

Mira por
los demás

La reforma de la salud en México*



FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
Institución privada al servicio de la comunidad

*Publicado en *Gaceta Médica de México*: **137**, 5, 419-443, 2001.

LA REFORMA DE LA SALUD EN MÉXICO

Primera edición, *Economía y Salud*, 2001

DR Fundación Mexicana para la Salud, AC
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal Tepepan
CP 14610, México, DF, México

www.funsalud.org.mx

Impreso y hecho en México
Made and printed in Mexico

ISBN 968-5018-60-X

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra
por cualquier medio impreso o electrónico.

Índice

Presentación	7
Introducción <i>Guillermo Soberón</i>	9
Desempeño del Sistema Nacional de Salud <i>Julio Frenk</i>	13
La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social <i>Santiago Levy</i>	21
Perspectivas para el ISSSTE Benjamín González Roaro	29
La participación del sector privado <i>Guillermo Soberón</i>	43
Anexo	57

Presentación

La Academia Nacional de Medicina ha dado cobijo, desde hace varios años, a la Fundación Mexicana para la Salud al brindarle, una vez por año y dentro de su calendario académico, una sesión para discutir temas en los que FUNSALUD se ha involucrado. El 18 de abril de 2001 se llevó a cabo el Simposio *La reforma del Sistema Nacional de Salud*, coordinado por Guillermo Soberón, Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, y contó con la participación de Julio Frenk, Secretario de Salud; Santiago Levy, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, y Benjamín González Roaro, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, quienes presentaron las perspectivas en que se desarrolla el proceso de reforma que se vive en México, así como la participación del sector privado en el mismo.

Los trabajos fueron publicados en la *Gaceta Médica de México*, órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina, en el número 5 del volumen 137, correspondiente a los meses de septiembre y octubre del presente año.

Con el propósito de difundir estos trabajos entre un público no especializado, principalmente en el medio empresarial y la comunidad que integra FUNSALUD, se edita ahora ese simposio en la serie *Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia*. Nuestra gratitud a la Academia por facilitarnos esta edición.

José Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Coordinador General

Introducción

Guillermo Soberón¹

La Academia Nacional de Medicina ha dado cobijo, desde hace varios años, a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) al brindarle, una vez por año y dentro de su calendario académico, una sesión para discutir temas en los que FUNSALUD se ha involucrado. Reiteramos el agradecimiento institucional a nuestra Academia por la oportunidad que nos ofrece.

Así, años atrás hemos tenido la oportunidad de discutir el trabajo seminal de Julio Frenk de 1995, a la sazón Vicepresidente Ejecutivo de FUNSALUD y Director del Centro de Economía y Salud de la Fundación, en el cual se hicieron 30 recomendaciones para mejor organizar el Sistema Nacional de Salud de México. Esa aportación fue concurrente con otras propuestas que se hicieron dentro del ámbito gubernamental y que llevaron, más adelante, durante el sexenio 1994-2000 a procesos de reforma del Sistema Nacional de Salud.

Fernando Martínez Cortés, estudioso de la historia de la medicina en México, ha expresado que las instituciones y los sistemas que ellas integran, en su devenir, continuamente experimentan ajustes en busca de un mejor desempeño. Se trata de cambios meramente institucionales. No obstante, hay situaciones en las que los cambios son más drásticos, de mayor envergadura, en consecuencia, afirma, en estos casos se debe hablar de cambios revolucionarios.

De esta estirpe se pueden considerar los ocurridos en el Sistema Nacional de Salud de México en 1943, en el período 1983-1988 y los que actualmente tienen lugar iniciados en 1995. Por eso también se les ha connotado como las reformas de la salud de primera, segunda y tercera generaciones.

¹ Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina. Miembro de El Colegio Nacional.

La primera, ocurrida en 1943, llevó a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, así como al establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de dar cumplimiento al Artículo 123 Constitucional. También incluyó, el inicio de los Institutos Nacionales de Salud mediante la creación del Hospital Infantil de México en ese año, y poco después los de Cardiología y de Nutrición. Con estos esfuerzos se dio pie a un proceso de institucionalización de la atención médica y de la salud pública y a la reafirmación de la responsabilidad del Estado para asumir y conducir el cuidado de la salud en nuestro país.

La segunda reforma, ocurrida en el lapso entre 1983 y 1988, ha sido llamada “*el cambio estructural de la salud*” y comprendió una verdadera renovación legislativa y una reforma administrativa y sustantiva que involucró, sustancialmente, a los servicios que atienden a la población abierta, es decir la que no es derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución, del derecho a la protección de la salud en 1983, sigue con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, y en los años subsiguientes de las leyes estatales de salud y de seis nuevos reglamentos que simplificaron el contenido de 84 farragosos ordenamientos a los que sustituyeron; el cambio legislativo culminó en la definición de más de 300 normas técnicas. La reforma sustantiva incluyó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron la descentralización de los servicios de salud que, por razones económicas, se llevó a cabo sólo en 14 entidades federativas; la sectorización institucional; la modernización de la SSA; la coordinación intersectorial; y, la participación comunitaria. Las estrategias de nivel micro fueron la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el Sistema Nacional de Salud.

La tercera etapa arranca en 1995 y comprendió tanto el ámbito de la SSA como del IMSS. En la primera cabe mencionar la culminación del proceso de descentralización a todas las entidades federativas, la formulación de un paquete básico con 13 intervenciones costo efectivas destinado a la población rural dispersa, la certificación de hospitales y de escuelas de medicina (esta última, gestión de la Asociación Mexicana de Facultades y Escue-

las de Medicina), la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la regulación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (en colaboración con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público).

En el ámbito del Instituto Mexicano del Seguro Social se dio la implantación del esquema de Administradoras de fondos de retiro (AFORE)-Sociedades de inversión especializadas en fondo de retiro (SIEFORE), se produjo una nueva Ley del Seguro Social impulsada por un análisis crítico del funcionamiento institucional vertido en el estudio titulado “*Diagnóstico*”, se estableció un seguro para la familia, se diseñó un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud (MIAIS), se crearon 139 áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD), se implantó el enfoque de grupos relacionados de diagnóstico (GRD), para la asignación de recursos financieros, se decidió la libre elección del usuario para el prestador de servicios, se llevó a cabo la capacitación gerencial de más de cuatro mil funcionarios sobre la reforma en curso y se inició la renovación integral del equipo.

Cabe destacar que en los últimos años ha habido un auge en los procesos de reforma en distintas partes del mundo.

Ahora, en México, la reforma avanza en un enfoque más sectorial que comprende a las instituciones que conforman el sector público, pero cada día habrá una mayor necesidad de participación del sector privado.

Este simposio busca revisar el estado actual y las perspectivas que se avizoran con el nuevo gobierno en el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud. Por ello, el doctor Julio Frenk, Secretario de Salud nos introducirá al *Desempeño del Sistema Nacional de Salud* interesante iniciativa que él desarrolló durante su reciente estancia en Ginebra; los titulares de las instituciones de seguridad social del nivel federal se referirán, respectivamente, a *La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social*, a cargo del doctor Santiago Levy y a las *Perspectivas para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, en la voz del licenciado Benjamín González Roaro. De mi parte, hablaré sobre la *Participación del sector privado en la reforma*, en especial habré de presentar la propuesta que hace la Fundación Mexicana para la Salud de cómo poder continuar, en la visión de la iniciativa privada, el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud.

Desempeño del Sistema Nacional de Salud

Julio Frenk¹

Agradezco al maestro Guillermo Soberón su gentil invitación a participar en este simposio, y, desde luego, a la mesa directiva de nuestra Academia Nacional de Medicina por la oportunidad de participar en este simposio.

Me referiré a un tema fundamental de todo sistema de salud, que es el de su desempeño. El desempeño del sistema de salud debe entenderse como el logro de los objetivos que se ha propuesto en relación con los recursos disponibles, y, descontando el efecto de otros determinantes, del logro de esos objetivos. Sabemos que en salud hay muchos otros determinantes de la mejoría de la salud y esos son los que deben tomarse en cuenta, junto con los recursos disponibles para evaluar el desempeño. Entendido así, es necesario para poder hablar de desempeño definir los objetivos del sistema de salud, y para definirlos hay que identificar los retos principales, porque los objetivos van justamente encaminados a enfrentar esos retos. Por lo tanto, me referiré a dos grandes temas. Primero, una revisión de los retos principales y, segundo, la respuesta a esos retos, respuesta que lleva dos vertientes: la reforma hacendaria en salud y la reforma estructural en salud.

A pesar de los avances que se han dado en materia de salud en el último medio siglo, persisten tres grandes retos a superar: el de la equidad, el de la calidad y el de la protección financiera. El reto de la equidad obedece al rápido cambio de los perfiles de salud que se han dado con la prevención epidemiológica y al hecho de que esta transición se ha dado con enorme desigualdad entre las distintas regiones del país y entre los distintos grupos sociales. Se suma ahora un reto fundamental de calidad que tiene que ver con el desempeño heterogéneo y con el trato a la población. La protección financiera estriba en la inseguridad y el riesgo de experimentar gastos catastróficos al atender la salud.

¹ Secretario de Salud

Estos tres retos tienen un determinante común, es por así decirlo, el reto de los retos, que es la inversión insuficiente que, en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en nuestro país, lo cual ha conducido una serie de rezagos crónicos.

Para ilustrar este concepto conviene analizar la inversión que, en 1998, hizo México como proporción de su PIB. Podemos constatar que en relación al tamaño de la economía mexicana, la inversión en salud es definitivamente insuficiente. Con 5.6 por ciento del PIB se ubicaba por abajo del promedio latinoamericano, de 6.1 por ciento, e inferior a países con nivel de desarrollo inferior al mexicano, tal es el caso Bolivia, y desde luego muy por debajo del grupo de países latinoamericanos que están teniendo inversiones más cuantiosas en materia de salud. (Cuadro 1)

Cuadro 1
Inversión en salud respecto al PIB

	Gasto en salud como % del PIB
México	5.6
Bolivia	5.8
Costa Rica	8.7
Colombia	9.3
Uruguay	10.0
Promedio latinoamericano	6.1

Datos de 1998

A su vez, la raíz de esta subinversión en materia de salud es la débil base fiscal de nuestro sistema económico. Sabemos que en México la carga fiscal como porcentaje del PIB esta entre las más bajas del mundo, inferior a 11 por ciento del PIB y comparable a la carga fiscal que ya tienen países africanos, muy por debajo de países que tienen sistemas o estados de bienestar muy consolidados como es el caso de Holanda, pero en una comparación de países similares a México, como Chile o Brasil, está muy por abajo, incluso muy por abajo del promedio de países sudamericanos. (Cuadro 2)

Cuadro 2
Recaudación fiscal

Carga fiscal 1998	% del PIB
Promedio OCDE	26.3
Holanda	43.0
Canadá	28.2
Estados Unidos	19.8
España	19.7
Chile	18.9
Promedio Sudamérica	13.2
Brasil	17.8
México	10.5

Ésta es la motivación fundamental del gran cambio que se está discutiendo en estos momentos en nuestro país: la nueva hacienda pública distributiva. En materia de salud este es el primer elemento fundamental de la respuesta a los retos, es aplicar los resultados de una reforma hacendaria en material de salud, que significa generar más dinero para la salud.

Qué quiere decir, si observamos la conversión del gasto, además de la insuficiencia cuantitativa, vemos una situación muy poco satisfactoria en términos de la proporción cualitativa del gasto. Hay una tendencia progresiva que se inicia hace ya varias décadas, en donde el pago de bolsillo que hacen las familias ha ido creciendo como proporción del gasto. Si bien el gasto público, el gasto total como porcentaje del PIB no ha variado mucho, si ha ido cambiando la composición a expensas de un menor gasto público y mayor gasto privado de bolsillo.

