

## Salud pública

# Las nuevas prioridades de los servicios de salud<sup>1</sup>

José Narro Robles<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ponencia presentada durante una sesión de la Academia Nacional de Medicina el pasado 10 de febrero de 1999 que, por su importancia y actualidad se publica íntegra

<sup>2</sup> Exsubsecretario de la SSA. Coordinación de la Reforma Universitaria, UNAM

Las transformaciones y cambios sociales exigen, a quienes temporalmente asumen responsabilidades públicas, reflexionar continuamente sobre la materia de su trabajo para perfilar acciones y políticas futuras. Para tal propósito se dividirá esta presentación en tres partes, en la primera se ubicará el papel que la salud ha tenido en los últimos años; en la segunda se perfilarán los retos y desafíos que en el futuro cercano tendrán que enfrentarse; y en la tercera se definirán algunos lineamientos de política necesarios para consolidar los avances obtenidos y para contender con las nuevas prioridades de los servicios de salud.

### Los cambios en México y el mundo

Al finalizar el siglo, México vive un fin de época, más allá de lo cronológico, pues entraña una transformación: los cambios se engloban en el concepto de globalización, que resume la tendencia a que todo el planeta se convierta en un solo mercado financiero y comercial, acelerado por la revolución tecnológica y el inusitado avance de las comunicaciones. Este fenómeno, que es a la vez económico, social y político, ha hecho que aumente la interdependencia de los países y se relativicen sus antiguas fronteras.

Los efectos son diversos, algunos positivos y otros no tanto. Entre los positivos hay que destacar la consolidación de los regímenes democráticos, el resurgimiento del espíritu federalista de muchas naciones y el paso del anterior antagonismo de la sociedad civil contra el Estado a una nueva etapa de colaboración constructiva en actividades que, en última instancia, benefician al ciudadano común. Entre los negativos, no puede dejar de mencionarse la vulnerabilidad de las naciones pequeñas ante el inmenso poderío del capital financiero supranacional. A manera de ejemplo baste señalar la "globalización" de la información que, junto a su infinita gama de beneficios, también trae consigo la promoción de la violencia y la deshumanización ante el dolor ajeno.

La eventualidad de que el avance tecnológico, pueda alterar el sentido ético y humano de nuestra profesión es obvia; los adelantos en la tecnología médica, han aumentado las posibilidades para resolver problemas de salud, pero también pueden propiciar la despersonalización de la práctica médica.<sup>1</sup> Por difícil que resulte, no debe permitirse que se pierda la riqueza humana, la confianza en que se sustenta la relación médico-

paciente, que ya se ha visto alterada por la expansión de los servicios públicos de salud, lo cual está justificado, pero si se consideran adelantos como la cirugía a distancia, se comprende que se hable de deshumanización de la práctica médica.<sup>2</sup>

Si bien es cierto que las condiciones sociales actuales imponen la necesidad de que los servicios públicos de salud adopten un enfoque poblacional y preventivo, más que un enfoque de atención individualizada, también lo es que debemos pugnar porque se respeten los derechos de los pacientes y por preservar, hasta donde sea posible, las relaciones de confianza y respeto.

Al conjunto de transformaciones que en México se han experimentado desde hace varios años se les llama genéricamente transiciones. Las transiciones económicas, sociales, políticas, educativas, culturales, demográficas e incluso epidemiológicas, son muestra de los cambios profundos que como sociedad vivimos. Los cambios sin embargo, no suelen ser instantáneos; son procesos paulatinos e ininterrumpidos, que bajo ciertas circunstancias, condiciones o coyunturas, dan origen a nuevas etapas.

### La acción del gobierno en el proceso de cambio

El Estado Mexicano, se ha reformado para responder a las condiciones de una nueva realidad y sus circunstancias. Se han realizado ajustes en todos los órdenes de la acción gubernamental que no han mermado su compromiso social ni lo han apartado de su obligación constitucional de llevar a cabo una política de beneficio para toda la población, especialmente para los más desprotegidos. Los cambios realizados son instrumentos de acción afinados con el propósito de cumplir mejor sus fines de propiciar la equidad social. Pero para tener resultados satisfactorios y permanentes exigen la puesta en juego de todos los recursos institucionales tanto del Estado como de la sociedad que requieren nuevas prácticas administrativas y otra manera de hacer política.

