

La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria

Luis Durán-Arenas*, Guillermo Salinas-Escudero, Víctor Granados-García y Silvia Martínez-Valverde
División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Resumen

En México el acceso a los servicios de salud, a diferencia de los países desarrollados, es un determinante social básico de la salud. La demanda de servicios de salud se concentra en la atención primaria, pero el diseño reúne la oferta de servicios en la atención hospitalaria, lo que genera disonancia entre las necesidades y el diseño vigente de los servicios de salud.

Tanto para la seguridad social (SS) como en el Seguro Popular (SP), afiliación se refiere a la población cotizante o que por reclutamiento han sido contados como afiliados a estas instituciones. En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tres de cada cuatro derechohabientes están en contacto con los servicios de salud, mientras que en el SP este indicador no existe. Más aún, las brechas en materia de acceso a los servicios de salud se expresan en paquetes de atención, por lo que los afiliados a la SS y el SP no tienen el mismo tipo de cobertura. La pregunta sería: ¿cuál es el modelo de atención del sistema de salud que queremos los mexicanos?

La atención primaria representa la primera opción para que los sistemas de salud cumplan su función de protección social al desempeñar un papel central en el diseño de políticas: acceso universal y cobertura según la necesidad. Un aspecto central es la definición del primer contacto con el servicio de salud a través de la conformación de un equipo de atención primaria, liderado por el médico de cabecera como líder de un equipo multidisciplinario de salud. La propuesta plantea conceptos de enfermería, recepción/secretaría, consumos de bienes (principalmente medicamentos), mantenimiento y servicios generales.

Adoptar una estrategia integral que beneficie a todos los mexicanos por igual y sin distingos se podría financiar con un costo de operación total aproximado de \$ 22,809 millones anuales.

PALABRAS CLAVE: Seguro Popular. Seguridad social universal. Atención primaria. Médico de cabecera.

Abstract

Access to health services is a social basic determinant of health in Mexico unlike what happens in developed countries. The demand for health services is focused on primary care, but the design meets only the supply of hospital care services. So it generates a dissonance between the needs and the effective design of health services.

In addition, the term affiliation refers to population contributing or in the recruitment process, that has been counted as members of these social security institutions (SS) and Popular Insurance (SP). In the case of Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) three of four contributors are in contact with health services; while in the SP, this indicator does not exist. Moreover, the access gap between health services is found in the health care packages so that members of the SS and SP do not have same type of coverage. The question is: which model of health care system want the Mexicans?

Primary care represents the first choice for increasing the health systems performance, as well as to fulfill their function of social protection: universal access and coverage based in needs, regardless whether it is a public or private health insurance. A central aspect for development of this component is the definition of the first contact with the health system through the creation of a primary health care team, led by a general practitioner as the responsible of a multidisciplinary

Correspondencia:

*Luis Durán-Arenas
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria
Col. Copilco, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.
E-mail: lduranarenas@gmail.com

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

Fecha de aceptación: 28-09-2012

health team. The proposal addresses the concepts of primary care nursing, consumption of inputs (mainly medical drugs), maintenance and general services.

Adopting a comprehensive strategy that will benefit all Mexicans equally and without discrimination, this primary care system could be financed with a total operating cost of approximately \$ 22,809 million by year.

KEY WORDS: *Popular Insurance. Universal social security. Primary care. General practitioner.*

Introducción

En México el acceso a los servicios de salud, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, es un determinante social básico de la salud, no intermedio. Ello porque, a diferencia de los países europeos, en nuestro país aún no hemos alcanzado la cobertura universal de los servicios de salud. En México existe una marcada desigualdad en el acceso, pero no solo eso, sino grandes desigualdades en el tipo de servicios cubiertos y en la calidad de los servicios de salud de los que dispone la población.

Aún más, en la SS se conoce claramente que para lograr la cobertura no es suficiente con financiamiento para la operación, es necesario construir la infraestructura (edificios, equipos tecnológicos y personal) necesaria en los diferentes niveles de atención para garantizar la entrega de servicios.

En breve la cuestión principal para el sector salud es: ¿cuál es el sistema de salud que queremos los mexicanos?

