han planteado en este documento. La estrategia de implementación es imprescindible, porque una reforma de esta magnitud generará,

sin duda, grandes resistencias al cambio de los diferentes agentes que conforman al sistema. El detalle de la estrategia de reforma debe incluir los diversos escenarios que pueden presentarse ante la movilización de los grupos que sientan sus intereses afectados por la puesta en marcha de la reforma.

La estrategia de reforma al sistema nacional de salud debe empezar primero por fortalecer la función de rectoría, principalmente de la Secretaría de Salud, que debe ser la encargada de conducirla. Ello derivado de que se requiere de una entidad rectora fuerte, capaz de diseñar y conducir el proceso de reforma en el nivel macro y con recursos jurídicos y humanos suficientes para superar los obstáculos y resistencia al cambio que genere la misma. No obstante, no debe olvidarse el desarrollo de las capacidades de dirección y operación del sistema en todos los niveles.

La necesidad de fortalecer la función rectora parte de la fragmentación del sistema actual, la descentralización de la prestación de servicios en 32 entidades federativas y, sobre todo, el deterioro de la salud pública a pesar del aumento de los recursos asignados a la salud de la última década. La existencia de 32 sistemas estatales de salud es positiva, puesto que da lugar a la adaptación a las condiciones particulares de cada estado; sin embargo, deben existir objetivos y estrategias nacionales que le den coherencia al sistema.

Para fortalecer la función de rectoría, lo primero es esclarecer, en el marco jurídico, el tipo de rectoría que se requiere. En el presente documento se propone que la Secretaría de Salud debe ser rectora en las esferas política, social y económica del sistema conforme a los apartados que se describen en seguida.

- i. **Política.** *La Secretaría de Salud debe conducir el sistema. La conducción debe planearse con base en evidencia estadística. Ello requiere que la Secretaría construya las competencias, las capacidades y la tecnología necesaria para recabar y analizar grandes volúmenes de información provenientes de todos los agentes y niveles del sistema. Sin el análisis de grandes volúmenes de información para la toma de decisiones, no tiene sentido hablar de que pueda existir una entidad rectora. Además, la Secretaría de Salud debe regular todo el sistema y no sólo parte de éste*
- ii. **Social.** *La Secretaría de Salud debe ser rectora de la política de salud pública y de la prestación de servicios en todo el país, siendo la responsable última de mejorar el estado de salud de la población. Cabe aclarar que no se recomienda establecer un modelo único de prestación de servicios en todo el país; por el contrario, el sistema*

debe tener la flexibilidad suficiente para permitir la aparición de modelos innovadores desde lo local y la rápida difusión de buenas prácticas en todo el sistema

- iii. **Económica.** *La Secretaría de Salud debe ser rectora en cuanto al financiamiento del sistema y el aseguramiento público. Sólo con una rectoría inteligente sobre las formas y la magnitud del financiamiento del sistema, puede construirse el mecanismo que otorgue los incentivos correctos para incidir en la conducta de los agentes del sistema*

El fortalecimiento de la rectoría debe incluir dotar a la Secretaría de Salud de la capacidad de convocar a otras dependencias federales y otros ámbitos de gobierno, con el fin de darle a la salud la importancia que amerita en las políticas educativas, de desarrollo social, seguridad en el trabajo, ambientales, infraestructura, entre otras. Ello con el fin de atender los determinantes económicos, sociales, ambientales y políticos de la salud. Los mecanismos de coordinación interinstitucional deben estar reglamentados con claridad.

Con el fin de llenar los vacíos legales que erosionan la capacidad de la Secretaría de Salud de conducir el sistema, es necesario establecer la legislación secundaria –normas y reglamentos– que se requiere para dotar de contenido a las “bases y modalidades” de la coordinación del sistema nacional de salud por parte de la Secretaría de Salud.

La reforma en la rectoría debe incluir la evaluación en todos los niveles y que dicha evaluación tenga como respuesta inmediata el diseño de planes y programas de mejora. La evaluación sirve para mejorar; sin embargo, en la actualidad, las evaluaciones se traducen en documentos que sólo son testimoniales, pero de los cuales no se desprenden acciones sistemáticas en el marco de métodos de mejora continua. Para que la evaluación rinda frutos, el diseño debe incluir la rendición de cuentas. Sin ésta, la evaluación es estéril y la mejora se pierde en la anonimía.

Para que la Secretaría de Salud no distraiga su atención y sus recursos escasos del ejercicio de las funciones de rectoría que le corresponden en el nivel macro, la Secretaría debe dejar de operar directamente la prestación de servicios médicos, es decir, el nivel micro.

Ahora bien, existen ciertas funciones de rectoría en el sistema, distribuidas en otras instituciones que no se están ejerciendo a plenitud, ya sea por falta de una regulación adecuada, voluntad política

o cambios de diseño que fueron mermando la capacidad rectora de estas instituciones. Así, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud destina una parte importante de sus escasos recursos en revisar facturas, si bien este año (2014) se avanzó en el establecimiento de convenios de desempeño con las entidades federativas. Asimismo, la reforma de 2003 contemplaba ciertas funciones de conducción a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) –de ahí el nombre de “regímenes”– que hoy por hoy se han diluido; al grado de que algunos de los REPSS funcionan como meros firmadores de cheques.

El sector privado

El diseño del nuevo sistema de salud debe incluir a todo el sector privado en su conjunto como un componente fundamental de apoyo al logro de los objetivos planteados. El primer paso sería definir con claridad el papel que desempeñará el sector privado en el nuevo sistema de salud, si será complementario, sustitutivo o ambos. Bajo los antecedentes históricos y culturales de los cuales partimos lo más positivo es la complementariedad, aunque en algunos casos específicos se puede dar la sustitución.

En nuestros días, la Secretaría de Salud cuenta con las atribuciones legales para ordenar el sector privado de prestación de servicios de salud. Para avanzar en su ordenamiento, es necesario comenzar por transparentar la prestación de servicios médicos del sector privado. Para ello se requiere que el sector privado sea parte fundamental de la red nacional de información del sistema de salud, con el fin de tener una estadística adecuada, que nos permita conocer los problemas que enfrenta el sector, la calidad en el servicio y evaluar su trayectoria. La incorporación a esta red de información debe incluir la definición de indicadores claros de la calidad en el servicio, así como la definición de mecanismos obligatorios para su publicación. Esto último con el propósito de que los usuarios tengan información sobre la calidad-precio de los servicios que están contratando.

Para el desarrollo del sector privado, se requiere dotarle de la suficiente certeza jurídica, por lo que se requiere ampliar la cobertura del marco jurídico hacia algunas áreas en las que, en la actualidad, es omiso. Algunas de estas áreas son: el desarrollo de nuevos modelos privados de atención; y la regulación apropiada para el desarrollo del sector asegurador, a fin de impulsar su especialización y

su papel como promotor de bienestar, supervisor de calidad y controlador de costos en el sistema de salud, público y privado.

La estructura del mercado de prestación de servicios hospitalarios ha llevado a una situación de desbalance en la negociación con el sector financiador incluyendo el asegurador. Ello ha conducido al estancamiento en una situación de *suma-cero*, donde las pugnas, la falta de coordinación en ambos sectores y los incentivos divergentes han producido una baja penetración en el mercado de seguros médicos y, por ende, altos costos para los usuarios, incentivando a que las personas enfermas sean las que continúan con su cobertura y desincentivando a que personas sanas los contraten. Mejorando la coordinación y alineando los incentivos entre hospitales y pagadores³⁴ se puede llegar a una solución ganar-ganar que se centre en beneficiar al consumidor final y permita aumentar el volumen de negocios para ambas partes, disminuyendo los costos para los usuarios y aumentando la calidad y diversidad de los servicios ofrecidos.

117

Un sector privado más robusto, organizado y coordinado, puede desahogar a los servicios de salud y hospitales públicos de personas que pueden pagar una atención en instituciones privadas, por medio de esquemas más accesibles e innovadores de aseguramiento privado. Para ello, se propone la creación de una institución público-privada para la coordinación del mercado de seguros médicos. Esta institución funcionaría más como un organismo autorregulador de la industria que como un ente paraestatal, con el fin de evitar que se convierta en una “máquina de hacer trámites” que desaliente el desarrollo del sector, en vez de promoverlo. Este organismo estaría encargado de las ocho acciones que se describen en seguida.