Muestra de ello es la operación del PROGRESA, en el cual la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de poner en práctica acciones para beneficiar la salud de la población más desprotegida, dirige sus acciones a los núcleos familiares más que a los individuos. La familia por sus características estructurales en las zonas marginadas, constituye un elemento estratégico para mejorar las condiciones de vida de los que menos tienen.

## La salud como elemento prioritario de la política social

La salud ocupa un lugar preponderante dentro de la política social del gobierno. La Reforma del Sector Salud pretende responder de la manera más adecuada a los retos demográficos y epidemiológicos del país, hacer más eficiente el proceso de la toma de decisiones, mejorar la calidad de los servicios, y contrarrestar la profunda desigualdad social que persiste entre los individuos y entre las regiones de la nación.

La reorganización del sistema nacional de salud ha buscado hacer efectivo, el Derecho a la Protección de la Salud de todos los mexicanos: sin dejar de atender problemas de salud específicos o de determinados grupos sociales, intenta, convertir en realidad el anhelo de que los servicios de salud tengan una cobertura universal; es decir, que ningún mexicano, sin importar sus posibilidades económicas, carezca de la posibilidad de acceder a algún tipo de servicio de salud.

El *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000* no partió de cero. Se elaboró a partir de diagnósticos serios y actualizados de las condiciones de salud de la población, del reconocimiento de exitosos cambios y avances del último cuarto del siglo, especialmente en la década pasada. Nada más nocivo para el desarrollo armónico de un país que cada nuevo gobierno quiera reinventar al país.

## Las prioridades

La realidad social no cambia por decreto. No bastan buenos planes de gobierno para que el estado de las cosas se modifique, ni siquiera es suficiente definir de manera acertada los problemas a resolver, lo cual desde luego es fundamental; hay que llegar a la implementación de las acciones. Una mala implementación puede dar al traste con las políticas mejor definidas; lo mismo que una buena implementación de políticas mal definidas puede conducir a resultados no deseados. El *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, bajo la administración del Dr. Juan Ramón de la Fuente, estableció un certero diagnóstico y logró una adecuada implementación de las políticas con el concurso de médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo, tanto de la Secretaría de Salud, como los de las instituciones de seguridad social y los que trabajan para los estados de la república. Estos avances no hubieran sido posibles sin la dotación de recursos financieros: el presupuesto de la Secretaría de Salud se incrementó, en términos reales, en 71.2% entre 1995 y 1999.

Los ejes centrales fueron:

- La efectiva descentralización de los servicios de salud a población abierta en todas las entidades de la República.
- La búsqueda de la cobertura universal mediante programas de extensión de cobertura.
- El impulso a la participación de las comunidades y las autoridades municipales, en la solución de los problemas más urgentes e inmediatos.

- El replanteamiento del modelo de atención a la salud de la población no derechohabiente, priorizando las acciones preventivas e integrales pero sin descuidar su equilibrio con las curativas y las de rehabilitación.
- Igualmente importantes han sido las acciones para mejorar la calidad de los servicios mediante la creación de estímulos al personal que labora en el sector salud.

*El Modelo de Atención a la Población Abierta*, de 1995 se enfrentó primero a problemas de heterogeneidad y carencia de uniformidad que dificultaba la organización y el control de los servicios. El perfeccionamiento se inició con la delimitación de las responsabilidades de cada nivel de gobierno, de cada unidad responsable o de cada unidad médica, para llevar a cabo la descentralización completa de los servicios. Sin este instrumento rector, donde cada parte del sistema de salud sabe exactamente cuáles son sus responsabilidades y competencias, la descentralización no hubiera tenido el éxito que ha logrado. El modelo, sin embargo, no es una herramienta rígida; ha tenido la flexibilidad suficiente para que cada entidad federativa lo adapte a sus características particulares y formule o actualice sus propios *Modelos Estatales de Salud*.