Diagnóstico de la situación: problemas y desafíos

La demanda de servicios de salud de la población mexicana se concentra en la atención primaria, pero el diseño del propio sistema de salud concentra la oferta de servicios en la atención hospitalaria, en particular de tercer nivel. Existe, así, una disonancia entre las necesidades de la población y el diseño vigente de los servicios de salud. En este sentido, se plantea la discusión de la diferencia entre afiliación y cobertura de servicios.

Tanto en la SS como en el SP, afiliación se refiere a la población que por cotización o por reclutamiento han sido contados como afiliados a estas instituciones. Una cosa distinta es si esta población está cubierta por servicios de salud de acuerdo con sus necesidades. En el caso del IMSS se cuenta con una estimación de la población cubierta con el indicador: población adscrita a médico de familia. En el año 2008

esta ascendía a casi 37 millones de derechohabientes (Secretaría de Salud [SSA], 2009). La cobertura del IMSS se desprende de la formula: $(\text{población adscrita a médico de familia})/(\text{población estimada de derechohabientes}) \times 100 = 75\%$. Esto es, tres de cada cuatro derechohabientes están efectivamente en contacto con los servicios de salud del IMSS. En el caso del SP no existe este indicador de población adscrita a un médico, por lo que no es factible estimar directamente la población en contacto con los servicios médicos, por lo tanto cubierta.

Otra característica relevante es la heterogeneidad existente entre entidades federativas y al interior de ellas en la disposición de unidades médicas y personal médico para los habitantes de dichos estados. El análisis de los sistemas de salud se ha orientado en general a los procesos del sistema más que al contenido del sistema. Dicha perspectiva asume que las metas del sistema de salud están en sintonía con el contenido del sistema, por lo que la atención se dirige a los procesos rutinarios para el trabajo de los sistemas de salud y no a la congruencia entre las metas del sistema (la salud es un derecho para todos en México) y el contenido del sistema (su estructura, organización, políticas y programas)¹.

Este es el caso de la meta de igualdad en el sistema de salud, escrita en la declaración de la salud como un derecho de los mexicanos². Por lo tanto, para abordar la desigualdad, la pregunta central debe ser: ¿la estructura y organización del sistema de salud (su contenido) están enfocados a la consecución de un mayor nivel de igualdad entre los mexicanos?

El primer y más general aspecto de la desigualdad en acceso es la disponibilidad de recursos humanos para la salud. La variabilidad en números absolutos es drástica: mientras existen entre 2,000-5,000 médicos en municipios y delegaciones de las ciudades más importantes del país, en zonas menos desarrolladas llega a haber un médico en todo el municipio. El lugar con más médicos/1,000 habitantes es la delegación Cuauhtémoc (Ciudad de México) con 8.4, y el lugar con menos médicos es el municipio de Teotlalco, Puebla, con 0.33 médicos/1,000 habitantes.

Existen múltiples deficiencias de las limitaciones estructurales en los sistemas estatales de salud que ofrecen servicios a la población del SP. Tal vez el indicador más dramático es que a estas comunidades las atienden 8,500 pasantes en servicio social de medicina. Si el SP quiere ofrecer verdaderamente una solución a los problemas de salud de las poblaciones más desaventajadas, no lo puede hacer con un personal en formación, que recibe un salario insuficiente (2,500 pesos mensuales) y en condiciones de falta de organización y de estructuras de apoyo deficientes.

Las brechas en materia de acceso a los servicios de salud se expresan, asimismo, en los paquetes de atención a los que los distintos individuos pueden acceder. Así, las personas afiliadas a la SS y al SP no tienen el mismo tipo de cobertura. Mientras la SS cubre los 12,500 diagnósticos de la clasificación internacional de las enfermedades, el SP solo cubre 1,400 diagnósticos de esta clasificación. En resumen, existe una franca desigualdad en el paquete de beneficios en el sistema de salud. Solo en EE.UU. es esta desigualdad tan marcada. México es un país con polarización epidemiológica y con polarización dentro del sistema de servicios de salud.

Definiciones y soluciones

Podríamos centrar los dilemas en tres grandes aspectos: a) pasar de la concentración en afiliación a la búsqueda de la cobertura efectiva de los sistemas de salud; b) debatir entre la oferta de una atención integral a la salud frente a la oferta de paquetes de servicios limitados, como el del SP, y c) readecuar el sistema hacia la atención de primer nivel garantizando la existencia de un médico de cabecera/2,000 habitantes en todas las regiones y municipios del país, creando un genuino servicio nacional de salud hoy inexistente.