A principios de la década de los 90 el gasto público representaba 58 por ciento contra 40 por ciento del gasto privado de bolsillo, el prepago privado a los seguros era muy pequeño (2%). Apenas una década más tarde el pago de bolsillo representa la mayor parte, 52 por ciento del gasto total en salud, mientras que el gasto público disminuye a 46% y se mantienen el prepago privado; se estima que el gasto total, para el año 2000, llegó a 5.7 por ciento

respecto del PIB. Hay un doble efecto aquí: inversión insuficiente total pero con una composición excesiva de gasto de bolsillo.

El gasto de bolsillo es la peor forma de financiar los sistemas de salud porque introduce severas restricciones al desarrollo del sistema nacional. Lo es por tres razones: primero, porque hay un elemento de incertidumbre que existe siempre en el campo de la salud y expone a las familias a gastos potencialmente catastróficos. Estimamos en un análisis realizado por la SSA en colaboración con FUNSALUD y con el IMSS, que cada año se generan en alrededor de dos millones de familias gastos catastróficos en salud. En segundo lugar, es un pésimo sistema porque le quita al usuario la posibilidad de ser un usuario informado, dado que cuando se presenta el episodio de enfermedad difícilmente tiende a ponerse a comparar calidad y ser exigente. Y tercero, es la peor forma de financiar un sistema de salud porque el hecho mismo de estar enfermo merma la capacidad de generar ingresos. El pago de bolsillo es justamente un sistema que le exige a la gente que pague cuando menos puede hacerlo.

Por todas estas razones, uno de los grandes objetivos de la reforma hacendaria integral que ha propuesto el presidente de la República es revestir este estado de cosas destinando la recaudación adicional a un mayor gasto para combatir los severos rezagos sociales en materia de educación, salud, combate a la pobreza e infraestructura. En el caso de la inversión en materia de salud, se estima que con la recaudación adicional se podrá invertir 6.5 por ciento del PIB en los servicios públicos de salud, lo que permitiría llegar al año 2006 con una composición muy diferente. Nos permitiría, por un lado, detener ese proceso de privatización silencioso del financiamiento de la salud en nuestro país y, en segundo lugar, nos permitiría no sólo obtenerlo sino revertirlo y lograr que el financiamiento público alcanzara dos terceras partes del gasto total o de la inversión total en salud. Además de que ésta se elevaría por encima del promedio latinoamericano, si bien todavía sería un nivel que podría acomodar expansiones superiores, sería un nivel que permitiría corregir muchos de los problemas estructurales.

Esto nos lleva al segundo componente de la reforma, que es la reforma estructural en salud. No basta con tener más dinero para la salud, es necesario generar más salud por el dinero, y éstas son

las dos caras de la moneda que determinan el desempeño de un sistema de salud. Para ello el Programa Nacional de Salud plantea cinco estrategias sustantivas que se relacionan directamente a los restos que hemos referido y que nos van definiendo los objetivos de un sistema de salud, que son la base para medir su desempeño.

EL RETO DE LA EQUIDAD

Para responder al reto de equidad, el gran objetivo es abatir las desigualdades en salud. No basta solamente subir el nivel promedio, que es muy importante; hay, además, que reducir las desigualdades. Para esto, en el Programa Nacional de Salud, que se ha ido conformando tras una muy extensa consulta que se realizó en los meses previos, se identificaron tres grandes estrategias.

Primera, vincular a la salud con el desarrollo económico y social, lograr no sólo una política de salud en el sector especializado, sino una política saludable en todo el quehacer gubernamental: políticas que promuevan la salud en todos los ámbitos del quehacer. Segundo, un ataque frontal a los rezagos en salud que afectan hoy a los pobres, consolidando programas de extensión de cobertura. Y tercero, enfrentar al mismo tiempo los retos emergentes que ya tenemos encima; este es el doble reto de nuestra transición, los severos rezagos representados por las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva, y, al mismo tiempo, estar enfrentando los problemas emergentes, representados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, ambas. Estos problemas emergentes, por cierto, también son más comunes entre la población pobre y por ello es que es parte del gran objetivo de reducir la desigualdad.

EL RETO DE LA CALIDAD

El segundo gran reto de la calidad nos lleva a dos grandes dimensiones: la técnica, cuya expresión como objetivo es elevar el nivel general de salud, es claramente el objetivo de todo sistema de salud, y una dimensión interpersonal, que nos lleva a garantizar un trato adecuado. La primera busca enfrentar los problemas con

definiciones explícitas de prioridades y la segunda se expresa en la estrategia que da sustento a la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud, que el presidente de la República puso en marcha el pasado 22 de enero.

EL RETO DE LA PROTECCIÓN FINANCIERA

El tercer reto trata de la protección financiera, que nos lleva a un objetivo fundamental de todo sistema de salud: asegurar la justicia del financiamiento, la cual nos lleva a una gran estrategia de brindar protección financiera a toda la población. Justamente, la reforma hacendaria puede verse como una forma de aseguramiento de brindar protección. Hoy en día, 52 por ciento del gasto de bolsillo representa una erogación para las familias mexicanas del orden de 175 mil millones de pesos anuales. Toda la reforma hacendaria pretende recaudar 136 mil millones de pesos, menos de lo que hoy se eroga. Cuando las sociedades pagan en gastos eso se convierte, en el caso de la salud, en un seguro público, porque la protección financiera es el gran mecanismo para extender la protección financiera a toda la población.

¿CÓMO SE MEJORA EL DESEMPEÑO?

Cinco estrategias sustantivas que se ligan a los retos antes referidos forman parte también del Programa Nacional de Salud. El gran objetivo es fortalecer el sistema de salud.

1. Alcanzar la federalización efectiva en materia de salud, tras los grandes avances de una política de descentralización de Estado que lleva prácticamente 15 años en nuestro país. Ahora hay que consolidar y dar lugar a un esquema de federalización efectiva en todos los ámbitos.
2. Fortalecer el papel rector de la SSA.
3. Consolidar un sistema universal en salud. No es un sistema único en salud sino universal, donde aunque se mantenga la diversidad de fuentes de financiamiento que deriva de nuestro régimen jurídico, donde se permita cada vez más la

desagregación en el acceso a los establecimientos para la prestación de los servicios.

4. Ampliar la libertad de elección y la participación ciudadana. Estos son conceptos fundamentales, centrales al gran concepto que engloba esta reforma, que es la democratización de la salud, que ya desde este mismo foro puede explicar. La libertad de elección no nada más es un derecho, sino además tiene un valor instrumental porque se vuelve una de las señales más claras de satisfacción que la población le da a los prestadores de servicios.
5. Fortalecer la inversión en infraestructura física, recursos humanos y, de manera muy importante, el conocimiento. Aquí es donde tenemos concentrado gran parte de ese rezaigo y esa subinversión se expresa en la carencia de infraestructura física, sobre todo en el segundo y el tercer nivel de atención, en problemas de desequilibrio para los recursos humanos y en una subinversión muy importante en materia de investigación y desarrollo, y si algo sabemos en salud es que el cambio de salud, el progreso en salud tiene como base fundamental el conocimiento, de manera que invertir en conocimiento es una de las grandes estrategias para lograr los objetivos de un sistema de salud.

En síntesis me he referido a la necesidad de ubicar el desempeño como el factor central, cuya medición nos va a permitir ir siguiendo el progreso, ir estableciendo objetivos claros, explícitos, darle metas cuantitativas y poder ligar la utilización de los recursos para el logro de estos objetivos.

Éstas son algunas de las líneas centrales del esfuerzo por mejorar el desempeño del sistema de salud en México en los próximos años.

La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social

Santiago Levy¹

Agradezco al doctor Soberón la invitación que se me hizo para participar en este foro organizado conjuntamente por la Academia Nacional de Medicina y la Fundación Mexicana para la Salud, sobre la reforma de la salud en México.

La Academia es el espacio de excelencia en México para la reflexión, el análisis y la evaluación de las ideas de los temas en materia de salud. Por ello me siento doblemente honrado por esta invitación; quisiera aprovechar la oportunidad que se me brinda así como al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Voy a utilizar esta oportunidad para invitarlos a que con sus aportaciones contribuyan a la solución de la problemática que enfrenta el IMSS. Antes de entrar en esa problemática creo que es importante analizar dónde se encuentra el IMSS y cuáles son sus retos hacia futuro y para poner en contexto la situación actual. Es importante repasar cuatro grandes determinantes del futuro del IMSS, cuatro grandes tendencias que, de alguna manera, son las que van a determinar el futuro de nuestra institución.

Primero, vivimos en México una importante transición demográfica, es útil recordar las cifras y las tendencias para los próximos 10 años ya que, en esta década, se va a dar un envejecimiento relativo de nuestra población. En el periodo de 2001 a 2010 la población de 65 años o más va a crecer 32 por ciento, mientras que la población de 64 años o menos va a crecer 26 por ciento. La pirámide demográfica ya alcanzó el punto de inflexión y estamos entrando, como ya la mayor parte de los países de la OCDE, a un proceso de envejecimiento relativo de nuestra población. A ello se suma un aumento importante en la esperanza de vida. Hoy en día la esperanza de vida para las mujeres de nuestro país es de 77 años de vida y para los hombres es de casi 73 años. Los avances que se

¹ Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

han alcanzado en materia de salud implican el aumento de la esperanza de vida. Es interesante señalar que la esperanza de vida aumentó casi 35 años en los últimos 70 años, casi seis meses de aumento en la esperanza de vida por cada año transcurrido.

No sé si esa tendencia se pueda mantener, pero sin duda alguna habrá un crecimiento importante en la esperanza de vida.

Segundo, hay una transición epidemiológica en nuestro país, producto, en parte, del esfuerzo desarrollado por las instituciones públicas de salud: los sistemas estatales de salud, el ISSSTE y el IMSS. Las denominadas enfermedades del subdesarrollo están prácticamente eliminadas o prácticamente controladas: tosferina, diarrea, y lo que ahora estamos enfrentando son las enfermedades crónico-degenerativas y las emergentes, que, desafortunadamente desde el punto de vista financiero, implican tratamientos que son crecientemente costosos, ya que tienen requerimientos de personal y de equipamiento de alto nivel.

Éste tiene un impacto que es importante destacar que se ejemplifica con el caso del sida. Su atención representa para el IMSS un esfuerzo financiero de suma importancia: actualmente se atienden en el Instituto 13 mil casos, sobre una población derechohabiente de 46 millones, y que ocupa alrededor de 10% del presupuesto de medicamentos.

Una tercera tendencia se refiere al crecimiento económico que ha estado experimentando nuestro país en los últimos cinco años, y que todos estamos optimistas, podremos seguir experimentando en los próximos años. Este crecimiento implica que la población ocupada, y particularmente la población asalariada y la que se va a incorporar al sector formal de la economía y por tanto al IMSS, va a crecer más rápidamente que la población en su conjunto.

Hoy en día el IMSS, a través de su régimen ordinario, más el régimen de IMSS-Solidaridad, atiende a casi 60% de la población del país. Esta proporción va a aumentar en los próximos años a raíz del crecimiento económico referido. Esto va a generar una presión muy fuerte sobre la infraestructura del Instituto, sobre la demanda de servicios, de enfermeras, de médicos, de equipamiento y sobre nuestra capacidad de atención.