- **Extensión de la cobertura.** Al inicio de la presente administración 10 millones de mexicanos no tenían servicio regular de salud. De no haberse hecho nada el crecimiento poblacional hubiera llevado las cifras 10.9 en el 2000. Con las acciones desarrolladas por los programas de la SSA, SEDESOL y algunos programas estatales, ya en 1998 se habían logrado reducir a 2.7 millones las personas sin acceso a servicios regulares de salud cifra que se espera disminuir a 700,000 en el 2000.
- **Descentralización.** Se han descentralizado los recursos y la operación completa de los servicios de salud en todas las entidades de la república, para lo cual se creó, en cada estado, un Organismo Público Descentralizado, que permiten la autonomía de gestión. Para ello, entre otras cosas, se homologó a 22,461 trabajadores estatales y la federación transfirió a los estados 121,093 plazas; también se transfirieron 7,399 inmuebles de la SSA a las entidades federativas. El proceso culminó con el Decreto de Desincorporación a través de la suscripción de los contratos de donación correspondientes. Cabe aclarar que, en lo que respecta a los recursos financieros, en 1999 los estados ejercieron, directamente, el 70.1% del presupuesto total del sector salud destinado a la atención de la población no derechohabiente.
- **Participación municipal.** Casi la mitad de los municipios del país participan en programas para el mejoramiento de la salud de sus comunidades. Con el Programa Municipios Saludables se han logrado establecer compromisos entre el gobierno y la sociedad para mejorar las condiciones locales de salud, para establecer redes de

apoyo entre las comunidades y las instancias de gobierno y para expandir los recursos de las comunidades. Con este programa se ha avanzado en la optimización de los recursos institucionales del Estado y se ha consolidado la participación comunitaria, misma que cuenta con un mecanismo abierto y participativo a través de cerca de 22 mil Comités de Salud.

- **Modelo de Atención.** Todas las entidades de la federación cuentan ya con su propio modelo de atención a la salud. Siguiendo un modelo nacional, cada estado ha elaborado y puesto en práctica uno acorde a sus necesidades.
- **Desarrollo de la infraestructura.** En 1990 existían en el país 9,848 unidades médicas, de las cuales el 97% eran para la consulta externa y el 3% para la hospitalización. Para 1998 había, en cifras aproximadas, 13,345 unidades médicas, es decir, 35.5% más que al inicio de la década. De las unidades médicas nuevas, la mayoría pertenecen a la SSA. En el mismo período la SSA amplió en 35% sus camas hospitalarias censables y en 92.4% sus quirófanos. Todavía en 1999, se debían poner en servicio 259 unidades de salud de primer nivel, 14 hospitales rurales, un hospital general, tres hospitales de especialidad y dos laboratorios estatales de salud pública.
- **Crecimiento de los recursos humanos.** El número de médicos y enfermeras también ha tenido un incremento significativo. En 1990 existían en el país 220,462 plazas de las cuales el 35% estaban asignadas a la atención de la población abierta y el resto a la de derechohabientes. Para 1998 se tenían 291,834 plazas de médicos y enfermeras, de las cuales, el 42% atendía población abierta, y el resto a la población derechohabiente.
- **Productividad de los servicios.** Para el año 2000, en materia de servicios se esperaba: a) Incrementar de 2.3 a 3.4 el promedio de consultas prenatales; b) en 32% la proporción de nacimientos atendidos en unidades médicas; c) en 23% el índice de usuarias de métodos de planificación familiar; d) incremento de 10.9 a 14.7 las consultas por médico en el primer nivel de atención; e) en ocupación hospitalaria aumento del 58.8 al 74.0% de ocupación; f) reducir la mortalidad hospitalaria en 16% y el promedio diario de intervenciones de 1.68 a 2.79.
- **Mejoría de la calidad de los servicios y de las condiciones de trabajo del personal.** Uno de los aspectos que ha preocupado profundamente a la administración del Dr. De la Fuente en la SSA se refirió a la calidad de los servicios. En 1999 la estrategia central se dirigió a la certificación de hospitales y el impulso al *Programa de Estímulos para la Superación Profesional* en beneficio a 17,200 enfermeras; 6,500 médicos y odontólogos; de 320 investigadores y 7,500 trabajadoras de la salud que laboran en zonas rurales remotas.
- **Brechas, rezagos y pendientes en materia de salud.** Varios son los indicadores con los que se podrían mostrar los avances que el país ha tenido en materia de salud entre