Estos tres aspectos conforman los ingredientes básicos de una estrategia para evitar que el acceso diferenciado a los servicios de salud siga siendo un reproductor de la inequidad social y, por el contrario, se convierta en un instrumento de equidad social en salud.

La idea del modelo es tomar las mejores experiencias de otros países que sean adecuadas para la realidad mexicana y que permitan con los recursos y las capacidades de nuestra sociedad ofrecer el mejor arreglo organizacional posible para el sistema de salud.

En este sentido, hay tres grandes componentes que corresponden a los niveles de intervención y políticas

del sistema de salud y que el modelo conceptual del sistema de salud universal en México debe integrar: a) la atención de la salud individual y familiar; b) la atención de la salud pública, y c) la producción social de la salud.

Cada uno de estos componentes son capaces de responder de manera independiente a las necesidades de salud de la sociedad mexicana, pero, para asegurar un efecto a corto, mediano y largo plazo sobre la salud, deberán ser articulados a través de los atributos que han sido derivados de los valores del sistema de salud.

Atributos

Dado que cada sistema de salud refleja valores, explícitos o no, los cuales se ven expresados en el conjunto de beneficios a la población y en la estructura y organización de las instituciones, es importante presentar el conjunto de atributos que guían al modelo.

Los atributos que sirven de base para operar el sistema de salud, y que se constituirán en un puente entre los niveles de intervención y políticas del sistema de salud y los aspectos operativos y logísticos de las políticas, son los siguientes: centrado en el ciudadano; orientado a la calidad; intersectorial; con abogacía³; con participación social⁴, y rendición de cuentas.

Atención a la salud individual y familiar

Para esta reunión nos concentraremos en la propuesta de atención a la salud individual y familiar con base en los principios de la atención primaria. De acuerdo con el Instituto de Medicina de EE.UU., la atención primaria en este nivel de intervención y políticas puede ser definida como la provisión de servicios de salud integrales, accesibles, otorgados por profesionales clínicos de la salud, quienes son responsables de abordar una gran mayoría de necesidades de salud individuales, y de construir una colaboración permanente con sus pacientes y proveer sus servicios en el contexto de la familia y la comunidad⁵.

De Maeseneer extiende el concepto basado en atributos y establece que la atención primaria es de primer contacto (accesibilidad), longitudinal (enfocada en la prevención, curación y rehabilitación, durante el tiempo que sea necesario para resolver el problema de salud), centrada en los pacientes, comprensiva (atiende los valores morales y culturales) y coordinada (incluye la comunicación con atención secundaria hospitalaria y terciaria de alta especialidad)⁶.

La atención primaria representa la primera opción para que los sistemas de salud cumplan su función de protección social al desempeñar un papel central en el diseño de políticas, e incluye las siguientes características: acceso universal y cobertura según la necesidad, independientemente de que se trate de un sistema público o privado de salud; atención comprensiva con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, mediante programas horizontales con enfoque comunitario; integración de equipos de salud adecuados y centrados en las personas; empoderamiento del individuo y la comunidad, orientado a la corresponsabilidad social a partir del concepto de conciencia de necesidades para el «aliento a la demanda»; establecimiento de servicios de atención primaria de alto desempeño; organización intersectorial del sistema de salud para la vinculación con las políticas de educación, ambiental, laboral, desarrollo social y con la participación de la sociedad civil; tecnología adecuada y una relación costo-efectiva de los recursos disponibles. Se propone que estos aspectos de la atención primaria se corresponden con la promoción de la salud, la prevención y detección oportuna de las enfermedades y la atención médica.

Un aspecto central para el desarrollo de este componente es la definición del primer contacto con el sistema de salud a través de la conformación de un equipo de atención primaria a la salud, liderado por el médico de cabecera como líder de un equipo multidisciplinario de salud. El médico de cabecera cuenta con los elementos necesarios que le ofrecen un enorme potencial para coordinar la atención integral a las personas que confían en este equipo sus necesidades de salud; dicha atención incluye, como primer componente, el análisis individual, familiar y del entorno comunitario para comprender las condiciones de salud en las esferas biológica, psicológica y social, y así, estar en posibilidades de ofrecer una respuesta apropiada para restaurarlas o mantenerlas.