En este contexto conviene recordar, un dato interesante: la inversión del IMSS en el 2001 es, en términos reales, idéntica a la inversión que se realizó hace diez años, pero en ese lapso la pobla-

ción creció 27%. En consecuencia, se observan importantes niveles de saturación de los servicios, de los equipos y de los hospitales. Esta situación puede acelerarse por el crecimiento de nuestra economía, por esta mayor incorporación de la fuerza de trabajo, que va, insisto, a crecer más rápidamente que la población como un todo, y que tendrá también un cambio en la composición de género, con una incorporación muy importante de las mujeres en la población económicamente activa. Esto último generará demandas adicionales sobre los regímenes del Seguro Social, en particular, sobre el seguro de prestaciones sociales y el de guarderías, por la importante labor que desempeñan las guarderías para poder facilitar la inserción de las mujeres en el trabajo.

Una cuarta tendencia a la que me quiero referir señala que vivimos en una sociedad crecientemente participativa, más crítica y, evidentemente, a los ojos de todos, más democrática. Esto implica, un cambio en la relación de la ciudadanía con sus gobernantes. Y, en materia de salud, y particularmente en el IMSS, implica un cambio en la relación de los derechohabientes con el Instituto. Como resultado de este cambio, ya no es suficiente atender y proveer servicios. Ahora, el derechohabiente, con justa razón, quiere más información, quiere participar en las decisiones, quiere conocer qué es lo que se está haciendo y está demandando un trato con mucha mayor calidad que en el pasado. En suma, requerimos no solamente una extensión de cobertura, sino un trato de mucho mayor calidad.

Estas cuatro tendencias generan para el IMSS tres importantes retos. Primero, plantea una necesidad de modernización del Instituto; segundo, genera fuertes presiones financieras; y tercero, presenta retos conceptuales profundos, sobre los cuales es importante reflexionar.

Con relación a la necesidad de modernización del IMSS cabe mencionar que en la pasada 88 Asamblea del Instituto, tuve la oportunidad de señalar seis líneas de acción que impulsaremos en los próximos años, muchas de las cuales tienen que ver con aspectos de un manejo financiero y la relación del IMSS con las empresas como autoridad fiscal. Enfatizo otras cuatro que son de importancia para este simposio.

CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Instituto se suma con entusiasmo a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que encabeza la Secretaría de Salud. Es justo señalar que este es un proceso que no arranca desde cero en el Instituto. Hace ya dos años se inició el Programa Integral de Calidad, el cual es una base importante para construir a partir de ese punto. Por supuesto la Cruzada nos hace ver ahora retos de mayor envergadura porque se busca sistematizar los alcances en materia de calidad, certificar los hospitales, certificar los procesos, hacerlo en forma sistemática, pero la palabra calidad ya no es ajena al lenguaje del Instituto, no es ajena al lenguaje de nuestro sindicato y es parte de la cultura que estamos tratando de fomentar. Nos sumaremos al esfuerzo que encabeza la SSA con pautas generales que ésta nos marque.

CAPACITACIÓN PROFESIONAL

La segunda línea consiste en impulsar fuertemente la capacitación de los médicos y enfermeras. Requerimos un proceso continuo de renovación en donde los médicos, las enfermeras, y el personal de apoyo se puedan capacitar continuamente para romper con la difícil rutina del médico de familia que diario está en su trinchera en la unidad de medicina familiar, atendiendo casi los mismos padecimientos, con paciente tras paciente, tras paciente. A ese médico queremos darle una perspectiva de mediano plazo con la posibilidad de mejorar, de poder progresar, de poder seguir adelante capacitándose y abriéndose espacios, para que pueda él mejorar y pueda a su vez reflejar su mayor satisfacción personal, en una relación más respetuosa, más amable y más generosa con el derechohabiente.

IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN

Tercero, vamos a impulsar en forma importante la investigación médica que realiza el Instituto. El IMSS genera una externalidad muy importante para el país, no suficientemente reconocida, creo,

desde el punto de vista financiero. La investigación médica del IMSS aporta efectos externos adicionales para la sociedad mexicana, más allá de los que goza directamente el derechohabiente. En muchos campos tenemos ventajas comparativas, donde tenemos algunos avances, los promoveremos y profundizaremos. Aquí contamos con la experiencia del director de prestaciones médicas, el doctor Onofre Muñoz, quien es distinguido miembro de la Academia, e impulsa la investigación como parte de la práctica médica, no como una actividad académica separada, sino imbuida en la práctica cotidiana con el derechohabiente, al mismo tiempo con estándares académicos. Consideramos que esta investigación es de vital importancia para el Instituto, y por ello la promoveremos.

REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La cuarta línea de acción tiene que ver con la reorganización de los servicios. El reto es reconceptualizar la forma de operación de lo que para propósitos prácticos, debe considerarse como un monopolio en las prestación de los servicios médicos. El IMSS ofrece servicios a 60 por ciento de la población del país. Sin embargo, lo que vamos a impulsar en los próximos años es enfatizar el primer nivel de atención. Ahí es donde está 85 por ciento de los servicios que reciben nuestros derechohabientes, ahí es donde más beneficiosos podemos proporcionar, ahí es donde más podemos aportar a México. Impulsar fuertemente la atención en el primer nivel, no implica descuidar, por supuesto, los inmensos logros y muchas de las acciones de punta que hace nuestro Instituto en el segundo y tercer nivel de atención. Pero el mayor reto es atender a los derechohabientes que acuden a las unidades de medicina familiar: poderles dar un buen servicio, aumentar la capacidad resolutive de nuestros médicos familiares, equiparlos mejor. A su vez, eso permitirá descongestionar el segundo y tercer nivel para que ellos se aboquen a los verdaderos casos que les corresponden.

Junto con la Fundación Mexicana para la Salud, se hizo al final de la pasada administración, un trabajo valioso alrededor de los conceptos del área médica, de gestión desconcentrada, y el desarrollo de grupos relacionados de diagnóstico. Estos elemen-

tos ya son bases importantes sobre las cuales iremos construyendo esta reorganización de los servicios.

Todo lo anterior va a ser insuficiente porque por mayor eficiencia que logre el IMSS, por mayor calidad que logre el IMSS, nuestra estructura actual de aportaciones a los seguros del Instituto y las tendencias epidemiológicas y demográficas antes señaladas, van a poner presiones financieras que probablemente no podrán ser satisfechas a través de las acciones descritas. Y eso nos plantea retos conceptuales que quiero compartir con ustedes e invitarlos a una reflexión, retos que creo una sociedad madura, y democrática, como la mexicana, tiene que enfrentar con seriedad.

¿Qué hacemos, por ejemplo, con el sida?, ¿el Seguro Social lo toma como una responsabilidad de todos los derechohabientes, y en su caso, ajustamos las primas de los seguros, particularmente del Seguro de Enfermedades y Maternidad?, ¿y si ajustamos las primas, ajustamos las primas de quién, de los patrones, de los trabajadores o del gobierno? Si no ajustamos las primas podemos entonces, como lo hacen algunos otros países de la OCDE, considerar a esta enfermedad como un tema de la salud pública, en cuyo caso, su financiamiento no tendría que ser con cargo a las cuotas del Seguro Social, sino que tendría que ser con recursos fiscales claramente identificados para ese propósito.

Yo no sé cuál es la respuesta a esa pregunta; pero creo que es un tema que tenemos que abordar, y al cual médicos y economistas tenemos que aportar elementos de juicio, y considerar las dimensiones éticas, políticas y económicas de este problema.

El IMSS, por las tendencias demográficas antes señaladas, enfrentará dificultades próximas con el seguro de retiro. Nuestra legislación señala que la edad de retiro es de 65 años, cifra que se fijó en su momento con algún criterio médico, con algún criterio de la vida productiva del individuo, y de su esperanza de vida. Hay muchos países de la OCDE que están reconsiderando esa cifra. No lo veamos como un problema actuarial, sino como un problema social.

Quiero comentar con ustedes sobre un tercer reto simplemente lo dejo sobre la mesa, es el reto de cómo extender la cobertura de la seguridad social. Aquí hemos hablado de los que tienen el inmenso privilegio de ser derechohabientes de nuestro Instituto. ¿Pero qué pasa con la población en pobreza extrema? El reto es

cómo podemos pensar es juntar las piezas del rompecabezas que hemos ido armando poco a poco a través del Programa IMSS-Solidaridad, del Programa de Ampliación de Cobertura, del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). El reto es pensar en un concepto más amplio y más incluyente de seguridad social, que permita incorporar a la población en pobreza extrema.

Nada de lo que se ha planteado será factible, como señalaba el Secretario de Salud, sin mayores recursos fiscales. El avance de la salud y el avance de la cobertura de la seguridad social y, por supuesto, la salud financiera del Instituto, está íntimamente atado a la reforma hacendaria que está proponiendo el Presidente Vicente Fox. Independientemente de consideraciones muy puntuales sobre ésta, podemos señalar que la salud de los mexicanos y la capacidad de poder seguir atendiendo, a una población creciente estará asociada a la salud de nuestras finanzas públicas. No es retórica, no es la postura de un economista; es el reconocimiento de una realidad que tenemos que enfrentar.

Perspectivas para el ISSSTE

Benjamín González Roaro¹

Es muy satisfactorio acudir a este importante seminario convocado por una institución que tiene el mayor prestigio y el reconocimiento de cuantos trabajamos a favor de la salud en México. Les agradezco la invitación a presentar, y más que presentar, a compartir con ustedes, las *Perspectivas para el Instituto de Seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE)* en el gran desafío que representa la reforma de la salud en nuestro país.

Tengo interés de que se conozcan los retos del Instituto, de convocarlos a que se sumen al esfuerzo para lograr una reforma integral del ISSSTE que lo fortalezca como institución del Estado mexicano y como patrimonio de los trabajadores del servicio público, que incremente su capacidad de respuesta para contribuir eficazmente a la salud, al bienestar, al mejoramiento de la calidad de vida de más de 10 millones de mexicanas y mexicanos.

En el ISSSTE requerimos de la participación, del talento y de propuestas de la Academia. Necesitamos su colaboración y mantener una estrecha relación entre ambas instituciones.

Consideraremos tres apartados: en el primero se presenta, de manera general, cuál es la situación del ISSSTE, a fin de que se comprendan mejor los desafíos y sus repercusiones en el sistema institucional de servicios de salud del ISSSTE. En el segundo se presenta la situación y los problemas más graves que se enfrentan en los servicios de salud del Instituto, para dimensionar la urgencia del cambio. En el tercero se presentan las principales políticas, líneas de estrategia y proyectos que el Instituto se propone desarrollar durante la actual gestión para alcanzar objetivos de calidad, cobertura y equidad, e incrementar la capacidad de atención, fortalecer las finanzas, rescatar los servicios médicos del ISSSTE de la situación de fragilidad en que se encuentran.

¹ Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

SITUACIÓN ACTUAL

Detrás del ISSSTE hay una larga tradición de compromiso y responsabilidad estatal. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es, desde su fundación en 1959, uno de los pilares más importantes sobre los que descansa la política social del Estado mexicano. El ISSSTE cumplirá 42 años de servicio a la nación como la instancia gubernamental responsable de llevar a la práctica una de las tareas más elevadas de gobierno: brindar salud y seguridad social a todos los mexicanos y mexicanas que laboran en y para las instituciones republicanas.

A través de un sistema integrado con diversos fondos cubre un conjunto de 21 prestaciones, tres de ellas médicas, seis sociales y doce económicas, que se refieren a servicios médicos, riesgos del trabajo, pensiones, ahorro para el retiro, préstamos, vivienda y servicios sociales y culturales.

Hoy atiende a una población de derechohabientes superior a 10.1 millones de personas, lo que representa el 10.4% de la población nacional. De ellas, 2.3 millones son trabajadores en activo, 0.4 millones están pensionadas y 7.4 millones son familiares de los trabajadores.