1994 y 1998, pero uno que representa las condiciones generales de salud de la población es la esperanza de vida al nacimiento. En estos años los hombres de nuestro país han ganado 1.25 años en su esperanza de vida y las mujeres 1.18. No obstante los avances logrados y las perspectivas optimistas para seguir haciéndolo, hay que reconocer que todavía existen problemas que se deben resolver. Los servicios de salud deben readaptarse continuamente, para responder al crecimiento y características del crecimiento demográfico del país, para contender con los cambios epidemiológicos y para aliviar las carencias, desigualdades e ineficiencias que persisten.

### Los desafíos para los servicios de salud

Los cambios que el sistema de salud ha experimentado en los últimos años y sus efectos en el corto plazo, se han expresado en mejores niveles de salud de la población y mejores servicios a quienes no tienen acceso a la seguridad social. Empero, siguen existiendo carencias y grandes retos a vencer para seguir avanzando, entre ellos:

### Los determinados por el rezago histórico

Los servicios de salud deben adecuarse a las nuevas realidades. Sin embargo, las modificaciones estructurales de nuestra población y de nuestro perfil epidemiológico de ninguna manera significan que las enfermedades de la pobreza dejen de ser un problema, ni que la población no siga siendo predominantemente joven.

A pesar de que las brechas sociales en salud se han ido cerrando, todavía hay mucho que avanzar. Insistiendo en el indicador de la *esperanza de vida al nacimiento*, según datos del Consejo Nacional de Población, en la primera mitad de la década de los cincuenta la vida media de un hombre del Distrito Federal era de 57.3 años mientras que la de uno de Oaxaca (que era la entidad con menores cifras de esperanza de vida, ahora es Chiapas) era de 43.7 años. Si aceptamos la validez de este indicador, resulta claro que en aquellas entidades donde anteriormente había mayores niveles de mortalidad es donde se han logrado mayores ganancias en la esperanza de vida, especialmente entre la población infantil y las mujeres.

Las brechas sociales en salud, sin duda, han ido disminuyendo pero todavía existen desigualdades que deben abatirse, lo que resulta cada vez más difícil: alcanzar niveles adicionales constituye un reto cada vez mayor para los servicios de salud. El envejecimiento de la población y los nuevos perfiles epidemiológicos ciertamente obligan a poner más atención a problemas emergentes, pero los problemas nuevos no sustituyen a los anteriores, simplemente los hacen de más compleja solución. A estos retos se enfrentan los servicios de salud que en los años que vienen debe seguir proporcionado el Estado mexicano.

### **Los determinados por la organización tradicional de los servicios**

Las instituciones de salud pública en nuestro país fueron creadas sin que existiera, en realidad, una idea más o menos clara de lo que ahora entendemos por sistema. Las condiciones sociales, económicas y políticas del país, sus diversos momentos históricos, los diferentes estilos de gobierno, o las concepciones prevalecientes en torno a la política social, dieron como resultado la conformación de un sistema de salud pública segmentado, con una coordinación insuficiente y, además, fuertemente centralizado.

Sin dejar de reconocer los grandes avances logrados en materia de salud aun con un sistema de salud así organizado, en las condiciones actuales del país se ha reconocido su obsolescencia. Justamente por eso se han llevado a cabo profundas reformas para adecuarlo a las actuales necesidades sociales. Garantizar que las reformas se continúen desarrollando, profundizando, consolidando, es otro de los desafíos para los servicios de salud.