- i. *Fortalecer la relación, comunicación y alianzas entre hospitales y pagadores, alineando sus incentivos en función de los intereses del usuario final, incluyendo el desarrollo de un mecanismo de pago de servicios hospitalarios prospectivo basado en el desempeño, asociado inicialmente con los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)*³⁵
- ii. *Establecer mecanismos de acercamiento y colaboración con médicos, mejorando las relaciones, la comunicación y las alianzas de éstos con los pagadores, incluyendo un mecanismo de compensación/pago de honorarios médicos prospectivo y basado en el desempeño/resultados, eliminando cuanto antes el ineficiente “pago por evento”*
- iii. *Desarrollar e instrumentar indicadores de gestión y estándares de calidad tanto de los servicios médicos como hospitalarios*

- iv. *Uniformar la codificación de padecimientos (CIE-10), procedimientos (CPT) y servicios hospitalarios*
- v. *Incorporación obligatoria de la facturación electrónica, unificada*
- vi. *Establecer un formato único de reclamación para todos los hospitales*
- vii. *Un sistema de información que permita unificar el reporte entre prestadores del servicio y pagadores del mismo*
- viii. *Profesionalizar y certificar a los profesionales del sector asegurador*

La demanda de seguros médicos es importante dado que en el presente existen más de 8.5 millones de personas con un seguro privado más 1.5 millones con un esquema de autoseguro, si a esto le añadimos que 93% del total del gasto privado en salud es por medio del gasto de bolsillo (3% del PIB), la realidad nos dice que el sector de servicios médicos privados es relevante y tiene que ser ordenado e impulsado al incluirlo en el diseño de un nuevo sistema nacional de salud.

Con el fin de promover la innovación y bajar los costos de los seguros médicos privados, es conveniente eliminar las restricciones legales para que los médicos y los hospitales privados puedan aceptar esquemas de capitación. Con ello, médicos y hospitales podrían brindar paquetes de consulta o tratamientos en modalidades de prepago, que permitan disminuir los gastos de bolsillo de los pacientes y atraer pagadores, aumentando así el volumen de negocio para los médicos del sector privado.

Cabe señalar que existe discriminación por causa de la edad, en personas de la tercera edad, para la contratación de seguros de gastos médicos. Con ello, este segmento de la población queda desprotegido del aseguramiento en el sector privado.

Resulta indispensable comenzar el debate en torno al tema del uso de la genómica y los métodos predictivos de suscripción de riesgos para la contratación de pólizas de seguros de gastos médicos con primas diferenciadas, puesto que más pronto que tarde será necesario contar con una norma jurídica al respecto.

Como se comentó con anterioridad, el sector de servicios médicos conformado por las llamadas administradoras de servicios médicos, debe ser también incluido y desarrollado, aprovechado el impacto positivo que puede tener en la calidad de los servicios y el control de los costos, así como en el agrupamiento de los proveedores de servicios médicos en redes de profesionales calificados y certificados.

En general, el resto de los servicios médicos privados, laboratorios de análisis clínicos, de gabinete e imagenología, deben estar considerados en el nuevo Sistema, alineándolos a los objetivos y es-

tándares de calidad y operación aquí referidos, coadyuvando a eficientar al sistema privado.

La medicina tradicional y las medicinas complementarias

Deben reconocerse como parte importante del sistema nacional de salud y diseñar las políticas públicas necesarias para impulsar su desarrollo, profesionalización y mejora de la calidad de los servicios que ofrecen. En otros países, la medicina tradicional se ha incorporado plenamente como parte de sus sistemas, lo que ha propiciado la mejora en la calidad de la atención y la liberación de recursos de los saturados espacios de atención primaria.

En México, por ejemplo, durante la primera mitad de la década pasada se hizo un esfuerzo por incorporar a las parteras profesionales al sistema, por medio del levantamiento de un censo, evaluación y certificación de sus capacidades. Hoy resulta indispensable reconocer y profesionalizar esta labor e incorporarla como parte del sistema nacional de salud. Ello permitirá mejorar la atención del parto, disminuir el número de partos por cesárea y reducir la presión sobre la infraestructura hospitalaria. Por otra parte, en 2003, se creó en la Secretaría de Salud la Dirección de Interculturalidad y Medicina Tradicional que ha realizado una muy exitosa labor para reconocer el trascendente valor de prácticas que han demostrado ser efectivas en contextos culturales específicos.

119

La visión de convergencia y complementariedad público-privada

En la visión a futuro del sistema de salud, el sector privado desempeña un papel complementario pero preponderante para con el sector público en la prestación y financiamiento de servicios de salud, aumentando así su participación en el volumen de atención para padecimientos de baja y mediana complejidad, con lo que disminuyen los costos del sistema en su conjunto y la saturación en la atención primaria y primer nivel de atención de los hospitales públicos, así como se promueve la innovación en los segmentos de cadena de valor con mayor impacto, cuidando que los servicios privados sean otorgados bajo estándares monitoreados.

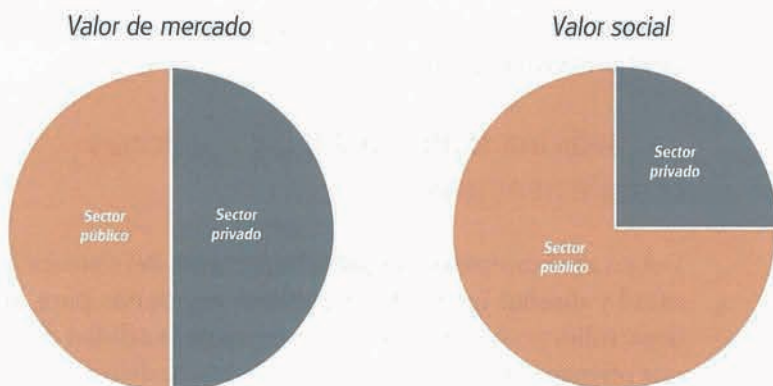


Figura 4.1. Valor de mercado y valor social de los sectores público y privado.

El objetivo es eliminar el desequilibrio entre el valor de mercado y el valor social (VMk vs. VS) que se presenta entre ambos sectores. En nuestros días, el gasto público en salud representa alrededor de la mitad del gasto total en salud, atendiendo a un alto volumen de población con padecimientos con diversos grados de complejidad. En contraste, el sector privado absorbe la mitad de los recursos destinados a la atención de la salud del país, pero con un bajo volumen de atención y, en la mayoría de los casos, con baja y mediana complejidad. Así, el valor de mercado de los servicios público y privado, no se corresponden con su valor social (Figura 4.1).

En la actualidad ambos sectores son *modelos de creación de valor similares pero no complementarios*, la apuesta es promover un mercado privado de servicios de salud que contribuya de forma radicalmente diferente a lo que hoy ocurre, esto significa que la atención de salud centrada en la persona no está siendo resuelta de forma sistemática por ninguno de los sectores, y en principio es un segmento de mercado y de necesidades sociales que atender. La administración pública federal y el sector público de salud son organizaciones cuyo funcionamiento y operación se basan en marcos legales con vocación de especialización, y su capacidad de colaboración, coordinación e integración para ofrecer servicios que requieran multiespecialización son su mayor debilidad estructural, pero es también un ámbito de oportunidad del sector privado.

La certidumbre que se requiere en la promoción de nuevos mercados es que la obtención de márgenes redituables se dé sobre la base de capacidades diferenciadas pero complementarias, de lo contrario al ser sustitutos perfectos –como ocurre en el presen-

te— porque se compite entre lo público y privado por satisfacer un mismo mercado, la estabilidad del acuerdo social para fomentar un mercado emergente no se cumple.

El modelo de atención preventiva-curativa de la salud centrado en la persona se constituye por medio de la integración de un amplio grado de servicios pero de baja complejidad, en donde la atención o punto de contacto recurrente con la persona-familia es de larga duración pero con componentes de bajo y mediano compromiso tecnológico o especializado. En síntesis, el modelo de atención complementario a desarrollar de manera sistemática se orienta a uno de *alta integración de servicios de baja complejidad y alta duración de contacto*, y como puede apreciarse, absoluta y radicalmente opuesto al modelo de atención que hoy subsiste en ambos sectores.

El desarrollo de este tipo de modelos de atención se daría en dos ámbitos, curativo de control y preventivo. El primero de ellos para la atención integral de personas con padecimientos preexistentes —p. ej., unidades para atender usuarios con diabetes, obesidad, etc. (Figura 4.2)— y el segundo para casos con riesgos que hayan sido detectados derivados del contacto médico o bien por tamizajes practicados en programas de atención primaria. De esta forma, el sistema de salud genera una “represa” de atención médica para el sector público en primer nivel, congruente con el modelo de atención que involucra el contacto inicial para valorar las condiciones somato-psico-semiótico-sociales; lo que permite que el primer nivel de atención de los servicios médicos se vuelvan mucho más

121

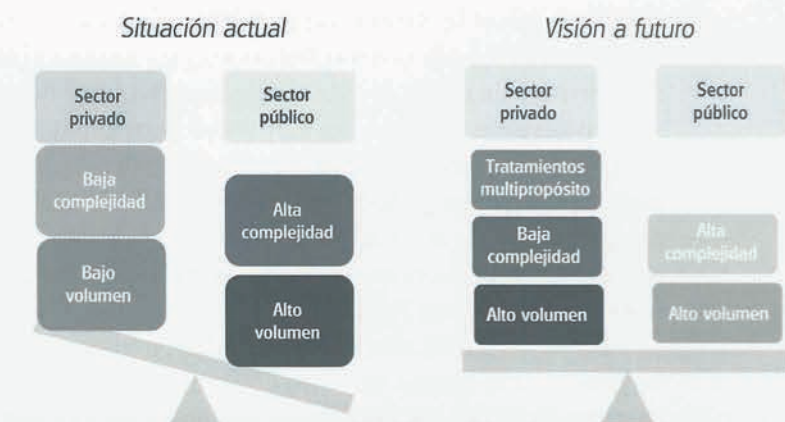


Figura 4.2. Situación actual y visión a futuro de los sectores público y privado. Prestación de servicios de salud.

efectivos en la medida que se vuelven parte de una respuesta integral sin recargar en este sector la responsabilidad total para resarcir el nivel de salud de las personas, sino sólo el ámbito especializado que les corresponde.