Lo hace en graves condiciones de deterioro, que tienen su origen en causas como: el crecimiento extraordinario de la población derechohabiente no cotizante; el déficit financiero en el fondo de pensiones, la transición demográfica nacional, la aparición y el crecimiento exponencial de nuevas enfermedades epidemiológicas en el país, y la reducción significativa en la relación entre trabajadores activos y pensionados. El ISSSTE se ha deteriorado en las últimas décadas. Hoy vive su momento más grave y su crisis financiera amenaza su viabilidad.

En poco más de 40 años la población derechohabiente creció casi 20 veces, al pasar de 487,700 personas en 1960, a más de 10.1 millones actualmente. La población derechohabiente está integrada por trabajadores al servicio del estado, pensionistas y familiares de ambos.

En los últimos 20 años, los trabajadores con derecho a pensión pasaron del 7% en 1980, a más del 16% en este año; la relación entre trabajadores activos y pensionados se redujo de 20.4 a 5.2; la edad promedio de jubilación descendió de 62 a 51 años; y la expectativa de vida al jubilarse creció de 2.5 años a 19.

El fondo de pensiones, que actualmente consume cerca del 50% de los ingresos, es deficitario desde 1993. Este año el déficit será superior al 58%, es decir, más de 11 mil millones de pesos, que el gobierno federal debe financiar a través de un subsidio fiscal.

Cabe destacar, además, que en términos generales, desde 1959 las cuotas y aportaciones de trabajadores y del gobierno federal no se han modificado, mientras que los servicios y prestaciones que ofrece el Instituto se han ampliado y sus costos se han elevado significativamente.

PROBLEMÁTICA

Desde luego, este conjunto de problemas impone fuertes dificultades a la operación del Instituto y amenazan su viabilidad financiera. Las consecuencias en el fondo médico han sido dramáticas. El impacto se ha resentido de manera directa en la infraestructura y capacidad hospitalaria, en la suficiencia de recursos humanos, materiales y financieros; en la modernización tecnológica y de equipamiento de las unidades médicas; en la capacitación, profesionalización, actualización y especialización de médicos y enfermeras; en suma, en la calidad de los servicios de salud otorgados por el Instituto y, de ahí, en la satisfacción de los usuarios.

Algunos indicadores ilustran la situación vigente:

- El costo de los servicios médicos ha sufrido incrementos significativos, lo cual, aunado a la creciente demanda por parte de la derechohabencia, ha provocado un desajuste en las finanzas institucionales y, a partir de 1998, un déficit en el fondo médico que los ingresos captados no han podido revertir, aun cuando también han registrado un aumento. El déficit en este caso es menos grave y se ha podido financiar con recursos de otros fondos y mediante la transferencia de ingresos propios.
- A partir de 1995 empezó a abrirse una brecha enorme entre el gasto que se destina a la operación y el destinado a inversión. Actualmente, a la operación se destina el 97.5% del pre-

supuesto del fondo médico, mientras que a la inversión en infraestructura y equipamiento sólo el 2.5%.

- El problema de escasez presupuestal se observa con claridad si se compara al ISSSTE con otros servicios de salud. Mientras que el Hospital General de México cuenta con un presupuesto de un millón 130 mil pesos por cada cama censable y el Hospital Infantil de México con 2 millones 600 mil, al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre apenas se le asignaron 520 mil pesos por cama censable.
- En los programas especiales de salud, el año pasado, de un presupuesto total en este rubro de 469.5 millones de pesos, se destinaron 339.5 (el 72.3%) a la atención de cuatro patologías (sida, nefropatía crónica, colocación de marcapasos definitivos e implante de prótesis ortopédica) protegiendo a una población de sólo 6,799 personas, con un costo promedio anual de 50 mil pesos por paciente, muy lejos de los 300 pesos que se habían proyectado por derechohabiente. Las necesidades presupuestales para estos programas se incrementarán para este año, y seguramente seguirán creciendo en los siguientes.
- En materia de dotación y sustitución de equipo médico, para este año se identificaron necesidades por 1,046.6 millones de pesos, para las cuales 446.6 millones son considerados altamente prioritarios. A pesar de ello, para este rubro de inversión sólo se cuenta con un presupuesto total de 81.5 millones de pesos, suficiente apenas para cubrir el 18.3% de dichas necesidades.

Además de la crisis financiera del Instituto y de sus repercusiones en el fondo médico, otro de los grandes desafíos que tenemos que superar es el relativo a las serias inconsistencias que presentan el modelo de atención y el esquema de regionalización de los servicios de salud institucionales.

El modelo de atención agrupa en el primer nivel a 1,126 unidades, encargadas de resolver el 85% de la atención demandada; en el segundo nivel a 103 unidades hospitalarias, orientadas a resolver el 15%; y en el tercer nivel, a 10 hospitales regionales y al Centro Médico Nacional, que se ocupan del restante 5%, correspondiente a casos que precisan de una atención de alta especiali-

dad tecnológica. El principal problema en este caso es el modelo básicamente curativo, centrado en la atención de la demanda y del daño consumado, en lugar de estar orientado a la prevención y anticipación del daño y operar bajo mecanismos más favorables en términos de costo beneficio.

El esquema de regionalización, por su parte, comprende ocho zonas con un hospital regional cada una, como unidad concentradora. En teoría, cada una de las ocho regiones cuenta con los tres niveles de atención, lo cual debería asegurar atención adecuada a todos los derechohabientes, a lo largo y ancho del país. En la realidad, estamos muy lejos de que esto sea cierto. (Figura 1)

Figura 1
Esquema de regionalización



Existen hospitales regionales, es decir, unidades médicas consideradas de tercer nivel, que deben atender total o parcialmente la referencia de pacientes de hasta ocho estados, sin contar con la capacidad resolutive ni cumplir con el perfil de patología correspondientes. Por el contrario, hay unidades del segundo nivel, que ejecutan acciones y programas exclusivos del primero. Todo ello implica excesivos traslados de pacientes y una muy costosa e ineficiente aplicación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, con la consiguiente derrama económica por el costo de los traslados y la subrogación de servicios; lo mismo que un problema grave de saturación en el Centro Médico Nacional.

ESTRATEGIA DE DESARROLLO

Lo anterior ha mostrado que el ISSSTE cumple sus obligaciones y responsabilidades inmerso en una serie de complejos problemas que amenazan su viabilidad y que, inevitablemente, han impactado en la calidad, eficiencia y eficacia de sus servicios.

En el Estado Mexicano, la salud es un derecho fundamental. Para el gobierno del presidente Fox, es el bien básico que da sentido al resto de los demás bienes: al trabajo, al crecimiento y la prosperidad, a la convivencia armónica, a las oportunidades de una vida más plena. Inversamente, la enfermedad además de minar la salud de quien la padece, afecta sus ahorros (a veces de toda la vida), su capacidad productiva, su desarrollo, su plenitud.

En consecuencia, democratizar la salud, elevar la calidad y calidez de los servicios, innovar la administración mediante procesos de mejora continua, darle resultados a la población con eficiencia y oportunidad, así como abatir las desigualdades y la inequidad, son instrucciones que hemos recibido del Ejecutivo Federal, son los objetivos que debemos cumplir y que reflejan el lugar primordial que la salud y la seguridad social ocupan en la agenda del Gobierno de la República.

Para alcanzar esos objetivos nos hemos propuesto diez líneas de estrategia que habrán de orientar y regir nuestro desempeño durante la presente administración. En ellas se articula el objetivo de transformación y modernización del Instituto que nos hemos propuesto, y se ordenan los proyectos, las acciones y las metas

del ISSSTE, en materia de servicios de salud y atención médica. Estas diez grandes políticas son las siguientes:

1. Fortalecimiento financiero

Se busca el fortalecimiento financiero del fondo médico mediante políticas de ahorro, generación de ingresos propios, uso racional y eficiente de los recursos, búsqueda de fuentes alternas de ingresos, y revisión del esquema de financiamiento previsto en la ley. Tenemos que revertir cuanto antes la tendencia deficitaria de este fondo, incrementar de manera gradual pero significativa la inversión en infraestructura, mantenimiento, actualización tecnológica y equipamiento, así como alinear el conjunto de programas, acciones y ahorros institucionales hacia una gestión enfocada en la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

En esta dirección se promueve el convenio de desempeño que firmaremos con las Secretarías de Hacienda y de la Contraloría; se trabaja la separación definitiva de los distintos fondos del ISSSTE para ejercer una mejor administración, contabilidad y ejercicio del presupuesto; se revisa la normatividad para avanzar más rápido en el equipamiento y actualización tecnológica mediante fórmulas de adquisición, arrendamiento y contratación por servicio, y se buscan recursos y fuentes de financiamiento externo.

Además, dos procesos serán cruciales para fortalecer las finanzas y la operación de nuestros servicios de salud: por una parte, la aprobación por el Congreso de la Nueva Hacienda Pública propuesta por el Presidente Fox, que en los hechos habrá de convertirse en la decisión más importante de los últimos treinta años para robustecer el contenido popular del Estado Mexicano, su política social, su compromiso con las grandes mayorías del país. La Nueva Hacienda Pública tiene el propósito muy claro de incrementar los ingresos del Estado, de manera justa y equitativa, para que pueda cumplir cabalmente el conjunto de mandatos y derechos sociales establecidos en la Constitución: salud, educación, vivienda, empleo y seguridad social, entre los más significativos.

El segundo proceso que permitirá fortalecer las finanzas del fondo médico será la transformación integral del ISSSTE, y la refor-

ma que habremos de realizar para resolver los problemas que genera el déficit en el fondo de pensiones, lo cual, desde luego, será de vital importancia para reemprender la expansión y modernización del sistema de salud mexicano.

2. Coordinación sectorial

La segunda línea de estrategia consiste en extender los alcances de la coordinación interinstitucional con todas las dependencias y entidades del sector salud, y con los distintos niveles de gobierno.

Los retos de calidad, equidad y protección financiera que enfrenta el sistema de salud sólo podrán superarse mediante la articulación de esfuerzos, proyectos y acciones comunes para el logro de objetivos compartidos. Por eso tenemos toda la determinación de vincular nuestra gestión, de hacer nuestra parte y llevar a buen término la política sectorial que coordina la Secretaría de Salud y su titular, el doctor Julio Frenk.

Mediante una renovada, más comprometida y eficiente coordinación sectorial, buscaremos incrementar la capacidad de respuesta institucional aprovechando la infraestructura del sector salud, para lograr una atención más oportuna; optimizar los programas de inversión; desarrollar sistemas de información dinámicos; estimular el desarrollo de los recursos humanos; evitar el traslado innecesario de pacientes; usar eficientemente los recursos, y reducir los costos de operación.

3. Consolidación del modelo de atención

Nos proponemos consolidar la transformación del actual modelo curativo de atención y evolucionar a otro que se enfoque en la medicina preventiva y la promoción de la salud, que permita la anticipación al daño y la práctica programada, con el consiguiente impacto favorable en el costo-beneficio de los servicios.

En ese sentido, potenciaremos el programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud que tiene como objetivos operar el modelo de medicina familiar; promover una cultura social de auto cuidado mediante la creación de círculos de apoyo,

educación para la salud y la activación física; así como reducir la referencia innecesaria de pacientes, y elevar la eficacia de los procesos médico administrativos.

El modelo de medicina familiar ha demostrado ser un esfuerzo innovador, orientado a responder a la transición epidemiológica y demográfica, a generar un mayor impacto en la atención integral, y a mejorar la administración de recursos humanos, presupuestales y de abasto institucionales.

4. Generación de polos de desarrollo

La cuarta línea de estrategia consiste en implantar polos de desarrollo para asegurar la atención de la salud en especialidades de segundo y tercer nivel. La implementación de polos de desarrollo se basará en el liderazgo alcanzado en ciertas regiones y/o especialidades. Busca cubrir las necesidades institucionales de infraestructura, tecnología y capacidad resolutive, así como reordenar el esquema de regionalización y el sistema de referencia y contra-referencia con objeto de reducir los altos costos existentes y propiciar ahorros importantes.