### **Los determinados por el propio proceso de reforma**

Un aspecto que cabe destacar de la actual reforma del sector salud es el hecho de que se han fortalecido las capacidades y la autonomía de las entidades federativas para que otorguen, sin intermediarios, mejores servicios a su población. El nuevo esquema federalista que la descentralización ha favorecido obliga a repensar las prioridades entre los retos futuros, sobre todo considerando que el nuevo papel de la Secretaría de Salud es el de generar las políticas nacionales y supervisar en forma global los servicios que se prestan en las instituciones públicas y en las entidades federativas.

En este contexto, el gran reto consiste en garantizar que toda la población mexicana cuente con un piso básico de servicios de salud, lo cual implica la existencia de servicios mínimos homogéneos para todos. A partir de ese piso básico cada estado debe construir un modelo de atención adecuado a sus particularidades y características sociales, demográficas o epidemiológicas. Pero si no se olvida que somos un país con grandes carencias y agudas desigualdades, se requieren mecanismos para optimizar los recursos, siempre escasos frente a las necesidades, y compensar a quienes menos tienen; es esto lo que se ha intentado en estos últimos cuatro años.

### **Líneas de acción para contender con los desafíos**

En opinión del autor, los servicios públicos de salud para la población abierta deberán ser organizados bajo una política que consolide plenamente un sistema nacional de salud descentralizado, que reafirme la idea y que siga respondiendo:

- Al imperativo de adecuarse al marco de una república donde

cada orden de gobierno tienen sus propias facultades, atribuciones y responsabilidades;

- A la necesidad de promover y facilitar el acceso igualitario a los servicios;
- A la obligación, también republicana, de que la federación continúe teniendo, como hasta ahora, la posibilidad de propiciar, entre los individuos y entre las regiones, la compensación social y la equidad en salud de quienes menos tienen;
- Y al ineludible compromiso de prever y anticipar los requerimientos que implican los cambios demográficos y los nuevos perfiles epidemiológicos que se han ido configurando en el país.

Sin más intención que propiciar la discusión se proponen los siguientes lineamientos:

### **Para la organización de los servicios**

- Los servicios de salud deben dar atención integral, continua, individual y colectiva, y deben ser regionales.
- Un sistema regionalizado de servicios de salud, con recursos estatales y federales, que involucre más a los municipios y a las comunidades y propicie una operación eficiente y de calidad.
- Los servicios de salud deben evitar especializarse al grado de aislarse de otros programas sociales; en la medida de lo posible, deben ser integrados con otros programas que incidan en la salud de la población.
- Para que los servicios de salud respondan al establecimiento de subsistemas locales, estatales y regionales de salud, su organización deberá continuar propiciando la cobertura universal, seguir evitando la duplicación y buscar que la atención sea integral, preventiva y diseñada para atender especialmente a cada grupo de edad.
- La creación de subsistemas de salud implica el desarrollo de una infraestructura adecuada a la escala y necesidades de cada región.
- De acuerdo a los requerimientos regionales y para optimizar su utilización, deben reorganizarse los servicios del segundo nivel. Los hospitales deben ser más flexibles, quizás más pequeños pero suficientes en su capacidad resolutive.
- El tercer nivel de atención también podría ser regionalizado de conformidad con las problemáticas de salud locales, con esquemas de coordinación interestatal e interinstitucional capaces de generar y diversificar sus fuentes de financiamiento.
- El equilibrio que debe existir entre las acciones preventivas y curativas requiere perfeccionar los mecanismos para conocer las necesidades de la población. Para ello, dentro de los esquemas planificadores, deben cuidarse el mejora-

miento y la actualización continua de los *Indicadores de Resultados*.

- Debe instrumentarse un sistema de evaluación permanente de las condiciones en que operan todos los servicios públicos de salud; un sistema que permita a la Secretaría de Salud seguir cumpliendo, bajo el esquema de la descentralización, con su papel normativo. El actual *Sistema de Información Estratégica* puede afinarse para que funcione como un mecanismo de alarma y de previsión.