Los recursos con los que cuenta el país para tratar los padecimientos de alta complejidad son escasos —humanos y tecnológicos—, por lo que difícilmente puede surgir la competencia en el sector privado en este segmento de mercado. Por ello, los servicios médicos de alta complejidad que proporciona el sector privado suelen tener un costo muy alto, de ahí que sólo los que cuentan con esquemas de aseguramiento privado los puedan solventar. Por lo anterior, es justificable que en un sistema de convergencia y complementariedad, la prestación de servicios de alta complejidad sea provista en mayor proporción y de preferencia por el sector público.

La convergencia es uno de los objetivos en el diseño del sistema de salud futuro. Esta convergencia implica que los mecanismos de retribución económica deben prevalecer en la medida en que la diferenciación en la entrega de valor se dé (complementariedad) haciendo proclive al mismo tiempo que para cada uno de los sectores se generen incentivos para disminuir sus costos sólo como resultado de una mayor eficiencia y especialización y no como una presión financiera que implique un deterioro del servicio. De lo contrario, el sistema de salud se vuelve a degradar.

El equilibrio del sistema es inestable por naturaleza. El sistema de salud, visto en su conjunto, a la vez aumentaría el valor generado por ambos sectores y el valor de mercado de los servicios públicos y privados se igualaría con su valor social, pero los conflictos de interés inherentes a la retribución económica óptima que le corresponde a cada cual puede generar tensiones y corromper al sistema si no se construye una base de retribución transaccional acorde.

En la visión de futuro, el monitoreo permanente y el control de la calidad que presta el sector privado sigue siendo parte de las atribuciones del sector público, ya que bajo este esquema de separación por prestación de servicios se corre el riesgo de que el Sector Privado no desarrolle de manera adecuada su trabajo transfiriéndole su ineficiencia al Sector Público,

Para que pueda avanzarse hacia la complementariedad y convergencia entre ambos sectores, es necesario crear una base común de entendimiento. Ello implica el diseño de un mecanismo que rija las transacciones entre ambos sectores y que facilite la movilidad de pacientes dentro y entre los sectores públicos y privados. El primer

paso que debe darse en ese sentido es la construcción de una base de información que permita definir técnicamente cómo es que se atiende la *complejidad* a partir de los *recursos* –humanos, materiales, técnicos– comprometidos para esa atención en particular, de tal suerte que sea posible entender cómo se generan los *resultados en salud* y sea posible que iguallen a los *beneficios financieros* que se transfieren a la entidad que los proporciona. El objetivo conceptual de equilibrar el valor de mercado con el valor social para poder desatorar un mercado que en la actualidad sólo transfiere o destruye valor, requiere de una plataforma de revisión técnica especializada que fomente el entendimiento común de cómo las distintas gestiones y arreglos organizacionales están generando resultados y comprender el porqué de sus diferencias.

En esencia la base del sistema transaccional es también una plataforma que permite diseminar el conocimiento de cómo se obtienen mejores resultados bajo composiciones distintas de recursos humanos, materiales, tecnológicos o de procedimientos. Pero esta construcción sólo es posible que sea encabezada e impulsada por el organismo Rector del sistema porque conlleva la determinación de nuevos ordenamientos normativos para la recolección de información y generación de indicadores de gestión, más allá de la sola exigencia de reportar la estadística de atención por medio del Catálogo Internacional de Enfermedades (CIE), involucra un nivel de información más detallado, similar al que requiere el que se conoce como Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

Remuneraciones profesionales. La creación de valor por medio de la innovación en el sector salud también requiere de la alineación de los incentivos económicos otorgados a los profesionales de la salud. En la actualidad, la estructura salarial otorga a la gestión administrativa los rangos de remuneraciones más altos. Este hecho emula el sistema de compensaciones que rige en general a toda la Administración Pública Federal³⁶ (APF); sin embargo, la lógica de remuneración de ambos sistemas es contraria al objetivo que persiguen cada uno de ellos; en la APF la gerencia administrativa es el cuerpo de *especialistas* y por lo tanto la escala salarial retribuye conforme avanza la promoción, el *valor social* de este sector se basa en la innovación y eficiencia de los procesos administrativos.

En el sector salud, el valor social se basa en la *innovación y diseminación de mejores prácticas médicas*, los especialistas que procuran este propósito no son parte de la gerencia administrativa, son los profesionales de la salud, es aquí donde el esquema

de remuneración que privilegia a los cargos administrativos guarda un contrasentido con la razón de ser del sector. Una remuneración mayor representa una distinción profesional, y el gremio médico del sector público percibe como una meta y reconocimiento a su carrera llegar a un puesto directivo-administrativo. Infortunadamente, cuando esto ocurre suelen producirse dos aspectos negativos: se pierde el invaluable tiempo y preparación de un especialista médico, al distraer sus aptitudes máspreciadas en el ámbito social, y se gana un directivo con una preparación diferente e indiferente a temas y procesos administrativos que sólo son complementarios para soportar la creación real de valor al sistema.

La estructura de remuneración de los recursos humanos debe modificarse, los sectores y organizaciones orientados a *producir innovación e implementarla* que son exitosos, nos dan una guía plausible sobre la forma en que han alineado su sistema de retribución o remuneración acorde con el objetivo del negocio, en donde el esquema salarial se compone de dos grupos de re remuneración: uno, donde los profesionales de la salud –*los especialistas que crean valor*– perciben una mayor remuneración porque se liga a la obtención de mejores prácticas y resultados. Por otro lado, la alta gerencia administrativa de la organización cuenta con remuneraciones estándar ya que su función es de *promover los procesos de soporte y complementarios*. El aspecto más importante es que la alta gerencia administrativa conozca con claridad esta responsabilidad, ya que de lo contrario, el manejo de los recursos con propósitos distintos a los señalados genera pugnas de poder y se corre el riesgo de descoordinación; en Estados Unidos y Canadá, por el contrario a lo aquí propuesto, se busca integrar ambas cadenas de mando, ya que la coordinación entre una y otra fue difícil y ha generado más ineficiencias que beneficios.

De este modo, los incentivos quedan alineados para fomentar la innovación en el sistema (Figura 4.3). El cambio fundamental que está presente en los sectores innovadores, es que discrimina la contribución profesional de la línea de autoridad, esto significa que en la práctica, un científico o investigador o jefe de un equipo operativo, de servicio o de producción, cuyas *funciones son la razón de ser* de la organización, está supeditado al calendario de trabajo, líneas de acción, evaluación y supervisión de una cabeza directiva –la gerencia administrativa–, la cual a su vez tiene la función de proveer y facilitar los insumos requeridos, la revisión de las acciones comprometidas, administra, supervisa y evalúa, con esas responsabilidades tiene línea de autoridad lo que significa que responde por los resultados ante las instancias financiadoras y órganos de gobierno; pero su retribución

Situación actual

Visión a futuro

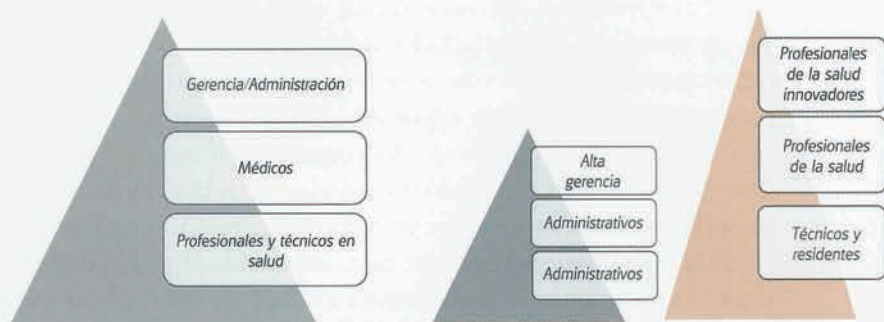


Figura 4.3. Sectores público y privado. Estructura de remuneración de los recursos humanos.

salarial, como en sectores de alta tecnología— llega a ser superada de tres a cinco veces por quienes producen patentes.³⁷

Presupuesto basado en Resultados (PbR) y Matriz de Indicadores de Resultados (MIR). Como puede apreciarse, este arreglo de compensación e incentivos económicos a nivel intraorganizacional, requiere a su vez una supraestructura de asignación de recursos diferente a la actual y apropiada a la compensación *pro valor*. A nivel federal se han generado esfuerzos desde hace más de 10 años por ubicar los recursos públicos como un *fondo social* que requiere para su distribución de mecanismos que permitan clarificar que la sociedad se está beneficiando con esa determinada asignación presupuestal, esto es, identificar el *valor social* de las acciones de gobierno. Para este propósito se vislumbró que la APF rindiera cuentas más allá de la tradicional estructura programática-presupuestal y ampliara el entendimiento del destino de los recursos no sólo por programas-objetivos, sino por el uso del gasto a partir de los resultados e impactos sociales, a esto se le denomina PbR y la metodología para instrumentarlo es la determinación de MIR.