Con esta estrategia se incrementará la capacidad resolutive de unidades médicas de los tres niveles de atención y se abrirá una importante vía sustantiva para avanzar en la recategorización. Esto implicará un esfuerzo muy importante de estudios especiales, planeación, equipamiento y modernización hospitalarias durante toda la administración, que, de manera inicial, cubriremos con las acciones y mecanismos enunciados en las primeras líneas de estrategia y, más adelante, con el conjunto de ahorros e ingresos adicionales que lograremos al desplegar el conjunto de políticas para nuestro proceso de transformación integral y fortalecimiento institucional.

5. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

El ISSSTE se propone participar intensamente en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como parte del

esfuerzo de coordinación interinstitucional y medio para lograr los objetivos de promover un trato digno para los pacientes y sus familiares, así como generar una mayor eficiencia en el otorgamiento de los servicios, a través de procesos permanentes de mejora en la gestión y el desempeño.

De esta manera, nos proponemos brindar atención oportuna en el servicio de urgencias, a través de la preevaluación diagnóstica; reduciremos el tiempo de espera para recibir consulta externa en el primer nivel, a través de citas programadas hasta con una semana de antelación; permitiremos a los derechohabientes un acceso fácil y rápido a la consulta externa general, a través de la programación telefónica de citas; brindaremos información adecuada y oportuna a los familiares tanto de los pacientes operados, como de aquellos atendidos en el servicio de urgencias; e incrementaremos el porcentaje de recetas surtidas de manera completa en las farmacias de clínicas y hospitales.

6. Innovación gubernamental

La sexta línea estratégica consiste en implantar herramientas de innovación gubernamental, cambio organizacional y fortalecimiento de las capacidades directivas y de gestión. El sentido de esta estrategia, es orientar la gestión con un enfoque de calidad y satisfacción de los usuarios. Buscamos depurar y hacer más eficiente la estructura orgánica y funcional; volver más flexible y dinámico el otorgamiento de los servicios médicos; eliminar la rigidez y la centralización existentes, que consumen los recursos limitados con que contamos.

Entre otras acciones, estamos trabajando ya en la actualización, en la mayoría de casos en el establecimiento, de los sistemas informáticos y de telecomunicaciones de la institución; en la revisión y modernización de los procesos en los que descansa el otorgamiento de las prestaciones; en el diseño de mecanismos de desconcentración para incrementar la capacidad de gestión de las unidades estatales y lograr que la operación sea predominantemente local.

Mediante la innovación y el cambio administrativo, además, nos proponemos transformar el sistema institucional de abastecimien-

to, para desconcentrar el abasto en almacenes regionales, hacer más eficiente la distribución de insumos para la salud y satisfacer mejor las necesidades de nuestros derechohabientes.

7. Formación de recursos humanos

Nos proponemos colaborar estrechamente con las instituciones de educación media superior y superior, así como con los institutos de investigación, para respaldar la formación, actualización y desarrollo profesional de los recursos humanos que el ISSSTE y el país requieren.

A partir de esta colaboración, fortaleceremos nuestras estructuras y programas de enseñanza e investigación, tanto centrales como desconcentradas; buscaremos extender el programa de colaboración e investigación ISSSTE-UNAM y celebrar convenios de cooperación con la Fundación Mexicana para la Salud y, desde luego, con la Academia Nacional de Medicina.

Asimismo, buscaremos elevar la calidad de la educación que se imparte en nuestras escuelas de Dietética y Nutrición, de Rehabilitación, y de Enfermería, en las que se forman licenciados, técnicos y posttécnicos en esas tres áreas.

Por otra parte, vamos a implementar un ambicioso programa de capacitación para las comunidades médica, de enfermería y de trabajadores administrativos y de apoyo, a fin de contar con recursos humanos capaces de constituirse en líderes de los procesos de cambio e innovación.

8. Certificación

Vamos a continuar el programa de certificación de unidades médicas bajo las normas establecidas por el Consejo de Salubridad General, con objeto de ampliar las oportunidades de acceso de la población a servicios calidad.

Adicionalmente, pondremos en marcha acciones de evaluación periódica de las unidades ya certificadas para monitorear la calidad de sus servicios, mantener los procesos de mejora continua y refrendar la certificación correspondiente.

Esta estrategia es complementaria al conjunto de políticas que ordenarán nuestra gestión. El logro de la certificación y sus objetivos será resultado de la implementación de polos de desarrollo, la ampliación de la coordinación interinstitucional, de transformar el modelo de atención, de alcanzar los propósitos de la cruzada nacional, así como del proceso de innovación y la formación de recursos humanos para la salud y de líderes del cambio.

9. Tele-salud

Nos proponemos ampliar la infraestructura, el alcance y el uso del sistema de Tele-Salud. Este sistema representa una muy importante ventana de oportunidad para lograr los objetivos de cobertura y equidad de los servicios de salud. Con la ampliación de este sistema, esperamos reducir los tiempos de espera y la posposición de consultas, abatir el gasto por traslado innecesario de pacientes, reducir los costos de atención, resolver más del 50% de los casos de inter-consulta y elevar la capacidad de la atención médica.

El conjunto de sus componentes —Tele-consulta, Tele-enseñanza y Tele-administración— permite que mediante video conferencias y a través de la interacción entre médicos de unidades distantes, se ofrezcan servicios de diagnóstico, tratamiento y control de pacientes; cursos de actualización médica y conferencias de educación para la salud; además de sesiones de actualización y coordinación administrativa.

Este año, estableceremos tres estaciones remotas más en las unidades médicas de Zapopan, León y Chetumal. Además, se reubicarán dos estaciones en los Hospitales Regionales de Culiacán y Mérida.

10. Hospital sustentable

Finalmente, el ISSSTE se propone la implantación de un Sistema de Manejo Ambiental desde el cual se coordinen las acciones tendientes a la sustentabilidad de las unidades médicas. Las medidas de sustentabilidad juegan cada vez más un papel determinante para la administración moderna de unidades médicas. Su implan-

tación es un indicador de instituciones pro activas, innovadoras, responsables y bien administradas.

Nos proponemos iniciar proyectos para el uso y disposición eficiente y segura de energía, agua, materiales de oficina y residuos peligrosos; de manera muy particular, vamos a formular y poner en marcha el programa de hospital sustentable, con objeto de reducir el impacto ambiental que produce la operación del Instituto, mejorar la administración y obtener ahorros y recursos adicionales.

COLOFÓN

Los problemas que enfrenta el ISSSTE no son menores y el trabajo que tenemos por delante es extraordinario.

Debemos avanzar inmediatamente en el fortalecimiento de los servicios de salud, porque no podemos pedirle a los derechohabientes que esperen a que haya mejores condiciones financieras para que puedan gozar de servicios médicos de calidad. Cada decisión que tomemos o dejemos de tomar hoy será crucial para las perspectivas del ISSSTE.

Con esta visión, con este conjunto de estrategias, alcanzaremos los objetivos de garantizar a nuestros derechohabientes servicios de calidad, con una cobertura que los proteja a todos en su salud y en sus finanzas, eficientes, con alta capacidad de respuesta y sobre todo eficaces para salvaguardar el bien de todos los bienes que es la salud.

El éxito de nuestra estrategia dependerá de la cooperación y coordinación que logremos establecer con los diferentes niveles e instancias de gobierno, y particularmente, con los trabajadores del ISSSTE y las distintas organizaciones que trabajan a favor de la salud y la seguridad social del pueblo de México, entre los que la Academia Nacional de Medicina ocupa un lugar preeminente.

Los recursos con que cuenta el Instituto son, como se ha dicho, escasos, y la situación muy difícil, acaso la más difícil en la historia del ISSSTE. Empero, estoy seguro de que juntos, compartiendo esfuerzos y compromiso con todas las instituciones preocupadas por la salud de la población, hallaremos los mecanismos más eficientes y adecuados para impulsar mejoras inmediatas y alcanzar nuestras metas.

La participación del sector privado

Guillermo Soberón¹

Los tiempos que se viven, actualmente, en el sector salud en México ofrecen una oportunidad única para avanzar en una prestación plural de los servicios y en la consolidación de un financiamiento público integral que, de forma solidaria, pudiera cubrir a todos los mexicanos. Esta oportunidad representa, a la vez, un desafío importante para el sector privado que tiene el reto de ser eficaz en la prestación de servicios bajo un esquema de financiamiento público y, también, asumir y actuar con compromiso y responsabilidad sociales.

En México el sector privado siempre ha tenido una importante presencia en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, es hasta hoy que enfrenta la oportunidad de combinar una mayor eficiencia con una mayor conciencia social. Por otra parte, las empresas privadas se preocupan, crecientemente, de la salud de su personal pues la salud, más allá de ser elemento fundamental del bienestar social es puntal del capital humano y sostén de la productividad laboral. Es pues, lógico que los empresarios se involucren cada vez más en las reformas en curso del Sistema Nacional de Salud.

El aspecto que habremos de tratar en esta ponencia se refiere a la visión de una institución privada, la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD) sobre cómo podría continuar el avance de la reforma del sistema de salud mexicano bajo principios de solidaridad, eficiencia y justicia social. La propuesta que se hace, sometida a la consideración del Ejecutivo Federal, fue elaborada por Beatriz Zurita, Alejandra González Rossetti, Felicia Knaul y Guillermo Soberón con la cooperación de Cuauhtémoc Valdés, Héctor Arreola y Cintli León.

¹ Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina. Miembro de El Colegio Nacional.

Referencia esencial, por supuesto, es el estudio realizado en FUNSALUD por Julio Frenk y colaboradores entre 1993 y 1995, mencionado en la introducción a este simposio. De esa contribución se han tomado las medidas que ahora se proponen, escogidas de acuerdo a su viabilidad actual en función de espacios que han abierto las que fueron implantadas en los últimos años, de las posibilidades financieras que ahora se contemplan, de la aceptación social que es posible predecir y, particularmente, del punto de vista del sector privado por ciertas características que debe tener el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, las medidas que aquí se recomiendan contribuyen a aliviar los tres grandes desafíos que, a juicio del Secretario de Salud, enfrenta en estos momentos el cuidado de la salud de los mexicanos, a saber: la inequidad, la insuficiente calidad y la desprotección financiera que sufre una buena parte de la ciudadanía.

La propuesta recoge ciertos principios ya anunciados en el trabajo de Frenk de 1994,² plasmados como objetivos de los sistemas de salud en el trabajo de la OMS publicado en el Informe sobre la Salud en el Mundo del 2000³ e invocados en la propuesta del gobierno actual de democratizar la salud. En efecto, voceros gubernamentales han expresado que, para lograr la democratización de la salud, hay que pugnar por una mayor calidad, equitativamente distribuida, y por una protección financiera a través de la solidaridad y la eliminación de los gastos catastróficos. La propuesta, asimismo, postula a manera de lineamientos conductores de las estrategias sugeridas: que el financiamiento siga a la demanda de servicios en vez de que la oferta sea el criterio rector, como ahora es el caso, que se profundice en el deslinde entre atención médica y salud pública y que se rediseñe la prestación de servicios.

La propuesta consta de cinco líneas estratégicas:

- Establecer un seguro nacional de salud.
- Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud.

² Frenk J, Lozano R, González-Block MA *et al.* Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México DF: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

³ World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

- Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios.
- Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud.
- Crear un fondo nacional de salud pública.