### Para la formación de los recursos humanos

- Hay que poner especial atención a la formación de recursos humanos para la salud. Actualmente, según estimaciones, hay un médico por cada 767 habitantes y 17 enfermeras por médico. Para mantener la misma proporción de médicos por habitante deben formarse 44 mil médicos adicionales para el año 2030 y, para aumentar la proporción de enfermeras por médico a 3, que es la recomendación internacional, hay que formar, para el mismo año a 293 mil nuevas enfermeras.
- Actualmente todos los estados de la república cuentan con *Comités Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos en Salud*. Es conveniente promover que optimicen sus actividades de planeación para que la formación de recursos humanos responda a las necesidades regionales.
- Deben buscarse mecanismos para que las instituciones de educación superior y las de salud, con el debido respeto a sus ámbitos de responsabilidad, encuentren formas adecuadas para controlar, evaluar y definir los *currícula* de la formación de personal para la salud.
- La necesidad creciente de contender con las enfermedades crónico-degenerativas, con las derivadas de las distintas adicciones, con los problemas de salud mental, debe alertarnos a promover la formación de médicos clínico-preventivos, capaces de promover el autocuidado de la salud.
- Las medidas adoptadas por este gobierno para promover la profesionalización y la dignificación de las enfermeras deben ser continuadas.

### Para afianzar la actual Reforma del Sector Salud

- Consolidar y afianzar el papel regulador de la Secretaría de Salud, sobre todo en su papel normativo y coordinador de los esfuerzos federales y estatales.
- Cuidar que el proceso descentralizador, sin desmedro de la soberanía de los estados, no impida la formación de un verdadero sistema nacional de salud, coordinado por la federación. Un sistema territorialmente organizado con subsistemas de salud locales y regionales, donde los municipios y las comunidades participen activa y permanentemente.

- La descentralización debe ser seguida de un proceso de desconcentración de la toma de decisiones. Los órganos de operación cotidiana, particularmente las jurisdicciones y los hospitales, deben tener facultades para tomar, en un marco regulatorio general, las decisiones locales adecuadas.
- La descentralización ha sido cuidada con adecuados instrumentos de evaluación, pero debe ser complementada con el estímulo para la creación de habilidades gerenciales entre el personal que opera los servicios estatales de salud.
- Dados los satisfactorios, aunque perfectibles, resultados de la descentralización de los servicios para la población abierta, las instituciones de seguridad social deben avanzar en su propio sistema de servicios estatales de salud.
- Todas las instituciones de salud pública deben reforzar sus mecanismos para diversificar las fuentes de financiamiento y la provisión de los servicios con el objetivo de ampliar los alcances de la política de salud.
- Es necesario estimular a los niveles de gobierno estatal y municipal para que incrementen su participación en el financiamiento de los servicios.
- Las instituciones de seguridad social, pero también las que atienden a la población abierta, pueden introducir esquemas de recompensa al personal médico basados en la preferencia de los usuarios. Es de elemental principio democrático reconocer la diversidad de las capacidades y la libertad de elección, al menos en el primer nivel de atención.
- Un esquema basado en la libertad de elección de los usuarios debe ser balanceado con una mayor libertad de parte de los médicos para organizar su trabajo. El exceso de regulación de la actividad médica favorece la burocratización y limita las potencialidades de la profesión. Los marcos reglamentarios generales no deben inhibir la libertad de los médicos para decidir.
- La flexibilización en la reglamentación de la actividad médica, combinada con la libertad de los usuarios para elegir a los médicos, puede ayudar a restablecer la confianza que en la medicina institucionalizada se ha perdido en la relación médico-paciente

Para finalizar no puedo dejar de reiterar que, sin duda, mucho es lo que en los últimos años el país ha avanzado en materia de salud. Quedan, sin embargo, algunas asignaturas pendientes que habrá que impulsar y tratar de concluir, tales como la elección del prestador de los servicios, la diversificación de los organismos financieros y los prestadores de servicios, y los estímulos a la competitividad. No cabe la menor duda que el proceso de cambio tiende a consolidarse con la participación de los profesionales de la salud y nuestras organizaciones académicas.