Hasta aquí, parecería que el sector salud estaría de plácemes, ya que el impacto de las acciones de salud genera un enorme valor social y, por lo tanto, se encuentra frente a una enorme oportunidad con este nuevo mecanismo para rendir cuentas y transparentar porque tendría un enorme eco y repercusión en la asignación o reasignación de los recursos públicos a su favor. El elemento multifactorial, la falta de definición concisa para poder medir y mejorar el monitoreo del nivel de salud de la población, quién o qué originan o son responsables de los cambios, son parte de los aspectos que han impedido generar un espectro de medición, evaluación y coordinación

de esfuerzos públicos que han dejado este esfuerzo en un mero ejercicio burocrático no sólo en el sector salud sino en toda la APF. No hay ni premio ni castigo para los avances o retrocesos que las organizaciones alcanzan en este aspecto y lo que debió ser un aliciente para reorientar la conducción de los recursos hacia la verdadera vocación e impacto social ha quedado como un mero ejercicio metodológico para ser cuestionado y alentado una y otra vez con Coneval en las distintas ocasiones que se acerca a las instituciones públicas. Un PbR y una metodología que mejore la determinación de la MIR son una condición *sine qua non* para un sistema de salud que cuente con recursos públicos como su principal financiador.

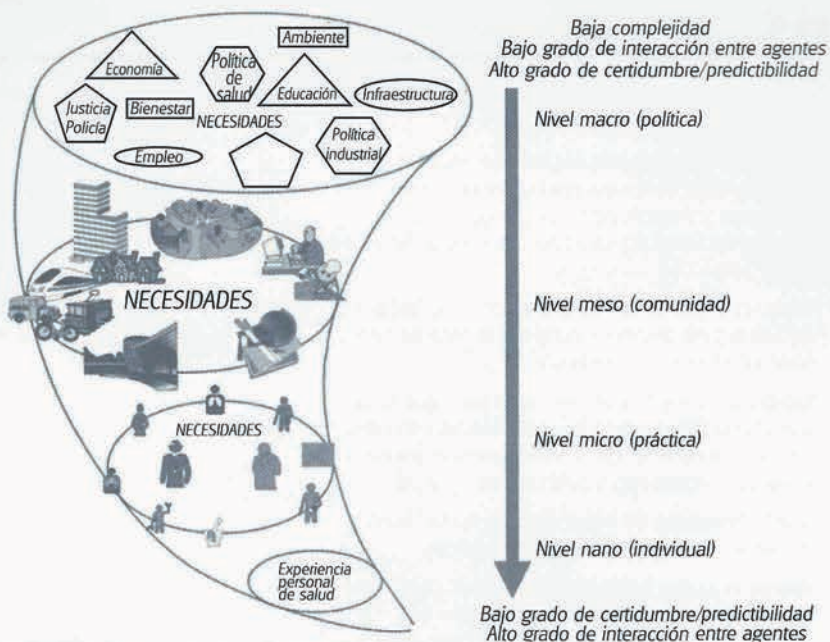
Objetivos generales

Una tendencia internacional que empieza a ser cada vez más evidente está orientada a alcanzar lo que ha propuesto el Institute for Healthcare Improvement (IHI) como “Triple Meta” (*Triple Aim*):

1. Mejorar la salud de la población

Cuadro 4.1. Nueve objetivos para contribuir a fortalecer el nuevo horizonte de la salud.

Núm.	Objetivo	Objetivo específico
1	Rectoría	Fortalecer la capacidad de rectoría de la Secretaría de Salud
2	Colocar a la persona en el centro del sistema	Mejorar la atención a lo largo de la vida, en sus dominios somático, psicológico, semiótico y determinantes económicos y sociales de la salud
3	Salutogénesis	Crear las condiciones para la creación de la salud de la población
4	Manejo de los datos y la información	Crear y utilizar toda la información posible (<i>big data</i>) para la planeación en salud
5	Integración	Ordenar el sistema nacional de salud y avanzar hacia un sistema “sin costuras” pero no monolítico
6	Calidad	Elevar la calidad sistémica en los sectores público y privado y mejorarla continuamente en ciclos iterativos
7	Accesibilidad y equidad	Mejorar la accesibilidad a servicios de salud con calidad similar a toda la población
8	Eficiencia	Crear más valor por peso invertido
9	Desarrollo de los sectores privado y social	Propiciar el desarrollo de los sectores privado y social como parte del sistema nacional de salud



Fuente: Tomado de Sturmberg, O'Halloran y Martin (2012).

Figura 4.4. Modelo de Vórtice.

2. Mejorar la experiencia de la atención del paciente, en lo técnico y en lo interpersonal
3. Reducir el costo de atención per cápita

Algunas acciones específicas

Las posibles acciones se agrupan en nueve estrategias, cada una con un objetivo específico (Cuadro 4.1).

Las acciones se clasifican de acuerdo con el nivel del sistema de salud sobre el que estén incidiendo directamente: macro, meso, micro o nano, siguiendo el modelo del vórtice incorporado en la sección III y que aquí se retoma (Figura 4.4).

Además, las posibles acciones se clasifican de acuerdo con su nivel de prioridad, en el cual 10 representa la máxima importancia y 0 es nula importancia, como se muestra en los Cuadros 4.2 a 4.10.

I. Rectoría

Objetivo: fortalecer la capacidad de rectoría de la Secretaría de Salud.

Cuadro 4.2. Fortalecimiento de la capacidad de rectoría de la SS.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10	Establecer la legislación secundaria –normas y reglamentos– necesaria para dotar de contenido a las “bases y modalidades” de la coordinación del sistema nacional de salud por parte de la Secretaría de Salud (SS)			
	Crear las capacidades en el interior de la Secretaría de Salud para planear y conducir el sistema con base en evidencia estadística			
9	Establecer la legislación necesaria para que la Secretaría de Salud ejerza la coordinación interinstitucional para atender los determinantes económicos, sociales, ambientales y políticos, de la salud			
8	Que la Secretaría de Salud deje de operar directamente la prestación de servicios médicos			
7	Revisar el marco jurídico y normativo con el fin de que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud ejerzan las funciones de rectoría que tenían en la idea original de la reforma de 2003			
6				

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

Cuadro 4.3. Mejoramiento de la experiencia en salud de los individuos.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10			Capacitar a los profesionales de la salud para: entender las necesidades del paciente, desarrollar las relaciones de confianza entre pacientes y los prestadores de servicios, considerar y entender el contexto de los pacientes antes de ahondar en los detalles	
9		Empoderar a las comunidades para que se corresponsabilicen en la creación de su salud. Los servicios de salud deben ser vistos como un instrumento más, de otros de los que dispone la comunidad, para el desarrollo de su salud		Empoderar a las personas para involucrarlas y corresponsabilizarlas en su autocuidado y para la toma de decisiones terapéuticas “No decision about me, without me” (“Ninguna decisión sobre mí, sin mí”)

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
8	Elevar el grado de conocimiento en salud de toda la población			En el ámbito de la atención médica privada, incentivar mecanismos que hagan conscientes y partícipes a los propios usuarios de los costos de los servicios, su uso apropiado y calidad

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

Cuadro 4.4. Generación de las condiciones para la creación de salud de la población.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10	Preparar los recursos humanos multidisciplinarios de profesionales de la salud con las competencias necesarias para impulsar la salutogénesis	Definir estrategias de desarrollo en salud con base en el análisis de <i>redes sociales</i> y las necesidades de las personas y las comunidades		
	Crear las condiciones regulatorias y de infraestructura necesarias para que operen equipos multidisciplinarios que impulsen el enfoque de salutogénesis.	Los equipos de salutogénesis deben buscar a la población en donde se encuentre: escuelas, plazas públicas, centros comunitarios, lugares de trabajo, hogares		
	Establecer mecanismos formales de <i>coordinación interinstitucional</i> con diferentes dependencias y órdenes de gobierno, para avanzar en la mejora de los determinantes económicos, sociales y políticos de la salud, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud.			
8		Utilizar recursos que están etiquetados para el desarrollo social para tres acciones básicas: 1) acceso a agua potable, 2) piso firme y 3) eliminación de fogón dentro de la vivienda, así como otras acciones relevantes para la salud de las comunidades, como drenaje, saneamiento, manejo de residuos, espacios deportivos y cocinas comunitarias		
6		Utilizar los comedores comunitarios de la Cruzada Nacional contra el Hambre para educar a la población sobre preparación de comidas saludables con productos de la localidad		Hacer corresponsables a los individuos de buscar y fomentar las condiciones para la creación de su salud

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

II. Colocar a la persona en el centro del sistema

Objetivo: mejorar la experiencia en salud de la persona a lo largo de la vida, en sus dominios somático, psicológico, semiótico y determinantes económicos, sociales, ambientales y políticos de la salud.