Cabe aclarar que la propuesta de FUNSAUD, elaborada en el año 2000, tiene mucho en común con la propuesta del actual gobierno, lo cual no es extraño pues las semillas de las ideas actuales crecen y evolucionan de ideas desarrolladas, en buena parte, en nuestra institución desde 1993. Un aspecto clave es apoyar la evolución de dichas propuestas desde una perspectiva que incorpore visiones del sector privado, del sector no-gubernamental sin fines de lucro, de la sociedad y de los investigadores.

De las investigaciones realizadas por parte de FUNSAUD es claro que la sociedad está preparada para acoger innovaciones al Sistema Nacional de Salud. Esto se infiere de las encuestas realizadas en 1997 y en 2000 sobre satisfacción de usuarios. Así, por ejemplo, la gente busca libertad para elegir a su médico (74%) y está interesada en acceder a los servicios privados cuando el seguro no le cubra ciertas intervenciones o existan largas listas de espera, pagando la diferencia que ello implique (60%).

Lo anteriormente expuesto permite entender mejor las cinco medidas que se propone sean implantadas para continuar la reforma del Sistema Nacional de Salud.

ESTABLECER UN SEGURO NACIONAL DE SALUD

Nuestro análisis confirma que este seguro es factible, institucional, eficiente, legal y relativamente barato. El aspecto clave es que dicho seguro sea nacional cubriendo a todos los mexicanos y contribuyendo al logro de los principios de equidad, calidad y protección financiera para todos. En una primera etapa se propone que este seguro nacional cubra a la población urbana, no derechohabiente de la seguridad social, que vive en ciudades mayores de 100,000 habitantes. Se propone arrancar con esta población por su ubicación geográfica y su capacidad de pago parcial pero a la vez debe garantizar que el seguro adquiere un carácter nacional

con un enfoque de integrar a las familias más pobres. El segundo aspecto clave de la propuesta es que subsidiará, total o parcialmente, sólo a las personas de más bajos recursos, en forma adicional a la contribución federal que actualmente se da a la seguridad social.

Para hacer más equitativo el sistema de salud, interpretada la equidad como el asignar mayores recursos a donde las necesidades son mayores y la capacidad de pago es menor, habría que perfeccionar el paquete básico de salud que se aplica a la población rural dispersa y, en la medida de lo posible, aumentar las trece intervenciones costo-efectivas que lo integran, subsidiar solo a los estratos más pobres de la población urbana y recuperar los gastos en que incurren quienes tienen capacidad de pago, hacer que los seguros privados sean complementarios a la atención médica básica de carácter público y aplicar los recursos en forma descentralizada, como ya se viene haciendo, pero con más nitidez.

Las cifras presentadas a continuación reflejan dos esquemas claves para hacer un seguro nacional subsidiado y se condicionan a la realidad económica actual y a las posibilidades institucionales con un cálculo para los primeros años del esfuerzo.

Para precisar la factibilidad económica del seguro nacional de salud se identificó la población no derechohabiente que vive en ciudades mayores de 100,000 habitantes (número de familias, tamaño, composición y ubicación geográfica); se analizó la capacidad de pago de las familias; se desarrolló un sistema de subsidios escalonados para evitar incentivos adversos; se estableció un marco de costos tomando como referencia el Seguro de Familia que implantó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el sexenio pasado y se midió el costo del seguro en términos del PIB. El cuadro 3 presenta los resultados obtenidos.

La población que podría incorporarse, en una primera etapa, al seguro nacional de salud es de casi 21 millones; más de 5 millones perciben más de 4 salarios mínimos y no recibirían ningún subsidio; cerca de 1 millón y tres cuartos perciben menos de 1 salario mínimo y serían subsidiados en forma completa. Quienes perciben de 1 a 2 salarios mínimos serían subsidiados con el 75% de la prima (6 y medio millones de personas), los que ganan de 2 a 3 salarios mínimos recibirían 50% (más de 4 y medio millones de personas), y los que ingresan de 3 a 4 salarios mínimos recibirían

Cuadro 3
Es viable un Seguro Nacional de Salud

Categoría de gasto	Población 2001 (Millones)	Gastos en el SF (millones de pesos)		Gasto Federal (% PIB)
		Federal	Hogares	
< 1 SM	1.7	1,816.5	11.3	0.03
1 a 2 SM	6.5	6,140.1	1,120.0	0.10
2 a 3 SM	4.7	3,974.4	1,773.4	0.07
3 a 4 SM	2.6	1,939.3	1,670.8	0.03
> 4 SM	5.3	3,411.7	5,947.9	0.06
Total	20.8	17,728.2	10,523.4	0.29

SM: Salarios mínimos

SF: Seguro de familia

el 25% (2 y medio millones de personas). En total el gobierno federal pagaría poco más de 17 mil millones de pesos mientras que los hogares cubrirían algo más de 10 mil millones de pesos. La erogación gubernamental corresponde al 0.29% del PIB por lo que se considera que es viable empezar a establecer el seguro nacional de salud en función de los recursos que serían destinados este año al sector salud.

SEPARAR EL FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La separación del financiamiento de la prestación de servicios es la reforma más extendida en los sistemas de salud de los países del orbe. Hasta ahora, en la mayoría de los casos, México incluido, las mismas instituciones que proveen los recursos financieros son los responsables de prestar los servicios. Proceder de esta manera tiene el serio inconveniente de que se es juez y parte pues los prestadores no responden ante la instancia que auspicia su labor sino ante ellos mismos; por otra parte el financiamiento puede y debe ser utilizado para inducir las diversas medidas de reforma

en curso, sobre todo aquellas encaminadas a lograr mayor calidad y mayor eficiencia.

Ahora ya es posible, en México, empezar la separación del financiamiento y la prestación pues la descentralización de los servicios de salud que atienden a la población abierta, que ha culminado la SSA con la consecuente creación de los Sistemas Estatales de Salud (SESa), por un lado, y la desconcentración del IMSS que ha dado lugar al establecimiento de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), permite deslindar instancias financiadoras de instancias prestadoras.

Además la actual infraestructura institucional contiene elementos que están en posibilidad de asumir las funciones básicas en el Sistema Nacional de Salud a fin de iniciar, pronto, la separación del financiamiento y la prestación de servicios. (Cuadro 4).

Cuadro 4
Separación del financiamiento y la prestación

Financiamiento	Articulación	Prestación
IMSS (Captación y pago)	Delegación	AMGD
	SESa (Central)	SESa (Jurisdicción)
	Coordinación INS	INS y otros descentralizados
	ISES y otras articulaciones	Prestadores privados

Así, es posible aprovechar la gran experiencia acumulada por el IMSS y constituir ahí un mecanismo captador de recursos y financiador de la prestación de los servicios; esta función estaría a cargo de las AMGD, en el caso de los derechohabientes del IMSS; en ellas se ubican unidades médicas de primero y segundo niveles y, en algunas también de tercer nivel. La población abierta sería atendida en las jurisdicciones sanitarias bajo la égida de los SESa, donde se ubican las unidades médicas de primero y segundo nivel, mientras que los Institutos Nacionales de Salud (INS) y otros nosocomios especializados proporcionarían la atención de tercer nivel.

Quienes ocurren al sector privado serán atendidos por prestadores privados donde quiera que estos se encuentren y de acuerdo con el grado de complejidad del problema se precisará el poder de resolución de los establecimientos que participen.

La función de articulación entre el financiamiento y la prestación será una instancia cada vez más necesaria. Las delegaciones del IMSS pueden llevarla a cabo vinculando las oficinas centrales del instituto con las AMGD; las oficinas centrales de los SESA pueden vincular el financiamiento de las oficinas centrales del IMSS con las jurisdicciones de los SESA y la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, dependencia de la SSA, puede desempeñar esa función en la articulación de los institutos y las oficinas centrales del IMSS. En lo que toca a los prestadores privados la reciente reglamentación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) prevé que estas instituciones capten los fondos y articulen con los prestadores privados. Todo este arreglo institucional prepara el terreno para implantar la estrategia siguiente.

La solidaridad, bien entendida, significa que, en el cuidado de la salud, los sanos paguen por los enfermos, los jóvenes paguen por los de edad avanzada y los ricos paguen por los pobres. Todo esto se logra con la fusión del financiamiento entre las distintas instituciones y la separación del financiamiento de la prestación.

ABRIR EL SISTEMA DE SALUD A UNA PRESTACIÓN PLURAL DE LOS SERVICIOS

Por largo tiempo se ha pugnado por un cambio en el paradigma del cuidado de la salud, despejando riesgos más que reparando daños, en forma proactiva atender a las necesidades en vez de responder a la demanda de manera reactiva, propiciar el enfoque de la salud poblacional que habrá de atenuar la exigencia de atención individual, en fin, lograr la corresponsabilidad de los usuarios superando su pasividad y la actitud paternalista que, con frecuencia, asume el prestador de los servicios. El abrir el sistema de salud a una prestación plural impulsará el sistema en el sentido deseado.

Se propone, por una parte, que los servicios de salud sean públicos o privados y, de los primeros, sea que pertenezcan a la seguri-

dad social o que atiendan a la población abierta, estén en disponibilidad de atender a los derechohabientes del IMSS, del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de otras instituciones de la seguridad social, del seguro nacional de salud o usuarios no afiliados a ningún régimen; por otra parte, se recomienda que pague por los servicios prestados la entidad a la cual pertenezcan las personas que reciben el servicio. Esta forma de proceder dará lugar a una sana competencia que habrá de traducirse en una mayor calidad de los servicios prestados. Esta competencia debe sujetarse a claras reglas del juego que permitan asegurar, adicionalmente, elevados niveles de desempeño.

Un detonador de la pluralidad de los servicios es la demanda esperada en el IMSS pues actualmente sus instalaciones prácticamente están saturadas, particularmente en algunas regiones del país y sólo ocurren al IMSS el 60% de sus casi 50 millones de potenciales derechohabientes actuales; 30% acceden a servicios privados o a servicios destinados a la población abierta, desde centros de salud hasta los Institutos Nacionales de Salud; el resto presumiblemente no ocurre a servicios por no requerirlo su buena salud. Es de esperarse que, en el futuro, los derechohabientes del IMSS acudan al Instituto en mayores números pues, por un lado, habrá de aumentar la calidad de los servicios prestados y, por el otro, el costo de los servicios privados es más alto, día con día. Además, si se amplía el seguro de familia y/o se implanta el seguro nacional de salud habrá más derechohabientes de atención médica. Una estimación preliminar, que se presenta en la tabla 3 indica que la demanda podría crecer en un 75% así que los recursos humanos, número de camas de hospital, consultorios y otros recursos serían insuficientes para garantizar una atención de calidad en el corto o mediano plazos. Además, hay que tomar en cuenta que la creación de empleos y el incremento en la esperanza de vida son factores añadidos para aumentar la demanda de servicios. (Cuadro 5)

Ante la imposibilidad de atender a la nueva población derechohabiente del IMSS la única alternativa viable es utilizar la infraestructura existente pues hay capacidad sobrada en los SESA, en algunos Institutos Nacionales de Salud y en establecimientos privados que podrían servir mediante un financiamiento público. La prestación de los servicios tendrá que rediseñarse a fin de que per-

Cuadro 5
**La demanda esperada rebasaría la capacidad
 actual del IMSS**

Tipo de población	Población (Millones)	Médicos (Miles)	Camas (Miles)	Consultorios (Miles)
Otros derechohabientes	27.8	37.5	28.3	13.7
Seguro Nacional de Salud	20.1	27.2	20.5	9.9
Total	66.3	89.4	67.4	32.8

mita acoger y fomentar la libertad del usuario para elegir al prestador lo cual facilitará la pluralidad de servicios, establecerá una competencia entre los prestadores, todo conducente a la constitución de una buena mezcla público-privada, condición perseguida por las reformas sanitarias en curso, en numerosos países del orbe. El surgimiento de instituciones articuladoras del financiamiento y la prestación de servicios, seguramente será visto, más y más, en el futuro próximo.