Bajo la premisa anterior es posible conformar una visión de la atención que esté centrada en la persona y su entorno, mediante la aplicación de la evidencia científica desde la prevención primaria, el diagnóstico y tratamiento oportunos hasta la rehabilitación. Para lograr un verdadero impacto también es necesaria la participación de cada persona de la familia para que, como un integrante más del equipo de salud, participe activamente en su propia atención; dicha participación solo puede lograrse mediante el empoderamiento social que surge de la conciencia de cada persona acerca de sus propias necesidades de salud, como

un elemento inicial que aliente la demanda de la atención y que comprometa a la corresponsabilidad para la preservación o restauración de las condiciones de salud.

Alternativa de atención de primer contacto en México

Partimos de la experiencia del modelo del Reino Unido con el *general practitioner* (médico de cabecera), que lleva 73 años representando la piedra angular del sistema de salud británico, atendiendo entre 1,300-1,700 personas, en los lugares donde ellas viven, con acceso inmediato y sin barreras de pago al momento de recibir servicios.

En México se cuenta con la experiencia de la medicina familiar en el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), que, desgraciadamente, por distintos factores, ha transitado hacia un modelo de medicina burocrático que puede y debe ser ajustado para responder a las características que debe tener un médico de primer contacto en atención primaria.

La alternativa es, por lo tanto, desarrollar un modelo de atención primaria universal, que aproveche la mejora del financiamiento alcanzada por los logros del SP, pero que utilice un diferente vehículo del gasto; la transformación del sistema de salud y la creación de un sistema universal de atención primaria.

El sistema necesita transformarse de abajo hacia arriba, es decir, partiendo por crear las condiciones estructurales para que se pueda universalizar la atención primaria a la salud, y dejando para un segundo momento las mejoras y adecuaciones de la atención hospitalaria en segundo y tercer nivel de atención.

Por lo tanto, la tarea que realmente es necesario trabajar es definir el sistema de salud que queremos los mexicanos. Dado que el SP ejerce alrededor de \$ 103,226.1 millones al año, me parece justo que podamos diseñar un sistema universal de atención primaria a la salud sin restricciones por enfermedades preexistentes; sin paquetes priorizados de beneficios, que se convierte en una barrera para la utilización de servicios de salud y una fuente de desigualdad; con la creación de la figura de médico de primer contacto de atención primaria, médico de cabecera o médico familiar.

Haciendo cálculos iniciales, si en este país decidiéramos contar con un médico familiar para cada mexicano necesitaríamos 56,000 médicos, asumiendo que cada médico puede atender a 2,000 personas. En el IMSS tan solo ya se cuenta con cerca de 14,000 médicos

Tabla 1. Aspectos considerados como gastos de operación

Enfermería	\$ 9,328 millones
Recepcionista/secretaria	\$ 1,910 millones
Consumo de bienes (i.e., medicamentos)	\$ 8,381 millones
Mantenimiento	\$ 716 millones
Servicios generales	\$ 2,474 millones
Total	\$ 22,809 millones

Adaptado de elaboración propia a partir de datos del IMSS.

familiares, que, como se señaló, necesitarían ser reen-
trenados, reorganizados y pagados con un sistema
diferente.

Si en forma generosa contratáramos a los que fal-
tara (42,000) y les pagáramos por la atención de las
necesidades de su población adscrita 50,000 pe-
sos mensuales, a través de un sistema de pago por
desempeño, necesitaríamos un presupuesto de \$
27,400 millones anuales; monto que se podría pagar
con las aportaciones que el SP actualmente envía a
los estados.

Infraestructura de apoyo
a la atención primaria

Obviamente, no solo necesitamos a los médicos; se
necesitan insumos, infraestructura, tecnología médica
(equipos, medicamentos, etc.) y, sobre todo, una or-
ganización de este sistema. El trabajo es discutir cómo
podemos construir una estrategia que permita garan-
tizar a un médico/2,000 habitantes.