II. Salutogénesis

Objetivo: generar las condiciones para la creación de salud de la población.

Cuadro 4.5. Planeación de la salud con base en la información.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10	Adoptar la política de datos abiertos en salud. La única restricción sería el cumplimiento con la <i>Ley de protección de datos personales</i> (la cual se tiene que adaptar a las nuevas tendencias, para poder utilizar los <i>grandes datos</i> provenientes de las redes sociales)		Obligatoriedad de implementar el expediente clínico electrónico en todas las unidades de salud del país, de los sectores público y privado	
	La Secretaría de Salud debe instrumentar una red de flujos de información, con las características que se describen en seguida: Registro de toda la información posible sobre estilo de vida, estado de salud y contexto socioeconómico y ambiental de los usuarios, determinando y estableciendo las variables y sus catálogos a ser utilizados a nivel nacional	La información debe fluir también hacia los usuarios y las comunidades, la cual abarcaría desde sobre su propia salud hasta indicadores claros sobre la calidad de la atención que están recibiendo	Obligatoriedad de establecer la clasificación de enfermedades y procedimientos con base en CIE, CPT, GRD	
	i. Registro de indicadores de resultados, complejidad, costos, recursos y gastos de cada unidad de salud, tanto del sector público como del privado, definiendo dichos indicadores en cuanto a su medición e interpretación			
	ii. El flujo de información debe darse entre todos los componentes del sistema, sea sector público o privado, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc. y compartirse de forma transparente, completa y oportuna en todo el Sistema, tanto de manera horizontal (entre los diferentes subsistemas) como verticalmente (del nivel central hasta las unidades de salud)			
	iii. La información debe ser pública, con la única restricción de la protección de los datos personales en términos de ley			
	iv. Establecer las instancias correspondientes para analizar la información y tomar decisiones en todos los ámbitos: desde el nacional hasta la unidad de salud, pasando por el estatal y la jurisdicción sanitaria			

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

IV. Manejo de los datos y la información

Objetivo: utilizar toda la información posible para la planeación en salud.

Cuadro 4.6. Ordenamiento del SNS hacia un sistema plural.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10	Crear una red de flujos de información que sea compartida, tanto horizontal como verticalmente, entre todos los componentes del sistema La red de información tendría las siguientes características que a continuación se listan. La Secretaría de Salud debe ejercer las funciones de rectoría con las que ya cuenta para organizar la red Integración de los padrones de beneficiarios de todas la instituciones		Establecer una clasificación común de padecimientos (CIE y GRD) Estandarizar la codificación de los procedimientos (CPT) en todos los subsistemas Estandarizar la codificación de los servicios hospitalarios (factura electrónica uniforme) en todos los subsistemas	Instaurar el expediente clínico electrónico en todas las unidades de salud
9	Crear las condiciones para que una persona pueda transitar de un subsistema a otro sin obstáculos y recibir una atención continuada i. Establecer un esquema de portabilidad para un subconjunto de enfermedades que sea compartido por todas las instituciones ii. Crear un sistema nacional de costos de referencia para el intercambio de servicios iii. Reconstruir a la cuota social como el elemento común en el sector público de salud			
8	Redefinir en la <i>Ley general de salud</i> el concepto de sistema nacional de salud, con el fin de abarcar a todos sus componentes y clarificar el papel rector de la Secretaría de Salud			

Cuadro 4.6. Ordenamiento del SNS hacia un sistema plural.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
	Modernizar las jurisdicciones sanitarias			
	i. Responsabilizar legalmente a las jurisdicciones sanitarias por el estado de salud de la población en su demarcación, en todos los dominios de la salud, en su carácter de células o unidades primarias sobre las cuales se articularía el sistema nacional de salud			
	ii. Establecer un marco normativo adecuado para que las jurisdicciones sanitarias se organicen y operen como una red de servicios de salud			
	iii. Incluir en su marco normativo las funciones de planeación, organización y asignación de recursos			
	iv. Profesionalizar al personal de las jurisdicciones			
7	Los servicios de salud deben financiarse vía impuestos generales. Las cuotas de seguridad social NO deben financiar servicios médicos			
6	Unificar todos los fondos dedicados a la salud en un solo fondo. Simplificar el sistema por medio de la eliminación de toda regulación y procedimiento insuficientemente justificado			
5	Descentralizar el IMSS-Prospera y el componente de salud del programa Prospera a las entidades federativas, concluyendo así la descentralización iniciada en los años ochenta Redefinir el rol de los REPSS para que se cumpla el espíritu original de la reforma de 2003 y sean un régimen de gobierno			
4	Evitar la sobreregulación, con el fin de propiciar el surgimiento de innovaciones desde lo local			
3	Prohibir que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) siga revisando facturas, con el fin de que reoriente sus recursos a ejercer las funciones de rectoría del Sistema de Protección Social en Salud que le otorga la Ley			

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

V. Integración

Objetivo: ordenar el sistema nacional de salud y avanzar hacia un sistema plural “sin costuras” no monolítico.

Cuadro 4.7. Elevación de la calidad sistémica en los sectores público y privado.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10	Promover la calidad y la mejora continua en las unidades de salud tanto del sector público como del sector privado		Establecer incentivos al personal de salud con base en resultados, no en actividades	
9	Crear un Tabulador de Honorarios Médicos de referencia para el sector privado Transparentar los costos de los servicios hospitalarios, de los medicamentos y en general del resto de los servicios médicos			
1	Modificar la estructura del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) para considerar tres divisiones: tecnología, infraestructura e insumos terapéuticos			

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

133

Cuadro 4.8. Mejoramiento de la accesibilidad a servicios de salud.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
9	Reorientar los recursos presupuestales para mejorar los suministros en la atención primaria de la salud			
8	Redirigir el grueso del gasto en infraestructura a la dignificación de las unidades de salud más deterioradas y la ampliación de las más saturadas		Establecer incentivos para que los médicos residentes vayan a las zonas rurales alejadas	Utilizar la telemedicina para que las personas de las zonas rurales más alejadas puedan acceder a consultas a distancia con médicos especialistas
7		Planeación inteligente de los recursos humanos, procurando que las profesionales de la salud desarrollen sus carreras profesionales lo más cerca posible de sus comunidades de origen		Establecer consultas itinerantes en unidades de salud con especialistas como pediatras, ginecoobstetras y nutriólogos

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

VI. Calidad

Objetivo: elevar la calidad sistémica en los sectores público y privado.

VII. Accesibilidad y equidad

Objetivo: mejorar la accesibilidad a servicios de salud con calidad similar a toda la población.

VIII. Eficiencia

Objetivo: crear más valor por peso invertido.

Cuadro 4.9. Creación de mayor valor por cada peso de inversión.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Indivi- dual
9	Establecer un nuevo modelo de planeación Elaboración de un plan de salud de largo plazo, a partir de las necesidades reales de salud para la población Participación en la planeación de las personas vinculadas a la operación de las jurisdicciones sanitarias Planeación basada en evidencia estadística. Se requieren bases de datos epidemiológicos, de infraestructura, recursos humanos e insumos		Crear cadenas de valor para las patologías que generan mayor carga de la enfermedad	
8	Modernizar las jurisdicciones sanitarias para que operen como una red de servicios de salud Desarrollar las competencias y crear las capacidades para que las jurisdicciones desempeñen un papel relevante en la planeación, organización y asignación de recursos para la salud Obligatoriedad de que los jefes de la jurisdicción tengan conocimientos en salud pública y administración Profesionalizar los recursos humanos encargados de la operación del sistema. La formación debe ser formal, por medio de maestrías y no de cursos Firma de convenios de desempeño para la asignación de recursos basados en resultados, en todos los niveles de responsabilidad. Los convenios deben estar orientados a resultados, con indicadores cuantitativos y auditables			

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

Cuadro 4.10. Promoción del desarrollo de los sectores privado y social.*

M	Macro Política	Meso Comunidad	Micro Práctica	Nano Individual
10	Definir con claridad el papel que desempeñará el sector privado en el nuevo sistema de salud, si será complementario, sustitutivo o ambos			
9	Ampliar la cobertura del marco jurídico hacia algunas áreas en las que, en la actualidad, es omiso, como las que se listan en seguida El desarrollo de nuevos modelos privados de atención La protección de los usuarios ante controversias con el prestador de servicios médicos o el financiador La regulación adecuada para el desarrollo del sector asegurador, a fin de impulsar su papel como promotor del bienestar, controlador de la calidad y de los costos en el sistema privado La integración de la regulación de la atención médica y la salud pública			
8	Crear una institución público-privada para la coordinación intersectorial, la cual se encargue de establecer tabuladores, políticas y sistemas entre el sector privado pagador y los prestadores de servicios médicos, más como un organismo autorregulador y facilitador de la industria que como un ente normativo			
7	Eliminar las restricciones legales para que los médicos puedan asumir esquemas de capitación y con ello dar servicios innovadores a pagadores y usuarios finales			
6	Elaborar un programa para el desarrollo de la medicina tradicional mexicana			
5	Discutir y legislar sobre el uso de la genómica y los métodos predictivos de suscripción de riesgos para la contratación de pólizas de seguros médicos con primas diferenciadas			

*10 = máxima importancia; 0 = nula importancia.