La estrategia anterior de separar el financiamiento y la prestación, está en línea con la estrategia de abrir la prestación de servicios a un esquema plural.

DAR INCENTIVOS A LA PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Los servicios privados de salud están llamados a tener una creciente participación en el Sistema Nacional de Salud, por las razones antes esgrimidas, no obstante, no es menos cierto que tienen que capacitarse para asumir esa responsabilidad. En efecto tales servicios están muy fragmentados, son de desigual calidad y de precios variables. Baste recordar que el 85% de las 24,000 camas que existen en hospitales privados están ubicadas en nosocomios que tienen menos de 15 camas cada uno. Es pues, preciso, im-

plantar una rigurosa regulación que cuide distintos aspectos de la calidad de la atención médica que prestan para lo cual tanto el proceso de certificación, recientemente iniciado por el Consejo de Salubridad General dirigido a los hospitales como el que ha emprendido la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) que aplica a esas instituciones docentes, son importantes instrumentos para asegurar la calidad de los servicios. Consecuentemente, hay que idear procedimientos de capacitación y fortalecimiento de los servicios privados y establecer incentivos económicos, fiscales, académicos conducentes al mismo fin. En este contexto deben reconsiderarse y perfeccionarse esquemas de subrogación, prestación indirecta de servicios y reversión de cuotas.

CREAR UN FONDO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

De tiempo atrás se ha intentado un cambio en el paradigma del cuidado de la salud que ha prevalecido desde principios del Siglo XX y que se basa, fundamentalmente, en la atención curativa más que en la prevención. Se trata, ahora, de reparar un daño más que de despejar un riesgo; se basa en la demanda a los servicios cuando debería considerar las necesidades de salud. Por eso el sistema de salud es, en buena medida, reactivo en vez de proactivo y previsor. Favorece la atención individual sobre un enfoque poblacional.

Dos factores pesaron para el impulso en la atención curativa: el informe Flexner que determinó la “cientifización” de la educación médica y los avances tecnológicos que siguieron a las dos guerras mundiales del siglo pasado, especialmente la segunda.

No obstante, los esfuerzos para el cambio de paradigma se intensificaron a partir de los años setenta y se hicieron explícitos en el año 1978 en la declaración de Alma Ata que propuso el movimiento salud para todos en el año 2000 y la estrategia de Atención Primaria a la Salud. Si bien ese propósito no se ha cumplido, ha habido avances importantes como el desarrollo de la educación para la salud y de la promoción de la salud.

Un deslinde cuidadoso entre los elementos de la atención médica, por una parte, y los inherentes a la salud pública y a la función rectora de la SSA, por la otra, haría posible establecer un más

nítido financiamiento de ambos enfoques. La atención médica se financiaría por el seguro nacional de salud y por los otros esquemas de seguros establecidos; la salud pública y la función rectora de la SSA, se financiaría a través de la creación de un Fondo Nacional de Salud. Este proceder permitiría tanto establecer un mejor equilibrio entre curación y prevención, como usar el financiamiento para el fortalecimiento preferencial de cada enfoque, según se juzgue necesario.

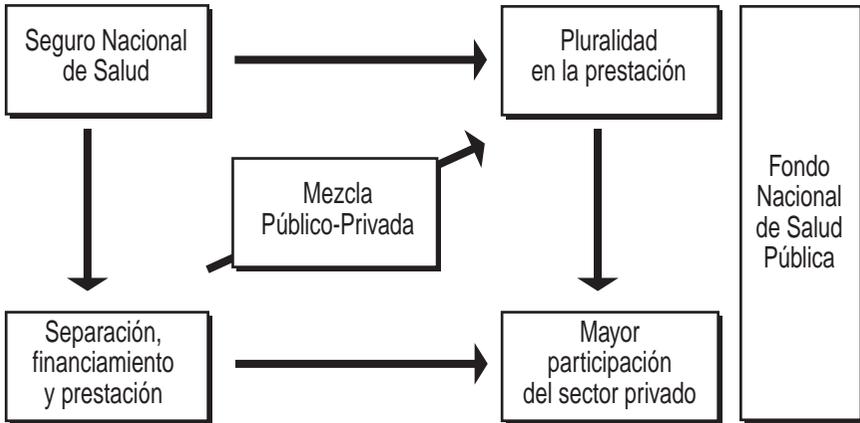
En este fondo nacional de salud se acomodarían los siguientes componentes: regulación sanitaria; atención primaria a la salud, sobre todo el paquete básico de salud; la protección al ambiente y la salud ambiental; la vigilancia epidemiológica; la información en salud; la investigación en salud; la formación de recursos humanos; asegurar la calidad en la producción de insumos, entre otros.

Las cinco estrategias mencionadas, como se ha dicho, son ahora posibles por las medidas anteriormente tomadas, particularmente la descentralización de los servicios de salud, la implantación del paquete básico de salud, la certificación de hospitales por parte de la SSA y la modernización del IMSS que, entre otras cuestiones incluye la creación del seguro de familia, la creación de las AMGD, la libre elección del usuario por el prestador de servicios. Las estrategias aquí sugeridas para continuar la reforma, se potencian entre sí pues el seguro nacional de salud favorece la separación del financiamiento y la prestación de los servicios y la pluralidad en la prestación y las dos últimas estimulan la mayor participación del sector privado. En todo caso, a lo que se aspira es a lograr una buena mezcla público-privada en el Sistema Nacional de Salud. (Figura 2)

Vale reiterar una recomendación, expresada desde hace casi veinticinco años, que haría avanzar, sustancialmente, la reforma del Sistema Nacional de Salud hacia su democratización: servicios con más equidad y más calidad y mayor protección financiera de los usuarios. Fue mencionada desde 1982 en los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, hecha explícita en el libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud* y plasmada en la Ley general de Salud: consolidar la función rectora de la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Salud.

La forma mas adecuada para brindar capacidad rectora a la SSA es darle las facultades para regir sobre los fondos federales desti-

Figura 2
**Relación entre las estrategias para avanzar
 hacia el Sistema Nacional de Salud**



nados a la atención de la salud de los derechohabientes y los no derechohabientes. La SSA como rector no sería ni recaudador de fondos, ni financiador, ni tampoco prestador de servicios de salud fuera de las intervenciones relacionadas con la salud pública. La propuesta de regir sobre los fondos federales para consolidar la función rectora de la SSA implicaría que todo financiamiento que provenga del gasto federal, independientemente de la población a que se destine, tenga el aval de la SSA con el fin de garantizar los incentivos adecuados para que el sistema sea solidario y que todos los mexicanos lleguen a ser derechohabientes de un único sistema de salud mexicano.

Para terminar, cabe mencionar que FUNSALUD, una institución privada integrada por empresarios motivados por coadyuvar en la solución de problemas sociales y por los investigadores y especialistas dedicados al estudio de la salud y del sistema de salud, traduce su interés en la reforma del Sistema de Salud de México en diferentes formas:

- Contribuye al debate sobre la salud (tanto en su vertiente pública como en la privada).
- Ofrece instrumentos y metodologías para describir opciones de políticas.
- Valora el costo-beneficio de diferentes intervenciones en salud, incluyendo políticas.
- Realiza investigaciones en el ámbito nacional e internacional sobre aspectos sociales y económicos de la reforma de los sistemas de salud, de las políticas que rigen sobre el sistema de salud y sobre la salud de la sociedad.
- Capta y difunde información en el ámbito nacional e internacional sobre las políticas de salud y la salud en general.

Reiteramos nuestro compromiso de continuar pugnando por un sistema de salud más equitativo, de mayor calidad y mayor eficiencia para elevar el nivel de salud de los mexicanos.

Anexo

JUAN RAMÓN DE LA FUENTE

RECTOR

*Dr. Guillermo Soberón
Presidente Ejecutivo de la Fundación
Mexicana para la Salud
Presente.*

Muy estimado Guillermo:

Escuché con atención tu presentación en la Academia Nacional de Medicina. La sesión, me parece, resultó interesante y fue oportuna, pues permitió hacer un balance de lo alcanzado hasta ahora y señalar algunas perspectivas a futuro.

Considero, así mismo oportuno, hacerte algunas consideraciones que pueden complementar la introducción al tema para su publicación, y que seguramente fueron omitidas por razones de tiempo y del formato mismo de la sesión.

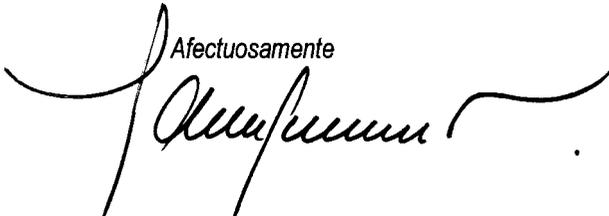
*La Reforma de 1995 surge fundamentalmente de la Facultad de Medicina de la UNAM. Durante los años previos, al revisarse los planes y programas de estudio tanto de la licenciatura como del posgrado, se hizo también una revisión exhaustiva del Sistema de Salud. Buena parte de esos planteamientos quedaron documentados en un pequeño libro, que seguramente conoces: **La Educación Médica y la Salud en México** publicada por Siglo XXI. Algunos de los planteamientos que ahí surgieron encontraron un complemento natural en las propuestas que en aquél entonces había formulado FUNSALUD. Que bueno que fue así, siempre he sido partidario de buscar que los esfuerzos que realizan diversos grupos sobre un tema común sean complementarios.*

Por otro lado, dentro de la misma Reforma de 1995 hubo acciones trascendentes que no fueron mencionadas y que son importantes para entender cabalmente las posibilidades de seguir profundizando en la misma. Tales como: la certificación obligatoria de los médicos especialistas y la expedición de la cédula

correspondiente con carácter legal, la creación de los indicadores de gestión -fundamentales para evaluar el desempeño del sistema- y que modificaron toda la estructura presupuestal de la Secretaría de Salud, el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables que implicó una compleja negociación con la industria, la cual quedó reflejada en los cambios que tuvo la Ley de Salud en 1997; el abatimiento del rezago salarial de médicos y enfermeras y la creación de 45 mil nuevas plazas (ahora hay de donde escoger médico), el desarrollo de estrategias conjuntas con el sector educativo que dieron lugar al PROGRESA, y el crecimiento del gasto federal en salud expresado en términos reales y como proporción del gasto programable, entre otros.

Para valorar las posibilidades reales y las dificultades que habrá que enfrentar para el eventual establecimiento de un seguro nacional de salud que es, sin duda, una magnífica idea, es necesario, pues, que el análisis retrospectivo refleje una panorámica más objetiva, si bien no de detalle sí de contornos claros, para que las propuestas de avanzar en la Reforma puedan realmente llevarse a la práctica.

Espero que estos comentarios sean de alguna utilidad en los esfuerzos que realiza la Fundación que presides y te reitero, como siempre, mi reconocimiento y mi gratitud personales y mi plena disposición de contribuir en la medida de mis modestas posibilidades, a seguir fortaleciendo el Sistema de Salud en nuestro país.

Afectuosamente


3 de mayo de 2001.