Consideramos que este apoyo se puede generar a
través de la creación de una comisión nacional que
defina las bases del sistema de salud que queremos
los mexicanos. En nuestro país, el proceso requiere de
características congruentes con los valores de nuestra
sociedad y el momento político que vivimos.

Un primer cálculo del costo de los apoyos neces-
arios para la atención primaria nos señala que, con el
financiamiento actualmente disponible, es factible
operar un sistema de esta naturaleza. A continuación
desglosamos los componentes de costo que en este
análisis preliminar hemos desarrollado.

Gasto de operación

Para estimar los costos de operación se utilizaron da-
tos disponibles del IMSS. Estos incluyen los conceptos

Tabla 2. Estimación del gasto requerido para la adecuación
de los espacios físicos (consultorio, cuarto de exploración
y sala de espera)

Costo adecuaciones al consultorio	\$ 140,242 (por consultorio)
100%	\$ 5,911,849,618
80%	\$ 4,729,479,694
60%	\$ 3,547,109,771
40%	\$ 2,364,739,847
20%	\$ 1,182,369,924
0%	\$

Adaptado de elaboración propia a partir de datos instituciones de SS y costos
de construcción y remodelación en la Ciudad de México.

Tabla 3. Costos anuales para un escenario promedio en el país

Gasto médico de cabecera	\$ 27,400 millones
Gasto de operación	\$ 22,809 millones
Gasto de apoyo a infraestructura y/o remodelación escenario medio	\$ 3,547 millones
Gasto total esperado en un año tipo	\$ 53,756 millones

Adaptado de elaboración propia.

de enfermería, recepción/secretaria, consumos de
bienes (principalmente medicamentos), mantenimiento
y servicios generales. El costo total alcanzado sería de
\$ 22,809 millones anuales (Tabla 1).

Gasto de apoyo a infraestructura
o remodelación

También consideramos que sería necesario estable-
cer un fondo para construir o remodelar las facilidades
existentes públicas y privadas en términos de consul-
torios, cuarto de exploración y sala de espera para los
médicos de cabecera. Una vez más, con base en
información disponible en las instituciones de SS y
costos de construcción y remodelación en la Ciu-
dad de México, se calculó que el costo promedio de
las adecuaciones sería de \$ 140,242 por consultorio
(Tabla 2).

Se hicieron seis estimaciones conforme a diferentes
escenarios de la proporción de consultorios que sería
necesario remodelar o apoyar en el país y considera-
mos que el escenario promedio sería que 60% de
los consultorios requirieran ser apoyados, lo que daría
un costo de \$ 3,547 millones.

Escenario promedio

De esta manera, en un escenario promedio, el apoyo económico necesario para este sistema sería de \$ 53,756 millones (Tabla 3), lo cual corresponde al 29.9% de los recursos que el SP identifica en sus gastos de 2011.

Consideraciones finales

Gracias a los incrementos presupuestales al SP, existe el financiamiento para transformar el sistema de salud, para lo cual es necesaria la voluntad política para adoptar una estrategia integral que beneficie a todos los mexicanos por igual y sin distinciones.

La propuesta que aquí se presentó es transparente y con rendición de cuentas, ya que se pueden auditar las listas de los médicos, los servicios que entregan y los efectos en su población adscrita.

Sin embargo, es necesario debatir y definir cuál es el modelo de atención del sistema de salud que queremos

los mexicanos. Para ello es necesario ampliar la discusión más allá de los ámbitos médicos y económicos. Es necesario tener una amplia participación de la sociedad, de los sectores públicos y privados. En breve debe lograrse un compromiso nacional por la salud de los mexicanos.

Bibliografía

1. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *J Int Develop.* 1995;7(3):329-47.
2. Ruiz Massieu JF. El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud. En: Soberón, Díaz Alfaro, et al. *Derecho constitucional a la protección de la salud.* México: Miguel Ángel Porrúa; 1983.
3. Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud. Centro colaborador de promoción de la salud. Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. Ginebra: OMS; 1998.
4. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington, D.C.: OPS; OMS; 1994.
5. Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vanselow N. Primary care; America's health in a new era. Institute of Medicine, eds. *Committee on the Future of Primary Care.* Institute of Medicine; Washington, D.C. 1996.
6. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the health systems knowledge network. The health systems knowledge network. Ghent: University of Ghent; 2007.