IX. Desarrollo de los sectores privado y social

Objetivo: propiciar el desarrollo de los sectores privado y social como parte del sistema nacional de salud.

Notas y referencias

1. Botelho (2013) le atribuye mayor ponderación al contexto socioecológico que al individualista.
2. Según el *Glosario del programa sectorial de salud*, la definición de acceso efectivo a los servicios de salud se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto significa que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique la necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive".
3. Tomado de http://www.who.int/social_determinants/es/
4. Ello en concordancia con una de las cuatro líneas estratégicas propuestas en la CLIV Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS, 2014).
5. Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. Los futuros de la salud en México 2050. México: Consejo Superior de Salubridad General; 2010.
6. *Ibidem*, pp. 225 y 228.
7. Se refiere a los controles financieros que se traducen en los límites permitidos por porcentajes, que ha generado la Comisión de Protección Social en Salud.
8. Videocast/Podcast at <http://videocast.nih.gov/Summary.asp?file=13712>
9. Según la Auditoría Superior de la Federación, en sus distintos informes de Auditorías financieras y de cumplimiento, en los apartados de "Disposiciones jurídicas y normativas incumplidas", desde los publicados del año 2001 se han determinado incumplimientos de leyes, reglamentos y disposiciones normativas específicamente recurrentes a los reglamentos interiores del organismo descentralizado de la administración pública estatal denominado servicios de salud de las entidades federativas.
10. La mayor parte del total del gasto privado en salud, 92%, corresponde al gasto de bolsillo, sólo 8% se lleva a cabo por medio de algún esquema asegurado.
11. Conforme al artículo 51 de la *Ley general de salud*:

"Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel

de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios".

12. Que analiza para el caso del gobierno mexicano el investigador John Scott, CIDE, Coneval.
13. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html (consultada el 30 de octubre de 2014).
14. Como INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares 2012; INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y Cruzada Nacional contra el Hambre.
15. Anexo. Consulta REPSS. CIDE (2011).
16. De acuerdo con I. Ibarra:

137

"De hecho, existen criterios de interpretación jurídica que sustentan la extinción legal del FASSA en cuanto a su componente dirigido hacia los servicios de la persona y su transformación en FASSAp, fondo especial creado en la Ley general de salud para alimentar al Seguro Popular." (Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci GE, González-Block MA. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. Salud Publica Mex 2013;55:310-7).

17. En diciembre de 2010, se determinó hacer la CS para el SP de forma individual tomando el monto de 15% de un SMGVDF de 2004 actualizado a 2009 con inflación (\$3 096.36) y se dividió por el promedio de beneficiarios de las pólizas familiares, siendo este de cuatro miembros, número mayor que el promedio de beneficiarios por Asegurado en el IMSS, que es de 3.5 miembros.
18. Actualmente, el sector público de salud compra lo que hay disponible, no lo que el sector requiere. La revisión de las necesidades de insumos para la salud no es congruente con las incidencias epidemiológicas de la población. En otros países, por ejemplo Francia, el procedimiento de aceptación de solicitudes de compra de medicamentos inicia con un primer pronunciamiento de la autoridad responsable de la atención sobre la necesidad de contar con un insumo. Este procedimiento "orienta" al sector productivo sobre las prioridades de atención bajo la lógica pública.
19. El padecimiento hemoglobinuria paroxística nocturna afecta a 16 personas de cada millón. El tratamiento requiere de 3 ampollitas, cada una con un costo de 99 mil pesos, cada 14 días. De forma anual, la proyección financiera de cobertura efectiva para ese padecimiento significa un monto anual de 25 mil millones de pesos para esta institución.
20. Afirmación del especialista Carlos Elizondo Mayer Serra durante la reunión de prensa de la OCDE y el IMSS sobre compras públicas, en diciembre de 2011.

21. Existen más de 530 estudios internacionales, de los cuales 29 son potencialmente relevantes por las estadísticas y bases de datos que soportan estas afirmaciones. Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000 Jan 19;283(3):373-80.
22. Orlowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. *Chest*. 1992 Jul;102(1):270-3.
23. Ignacio Chávez (1897-1979). Chávez-Sánchez I. Humanismo médico, educación y cultura. México: El Colegio Nacional; 1978.
24. En el revelador estudio que publicó Steinman (2007) sobre el seguimiento de la promoción para la introducción de un nuevo fármaco y su impacto en el año 2000 muestra que, en el caso de las visitas a médicos: a) 75% de éstas tuvieron una duración igual o menor a 5 minutos y, en 39% de ellas, se incluyeron muestras; b) 38% de los promotores del medicamento comunicaban con fines distintos a los que fueron aprobados por las autoridades sanitarias; c) 46% de los médicos reportó la intención de incrementar la prescripción del medicamento. En el caso de la publicidad, en diferentes localidades de Estados Unidos se midieron los grados de publicidad impresa a los que están expuestos los médicos; los médicos expuestos a un mayor número de anuncios de medicamentos incrementaron la prescripción de los mismos, casi el doble que los médicos que estuvieron expuestos a menor publicidad. Steinman MA, Harper GM, Chren M-M, Landefeld CS, Bero LA. Characteristics and impact of drug detailing for gabapentin. *PLoS Med*. 2007;4(4).
25. Códigos de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica, de Buenas Prácticas de Promoción, de Buenas Prácticas de Interacción de la Industria Farmacéutica. CETIFARMA.
26. En Estados Unidos durante 2005 la industria participó activamente en: organización de actividades promocionales, conferencias y desarrollo de materiales médicos en 76% de los casos y en las escuelas de medicina, la industria aporta la tercera parte (62%) de los recursos destinados a la educación continua de médicos. Reporte anual del Consejo de Acreditación para Educación Médica Continua (ACCME), 2006.
27. “En la pasada década, las compañías farmacéuticas han tenido que pagar miles de millones de dólares en los procesos legales federales de Estados Unidos. El hecho es que la industria global farmacéutica ha sobrepasado a la industria de la defensa por el número de violaciones a la Ley de Falso Reclamo (FCA). De 2001 a 2010, las compañías farmacéuticas representaron 25% de todos los litigios presentados a la FCA, comparado con su más cercano de 11% de la industria de la defensa. Estos incrementos en los litigios y las multas producidas, han tenido un sustancial impacto en la reputación y balance de resultados financieros de los mayores jugadores de la industria” (Issues Monitor Pharmaceutical. KPMG, 2011).

28. Los contratos vigentes en los distintos estados del país para la contratación de servicios para la distribución, almacenaje, administración de inventarios, seguridad y control de la dispensación y dosificación de medicamentos para sus centros de salud han generado que el costo del servicio por cada “unidad administrada” –es decir, el movimiento de las cajas– se paguen \$10 pesos en promedio. La cifra es financieramente significativa, ya que más de 35% del volumen de estas cajas tiene un costo menor al servicio de trasladarlas, vigilarlas y entregarlas.
29. Kaplan RS, Haas DA. How not to cut health care cost. *Harv Bus Rev.* 2014 Nov;92(11):116-22.
30. Ídem.
31. Cuyas primeras referencias sobre su rol y responsabilidades fueron abordadas en los trabajos sobre Pluralismo estructurado. Frenk (1997)
32. Basado parcialmente en Snowden y Boone (2007).
33. Esta sección está basada en las aportaciones al sistema de salud, en el documento de Porter ME, Teisberg, EO. *Redefining competition in health care.* *Harv Bus Rev.* 2004 Jun;82(6):64-76, 136.
34. El término de “pagadores” a lo largo de este documento incluye tanto aseguradoras como a los esquemas de autoseguro, donde grandes empleadores públicos y privados autofinancian sus programas de beneficios médicos
35. A diferencia del pago por actividad como ha ocurrido en la formulación de los términos de contratación de los hospitales regionales de alta especialidad bajo la modalidad de participación público-privada referida en la sección II.1.4 sobre Control Democrático.
36. Los institutos nacionales de salud se rigen por su propia ley y supletoriamente con la Ley de entidades paraestatales, en ambos casos se reconoce que este tipo de organismos requiere de una estructura salarial y de promoción distinta a la del resto de la APF. La ley es proclive a la conformación de estructuras de remuneración diferente, pero las normas reglamentarias que deben aplicarse para operar la ley suprime de tajo el criterio que reconoce la ley.
37. Berger L, Barger D. *The Compensation Handbook. A state-of-the-art guide to compensation strategy and design.* New York: McGraw Hill; 1999.