Consejo Directivo 2001-2003

PRESIDENTE

Antonio López de Silanes Pérez

VICEPRESIDENTES

Carlos Fernández González

Rubén Goldberg Javkin

Eugenio Minvielle Lagos

José Alfredo Santos Asseo

Olegario Vázquez Aldir

CONSEJEROS

Alfonso Álvarez Páramo, Antonio Ariza Alduncín, María Luisa Barrera de Serna, Juan Carlos Braniff Hierro, Isaac Chertorivski Shkoorman, Jaime Chico Pardo, Alfonso de Angoitia Noriega, Frank Devlyn, Pablo García Sainz, Francisco Garza Zambrano, Alejandro Galindo Acosta, Emilio González López, Carlos González Zavalegui, Carlos Hank Rhon, Flora Hernández Pons de Merino, Jorge Juraidini Rumilla, Alejandro Legorreta Chauvet, Alejandro Martínez Gallardo, Marina Matarazzo de Escandón, Alfredo Miguel Afif, Julio A. Millán Costabile, José Mora Hernández, Adrián Páez Martínez, José Represas Pérez, Xavier Reyes Ponce, Ricardo Rosenkranz Stein, Héctor Senosiain Aguilar, María del Carmen Servitje de Mariscal, Federico Terrazas y Alexander van Tienhoven.

CONSEJO DE EX-PRESIDENTES

Carlos Abedrop Dávila, Enrique Robinson Bours Almada, Pablo Escandón Cusi, Manuel Martínez Domínguez, Ernesto Rubio del Cueto, E. Guillermo Salas Peyró

GRUPO ASESOR INTERNACIONAL

Bernt Aasen, David Atkinson, Eduardo Cepeda, Heliodoro Díaz Cisneros, John S. Donnell, Guillermo Fernández, Karl Frei, Henri E. Jouval, Oliver Lafourcade, Luis Niño de Rivera, Gerhart Reuss, Alexander G. Van Tienhoven, Ernesto Warnholtz

PRESIDENCIA EJECUTIVA

Presidente Ejecutivo Guillermo Soberón

Coordinador General José Cuauhtémoc Valdés Olmedo

CONSEJO TÉCNICO ASESOR

Manuel Campuzano, Alejandro Cravioto, Roberto Kretschmer,
Ana Langer, Jaime Martuscelli Quintana, Adolfo Martínez Palomo, José R.
Narro Robles, Jaime Sepúlveda Amor, Julio Sotelo, Misael Uribe Esquivel

CENTRO DE ANÁLISIS ECONÓMICO Y SOCIAL (CASEsalud)

Directora Felicia Knaul
Coordinador Gustavo Nigenda

UNIDAD DE CONSULTORÍA

Director Gregorio Martínez Narváez

FONDO NESTLÉ PARA LA NUTRICIÓN HUMANA

Coordinador Pedro Arroyo Acevedo

INICIATIVA SIDALAC

Coordinador José Antonio Izazola Licea

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Coordinador Mariano García Viveros

CAPÍTULOS FORÁNEOS

JALISCIENSE

Presidente Víctor Sarquís Sadé
Coordinador Técnico Alfredo Fera Velasco
NUEVO LEÓN

Presidente Jaime M Benavides
Coordinador Técnico Hugo Barrera Saldaña

PENINSULAR

Presidente Fernando Ponce García
Coordinador Técnico Lizardo Vargas Ancona

PUEBLA

Presidente Rodolfo Budib Name
Coordinador Técnico Guillermo Ruiz Argüelles

SONORA

Presidente Enrique Mazón López †
Coordinador Técnico Abraham Katase Tanaka

ASOCIADOS FUNDADORES

Carlos Abedrop Dávila	Manuel Arango Arias
Alejandro Aboumrad Gabriel	Ignacio Aranguren Castiello
Rubén Aguilar Monteverde	Francisco Arroyo Chávez
Miguel Alemán Velasco	Emilio Azcárraga Milmo †
Ernesto Amtmann Obregón †	Alberto Bailleres González
Jerónimo Arango Arias	Guillermo Ballesteros Ibarra

José Barroso Chávez	José Madariaga Lomelín
Jaime M. Benavides	Gustavo Martínez Hüitrón
Gilberto Borja Navarrete	José Miguel Nader †
Enrique R Bours Almada	Juan E. Millet Cámara
Alfredo Brauer Bier	Mario Moreno †
Enrique Bremond Pellat	Romulo O'Farrill Jr.
Rodolfo Budib Name	Jalil Ocle Sarquis †
José Carral Escalante	Adolfo Patrón Luján
Pedro Cerisola Benvenuto	Arturo Peniche
Manuel Conde Palazuelos	Alejo Peralta †
Jaime P. Constantiner	Fernando Ponce García
Jorge A. Chapa Salazar	Eduardo Prieto López
Henry Davis Signoret	Abel Quezada Calderón †
Guillermo Elizondo Collard	Bernardo Quintana Isaac
Pablo Escandón Cusi	Gregorio Ramírez González
Manolo Fábregas †	Pedro Ramírez Vázquez
Alejandro Garza Lagüera	Carlos Eduardo Represas de Almeida
Eugenio Garza Lagüera	Adrian Sada González
Francisco Gómez Franco	Andrés Marcelo Sada
Antonio Gutiérrez Prieto	E. Guillermo Salas Peyró
Max Gutman Lischutz	Alberto Santos de Hoyos
Enrique Hernández Pons †	Alfredo Santos Mazal †
Eduardo Ibarrola S. †	Victor Sarquis Sadé
Moisés Itzkovich Sod	Jean Claude Savorir Vilboef
Claudio Lebrún	John P. Scott
Agustín F. Legorreta Chauvet	David Serur Edid
Eduardo Legorreta	Lorenzo Servitje Sendrá
Sandra López Benavides	Carlos Slim Helú
Antonio López de Silanes	Jaime Souza Galán
Antonio López de Silanes, Sr. †	Juan Suberville
Prudencio López Martínez	Jacobo Zaidenweber Cuilich
Nicolás Madahuar Cámara	Marcelo Zambrano Hellion

ASOCIADOS ACTIVOS

Carlos Álvarez Bermejillo	Hans Barschkis †
Alfonso Álvarez Páramo	Gonzalo Bautista O'Farrill
Ricardo Álvarez Tostado	Mario Ramón Beteta Monsalve
Jaime Alverde Goya	Juan Carlos Braniff Hierro
Antonio Ariza Alduncin	Jorge Braniff Suinaga
Antonio Ariza Cañadilla	Pablo Brener
Pedro Aspe Armella	Benito Bucay Faradji
Carlos F. Autrey Maza	Clemente Cabello
Gastón Azcárraga Andrade	José Carral Cuevas
Juan Ballesteros	Ramón X. Carreón Arias Maldonado
María Luisa Barrera de Serna	Giuseppe Castiglioni Bari
Rodolfo Barrera Villareal	José Antonio Cortina Suárez

Antonio Cosío Ariño	Mario Laborín Gómez
Eduardo Cué Moran	Victor Lachica Bravo
Antonio Chedraui Obeso	Fernando Pedro Landeros Verdugo
Isaac Chertorivski Shkooman	Germán Larrea
Jaime Chico Pardo	Alejandro Legorreta Chauvet
Alfonso de Angoitia Noriega	Jaime Lomelín Guillén
Alonso de Garay Gutiérrez	Gastón Luken Aguilar
Frank J. Devlyn	Luis Maldonado Palomares
Jorge Dipp Murad	Nicolás Mariscal Toroella
Soumaya Domit de Slim †	Manuel Martínez Domínguez
Michel Domit Gemayel	Alejandro Martínez Gallardo
Javier Elguea Solís	Marina Matarazzo de Escandón
María Eugenia Espinosa de López	Leonardo M. Mayer
de Silanes	Enrique Mazón López †
Amparo Espinosa Rugarcía	José Mendoza Fernández
Rafael Fajer García	Alfredo Miguel Afif
Carlos Fernández González	Julio A. Millán Costabile
Alejandro Galindo Acosta	Eugenio Minvielle Lagos
Juan Gallardo	José Mora Hernández
Silvio García Patto	Consuelo Morales de Tellez
Pablo García Saínz	Raúl Muñoz Leos
Dionisio Garza Medina	Mario Padilla Nicolín
Bernardo Garza Sada	Adrián Paez Martínez
Francisco Garza Zambrano	Federico Patiño Márquez
Rubén Goldberg Javkin	Juan Antonio Pérez Simón
Emilio González López	José Carlos Pérez y Pérez
Roberto González Barrera	Hans C. Philippi
Claudio X. González Laporte	Pedro Pinson Edelen
Antonio González Mendoza	Juan Portugal Orozco Gómez
Carlos González Nova	Peter Rainartz
Guillermo González Nova	Luis Regordosa
Carlos González Zavalegui	José Represas Pérez
Xavier González Zirón	Xavier Reyes Ponce
Ricardo Guajardo Touché	Carlos Roel Schreurs
Rodrigo Guerra Botello	Carlos Rojas
José Luis Guerrero Álvarez	Enrique Rojas †
Antonio Gutiérrez Cortina †	Alfonso Romo Garza
Marita Gutiérrez de Vértiz	Jorge Rosenkranz Weinr
Julio Gutiérrez Trujillo	Ricardo Rosenkranz Stein
Erick Hagsater Gartenberg	Ernesto Rubio del Cueto
Carlos Hank Rhon	Víctor Rubira Núñez
Alfredo Harp Helú	Guillermo Ruiz Reyes
Ignacio Hernández Álvarez	Manuel Saba Ades
Flora Hernández Pons de Merino	Carlos Sánchez Navarro
Miguel Jáuregui Rojas	Juan Sánchez Navarro Redo
Arturo Jiménez Bayardo	José Alfredo Santos Asseo
Jorge Juraidini Rumilla	Fernando Senderos Mestre

Héctor Senosiain Aguilar	Misael Uribe Esquivel
Clemente Serna Alvear	Oscar Uribe de la Sierra
María del Carmen Servitje	Alexander G. van Tienhoven
Saturnino Suárez Fernández	Olegario Vázquez Aldir
Ignacio Sunderland Méndez	Luis Velasco Mancera
Federico Terrazas Torrez	Marcela Woodworth de Madariaga
	Iván Zurita

ASOCIADOS HONORARIOS

Rubén Aguilar Monteverde	Harvey Fineberg
Norman Bourlaug	Carlyle Guerra de Macedo
Jaime P. Costantiner	David A. Hamburg
Ramón de la Fuente Muñiz	Abraham Horwitz †
Miguel de la Madrid Hurtado	Salvador Zubirán Anchondo †

ASOCIADOS INSTITUCIONALES

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
 Caterpillar Inc.
 Cervecería Cuauhtémoc-Moctezuma, SA de CV
 Compañía Nestlé México, SA de CV
 Consupharma, SA de CV
 Empresas ICA Sociedad Controladora SA de CV
 Fundación GlaxoSmithKline
 General Motors
 Grupo Araman, SA de CV
 Grupo CEMEX México, SA de CV
 Grupo Empresarial Olmeca, SA de CV
 Grupo Industrial Bacardí de México, SA de CV
 Grupo Salas, SA de CV
 Hospital Angeles del Pedregal, SA de CV
 Hospital Metropolitano, SA de CV
 Hospitales Nacionales, SA de CV
 Laboratorios Bayer de México SA
 Laboratorios Columbia, SA de CV
 Laboratorios Liomont, SA
 Laboratorios Sanfer, SA
 Laboratorios Silanes, SA de CV
 Laboratorios Wyeth, SA de CV
 Merck Sharp and Dome, SA de CV
 Meximed, SA de CV Ven-Salud
 NADRO, SA de CV
 Procter and Gamble de México, SA
 Sistema de Transporte Colectivo Metro
 Televisa, SA de CV

LA REFORMA DE LA SALUD EN MÉXICO
número 18 de la serie Economía y Salud.
Documentos para el Análisis y la Convergencia,
se terminó de imprimir en el mes
de octubre de 2001 en *Grafía* editores.
La edición consta de 1,000 ejemplares y estuvo a cargo
de José Cuauhtémoc Valdés Olmedo.