Bibliografía consultada

- Álvarez-San Martín R. Bancos de tejidos musculoesqueléticos en México. Parte I. Regulación y organización. *Acta ortopédica mexicana*. 2012 26(2):mar-abr:130-6.
- AMIS Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Priorización de temas y acciones y desarrollo de un modelo de colaboración del sector asegurador en seguros médicos. México: AMIS; 2008.
- AMIS Convenio de Colaboración entre el Sector Asegurador y la Asociación Nacional de Hospitales Privados. México: AMIS; 2008.
- AMIS Estadísticas e Informes del Sector.
- Antonovsky A. Health, stress, and coping. London: Jossey-Bass; 1979.
- Bao Y, Casalino LP, Pincus HA. Behavioral health and health care reform models: Patient-centered Medical Home, Health Home, and Accountable Care Organization. *J Behav Health Serv Res*. 2013 Jan;40(1):121-32.
- Barro, RJ. Determinants of economic growth: A Cross-Country Empirical Study. National Bureau of Economic Research, working paper no. 5698. 1996 August.
- Barro, RJ. Health and economic growth. *Annals of Economics and Finance*, 2013. 2013 14(2):329-66.
- Becker, CM, Glascoff, MA, Felts WM. Salutogenesis 30 years later: Where do we go from here? *Int Electr J of Health Ed*. 2010 v13:25-32.
- Bernal D. La medicina clínica a través del filtro de la complejidad. *Ludus Complexus*. 2015 Primavera;1(0):113-23. Recuperado de <http://luduscomplexus.org/articulos/numero-cero/la-medicina-clinica.html> el 03 de diciembre de 2015.
- Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *J Public Health Policy*. 2014 Aug;35(3):363-86.
- Bisognano M, Kenney C. Pursuing the Triple Aim. Seven innovators show the way to better care, better health, and lower costs. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley; 2012.
- Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*. 2003;32(1): pp. 1-13.

- Botelho Rick. Reverse the epidemic tides of unhealthy habits: personal, professional, and leadership challenges. En: Sturmberg JP, Martin CR (ed). *Handbook of Systems and complexity in health*. New York: Springer; 2013.
- Christakis NA, Fowler JH. *Connected. The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. New York: Little, Brown; 2009.
- Department of Health. *Liberating the NHS: No decision about me, without me -Government response to the consultation*. London: National Health Service; 2012.
- Ehrlich I, Lui FT. Intergenerational trade, longevity, and economic growth. *Journal of Political Economy*. 1991 99(5):1029-59.
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Aug;29(8):1489-95.
- Gallant MP. Social networks, social support, and health-related behavior. En: Martin LR, DiMatteo MR (ed). *The Oxford Handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*. New York: Oxford University Press; 2013.
- García I, Moncayo SE, Sánchez B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ide@s Conacyteg*, 2012;7(84):811-44.
- Gershenson C. The implications of interactions for science and philosophy. *Foundations of Science*. 2013;18(4):781-90.
- Groves P, Kayyall B, Knott D, Van Kulken S. The “big data” revolution in healthcare. Accelerating value and innovation. Center for US Health System Reform. Philadelphia: McKinsey & Company; 2013.
- Grupo de trabajo de Fundación Mexicana para la Salud. *Universalidad de los servicios de salud en México*. Salud Pública. Núm. Especial, México: Secretaría de Salud; 2013.
- Hanushek EA, Jamison DT, Jamison EA, Woessmann L. Education and economic growth. *Education Next*. 2008 8(2):62-70.
- Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci G, González-Block MA. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud Pública Mex*. 2013 55(3):310-7.
- Jamison DT. Global health 2035: A world converging within a generation. *Lancet*. 2013 Dec 7;382(9908):1898-955.
- King G, Gakidou E, Immai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, et al. Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet*. 2009 Apr 25;373(9673):1447-54.
- Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. *Lancet*. 2013 Sep 21;382(9897):1060-9.
- Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Publica Mex*. 2013 Apr;55(2):207-35.
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK. Consortium of universities for global health executive board. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009 Jun 6;373(9679):1993-5.

- Lindberg C. Embracing uncertainty: Complexity, inspired innovations at Billings Clinic. En: Sturmberg JP, Martin CR (ed). *Handbook of Systems and complexity in health*. New York: Springer; 2013.
- Luke DA, Harris JK. Network analysis in public health: History, methods, and applications. *Annu Rev Public Health*. 2007 28:69-93.
- Mayer-Schönberg V, Cukier K. *Big data: A revolution that will transform how we live, work and think*. London: John Murray; 2013.
- Meltzer D. Mortality decline, the demographic transition, and economic growth. Sin publicar. University of Chicago. 1995 Feb.
- Noguez A. Industria ancestral en México. En: BBC mundo, México. Consultado el 27 de mayo de 2005. Disponible en: www.bbcmundo.com
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2009). *Donor approaches to governance assessments: 2009 Sourcebook*. Paris: OECD; 2010.
- Olness K. Hypnosis and biofeedback with children and adolescents; clinical, research, and educational aspects. *J Dev Behav Pediatr*. 1996 17(5):299.
- OMS. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Geneva: WHO; 1978.
- OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
- OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: WHO; 2002.
- OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: OMS; 2011.
- OPS. Informe del Grupo de Trabajo OPS/OMS medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. Washington: OPS, 1999.
- OPS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas. Washington: OMS; 2010.
- OPS/OMS. Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. México: OPS; 2013.
- OPS. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154ª Sesión del Comité Ejecutivo 16-20 junio 2014. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2014.
- Pentland A, Reid TG, Heibeck T. Big data and health. Revolutionizing medicine and public health. Report of the Big Data and Health Working Group 2013. Doha: World Innovation Summit for Health; 2013.
- Porter ME, Teisberg EO. Redefiniendo la competencia en el sector salud. *Harv Bus Rev*. 2004 jun;63-75.
- Porter ME. A strategy for health care reform -Toward a value-based system. *The New England Journal of Medicine*. *N Engl J Med*. 2009 jul 9;361(2):109-12.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010 dec 23;363(26):2477-81.
- Protti D, Johansen IB. Widespread adoption of information technology in primary care physician offices in Denmark: A case study. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2010 Mar;80:1-14.
- PwC-UNAM. México y sus Estados de Oportunidad 2012. México: UNAM; 2012.
- Roland M, Campbell S. Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. *Health Policy Report*. *N Engl J Med*. 2014 may 15;370(20):1944-9.

- Ruelas E, Alonso-Concheiro A. Los futuros de la salud en México 2050. México: Consejo Superior de Salubridad General; 2010.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012. Reporte Nacional. Cuernavaca: INSP 2013.
- Scheil-Adlung X, Bonnet F. Beyond legal coverage: Assessing the performance of social health protection. *International Social Security Review*. 2011;64:21-38.
- Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Ann Intern Med*. 2007 aug 21;147(4):224-33.
- Snowden D. Complex acts of knowing: Paradox and descriptive self awareness. *Journal of Knowledge Management*. 2002 may 6(2):100-11.
- Snowden DJ, Boone ME. A leader's framework for decision making. *Harv Bus Rev*. 2007 nov.
- Sohn DW. Social network analysis. 4th ed. Seoul: Kyungmun Publisher; 2010.
- Strauss J, Thomas D. Health, nutrition, and economic development. *Journal of Economic Literature*. 1998 jun v XXXVI:766-817.
- Sturmberg JP. The foundations of primary care. London: Radcliffe Publishing; 2007.
- Sturmberg JP. Health care policy that meets the patient's needs. 2012 *E:CO* 14(4):86-104.
- Sturmberg JP, Martin CM. Rethinking general practice -Part 1: far from Equilibrium, Disease-centred and Econometric-oriented health care and general practice/family medicine. *Asia Pacific Journal of Family Medicine*. 2006 5(2).
- Sturmberg JP, O'Halloran DM, Martin CM. Understanding health system reform -a complex adaptive systems perspective. *J Eval Clin Pract*. 2012 feb;18(1):202-8.
- Sturmberg JP, Churilov L, McDonell G. "Modelling". En: Sturmberg JP, Martin CR (ed). *Handbook of systems and complexity in health*. New York: Springer; 2013.
- Sturmberg JP, Martin CM, Katerndahl DA. Systems and complexity thinking in the general practice literature: An integrative, historical narrative review. *Annals of Family Medicine*. 2014 Jan-Feb;12(1):66-74.
- Tobar F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires: 2002.
- UNDP. Reconceptualising governance, Discussion Paper núm. 2, Management development and Governance Division, Bureau for Policy and Programme Support. New York: UNDP; 1997.
- Valente TW. Social networks and health: Models, methods, and applications. New York: Oxford University Press; 2010.
- Weiss T. Governance, good governance and global governance: Conceptual and actual challenges. *Third World Quarterly*. 2000 21(5):795-814.
- WHO. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.

ÍNDICE

La letra *c* refiere a cuadros; la *f* a figuras.

145

A

- a juicio la implementación del modelo de pluralismo estructurado, 57
 - errores en los principios, 58
- administración de recursos en el sector público de salud, 63
 - ahorros en procesos de contratación, 64
 - mercadeo e impacto en la prescripción, 66f
 - profesionales de la salud y, 75
 - proveedores y procesos internos, 68
 - recomposición del mercado y niveles en donde hay competencia, 72
 - sector farmacéutico, 65
- ahorros en los procesos de contratación, 64
- algunas acciones específicas a emprender, 127
 - accesibilidad y equidad, 134
 - calidad, 133c, 134
 - colocar a la persona en el centro del sistema, 129
 - creación de mayor valor por cada peso de inversión, 134c
 - desarrollo de los sectores privado y social, 135
 - eficiencia, 135
 - integración, 134
 - manejo de datos e información, 133
 - mejoramiento de la accesibilidad a servicios de salud, 133
 - rectoría, 127
 - salutogénesis, 131
- aportaciones para un diseño más efectivo del sistema de salud, 108
- áreas desaprovechadas del sistema nacional de salud, 32
 - formación de recursos humanos y su capacitación, 33
 - medicina tradicional mexicana y medicinas complementarias, 36
 - m. tradicional y otros tratamientos complementarios o alternativos, 33
 - prestación privada de servicios de salud, 33
 - sector privado, 33
- atención a la salud, 3

B

- beneficios de la inversión en salud, 88

C

- calidad y eficiencia como principios rectores, 111
- CAS, sistema adaptativo complejo, 83
- colocar a la persona en el centro del sistema, 129
 - planeación de la salud con base en la información, 130c
- concepto de salud y sus límites, 1
- concepto dinámico de salud, 83
 - características de un CAS, 84c
 - modelo somato-psico-socio-semiótico, 84f
- control democrático en el sector público de salud, 36
- Cynefin, modelo, 94

D

- desarrollo de los sectores privado y social, 135

E

- enfoque tradicional y sus límites, 1
 - atención a la salud, 3
 - concepto de salud y sus límites, 1
 - sistema de salud, 7

G

- gobernanza, 40
- grandes datos, análisis inteligente y sistemas de salud, 100
 - atención, 103
 - estilo de vida, 102
 - innovación, 103
 - proveedor correcto, 103
 - valor correcto, 103

M

- Matriz de indicadores de Resultados (MIR), 125
- mecanismos, principios e incentivos que reorientar, 44
 - afiliación, 44
 - concepción errónea de demanda, 50
 - costos, 49
 - débiles incentivos para equilibrar calidad y eficiencia, 52
 - mecanismos de financiamiento, 49
 - modelo de atención, 49
 - niveles de subsidio, 50
 - sostenibilidad financiera, 49
- mejoramiento de la accesibilidad a servicios de salud, 133

N

- nuevo gerenciamiento como pensamiento estratégico, 92
 - toma de decisiones en un sistema adaptativo complejo, 93
- nuevos referentes conceptuales, 83
 - grandes datos, análisis inteligente y sistemas de salud, 100
 - gerenciamiento como pensamiento estratégico, 92
 - redes sociales en salud, 96
 - salud como inversión en capital humano, 98

- sistema de salud basado en la creación de valor, 87
- s. de salud centrado en la persona, 86
- s. de salud como sistema adaptativo complejo, 83

P

- posibles acciones a emprender, 126
 - específicas, 127
 - modelo de Vórtice, 127f
 - objetivos generales, 126
- Presupuesto basado en Resultados (PbR), 125
- principales problemas de debilidades de la rectoría, 31
 - el personal de salud es el centro, 32
 - falta de profesionalización en la operación, 31
 - f. de universalidad, 32
 - fragmentación, 32
 - heterogeneidad en calidad de servicios, 32
 - inefectividad, 31
 - iniquidad, 31
 - opacidad, 32
 - saturación, 32
- principios generales para un sistema de salud exitoso, 105
 - calidad, 106
 - centrado en la persona, 105
 - coordinación interinstitucional e intersectorial, 107
 - equidad, 106
 - flexibilidad, 107
 - garantía de los derechos humanos, 106
 - integración, 106
 - mejora continua, 106
 - organización y participación social, 107
 - salutogénesis, 105
 - simplicidad, 107
 - transparencia y rendición de cuentas, 107
- problemas y desafíos del sistema de salud, 25
 - administración de recursos en el sector público, 63
 - instituciones de seguridad social, 59
 - rectoría, centralización y descentralización, 25
 - sistema de protección social, 43
- profesionales de la salud y administración de recursos, 75
 - distribución presupuestal de medicamentos en el IMSS, 77f
 - relación del gasto per cápita con la esperanza de vida al nacer, 81f
- proveedores y procesos internos del sector público, 68
 - mercado directo del sector farmacéutico, 69f

R

- recomposición del mercado y niveles en donde hay competencia, 72
- reconfiguración de referentes básicos de interacción, 88
 - beneficios de la inversión en salud, 88
 - cadena de valor, 88
 - competencia por recursos, 89
 - diseminación de mejores prácticas, 89

- el todo como inhibidor para transmitir mejores prácticas, 90
- incentivos negativos, 90
- mecanismos para transmitir las señales que orientan al sistema, 88
- obstáculo sistémico, 90
- participación de los agentes, 89
- situación actual, 89
- s. futura, 89
- rectoría, 25, 127
 - carencia de un gabinete de salud, 27
 - fiscalización inadecuada, 27
 - fortalecimiento de la capacidad de, de SS, 128c
 - fragmentación del sistema, 25
 - limitaciones de respaldo político, 27
 - marco regulatorio insuficiente, 26
 - mejoramiento de experiencia en salud de los individuos, 128c
 - sin capacidad de planeación prospectiva, 26
- rectoría, centralización y descentralización, 25
 - áreas desaprovechadas del sistema nacional de salud, 32
 - control democrático en el sector público de salud, 36
 - gobernanza, 40
 - principales problemas de debilidades de la, 31
- rectoría del sistema, 113
 - económica, 115
 - política, 114
 - social, 114
- redes sociales en salud, 96
- REPSS, Régimen Estatal de Protección Social en Salud, 91, 92

S

- salud como inversión en capital humano, 98
- salutogénesis, 131
 - ordenamiento del SNS hacia un sistema plural, 131c
- salvar los obstáculos estructurales del sistema de salud*, 90
 - el todo como inhibidor para transmitir mejores prácticas, 92
 - estrategia incorrecta, 91
 - estructuras organizacionales equivocadas, 91
 - fondo único como respuesta parcial, 92
 - incentivos equivocados a los administradores (REPSS), 92
 - información, 91
 - pensamiento de corto plazo, 90
 - población excedente, 91
 - tutela de derechos coercitiva, 92
- seguridad social, instituciones de, 59
 - acuerdo social para ordenar a la, 61
 - cobertura, 59
 - incompatibilidad de objetivos y dilación de los beneficios, 63
- sistema de protección social en salud, 43
 - a juicio la implementación del modelo de pluralismo estructurado, 58
 - mecanismos, principios e incentivos que reorientar, 44
 - tarea inacabada: cobertura universal, 56
- sistema de salud, 7

- años de vida perdidos ajustados por discapacidad, 10f
- aportaciones para un diseño más efectivo del, 108
- arreglo organizacional de servicios públicos, 13
- a. organizacional de servicios privados, 21
- basado en la creación de valor, 87
- centrado en la persona, 86
- como sistema adaptativo complejo, 83, 85
- concepto dinámico, 83
- determinantes sociales, 11f
- interdependencia salud-economía-política, 12f
- modelo de Vórtice, 86f
- principios generales para, exitoso, 105
- reconfiguración de referentes básicos de interacción, 88
- salvar los obstáculos estructurales del, 90

T

- tarea inacabada: cobertura universal, 56
- temas de discusión para el futuro, 105
 - aportaciones para un diseño más efectivo del sistema de salud, 108
 - calidad y eficiencia como principios rectores, 111
 - el tránsito hacia un nuevo sistema, 113
 - la visión de convergencia y complementariedad público-privada, 119
 - posibles acciones a emprender, 126
 - principios generales para un sistema de salud exitoso, 105
- toma de decisiones en un sistema adaptativo complejo, 93
 - ambiente propicio para la innovación, 95
 - colaboración y comunicación, 95
 - flexibilidad, 95
 - información, 95
 - innovación, 95
 - modelo Cynefin, 94
- tránsito hacia un nuevo sistema, 113
 - medicina tradicional y medicinas complementarias, 119
 - rectoría, 113
 - sector privado, 116

149

V

- visión de convergencia y complementariedad público-privada, 119
 - estructura de remuneración de los recursos humanos, 125f
 - Matriz de indicadores de Resultados (MIR), 125
 - Presupuesto basado en Resultados (PbR), 125
 - remuneraciones profesionales, 123
 - situación actual y visión a futuro, 121f
 - valor de mercado y valor social, 120f
- Vórtice, modelo de, 86f, 127f

