

Elementos conceptuales para comprender la propuesta de reforma del Sistema Nacional de Salud de México

— San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, julio 10 de 2016

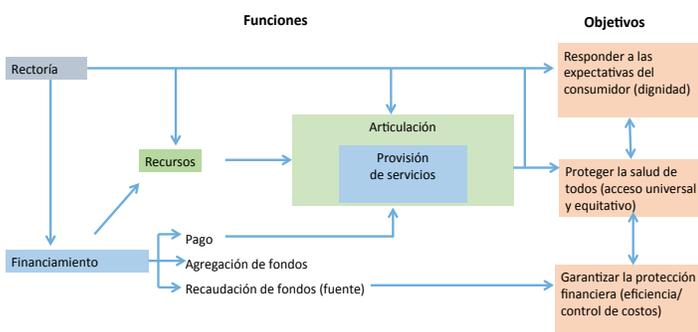
Sergio Meneses Navarro

Los sistemas de salud son la forma en que las sociedades se organizan para proteger la salud de sus miembros, evitar las amenazas y disminuir los riesgos a través de medidas preventivas, o de reparación de daños cuando la enfermedad y discapacidad han afectado a las personas. El objetivo del sistema de salud (SS) de proteger la salud de los individuos se acompaña del respeto por su dignidad, autonomía y expectativas de atención. Al mismo tiempo, el sistema tiene el propósito de garantizar la seguridad financiera de la población a través de formas de pago anticipado y solidario, que les eviten incurrir en gastos excesivos o que la falta de recursos económicos les impida satisfacer sus necesidades de salud.

En suma, los tres objetivos del SS son: 1. Proteger la salud de todas las personas. 2. Respetar la dignidad, autonomía, preferencias y expectativas de los usuarios. 3. Diseñar mecanismos de financiamiento justo y sustentable (Figura 1). Estos objetivos expresan los valores que asumen los sistemas de salud: equidad, calidad y eficiencia.

Para lograr sus objetivos, el SS desempeña cuatro funciones principales: *rectoría*, *financiamiento*, *generación de recursos* y *prestación de servicios* (Figura 1).

Figura 1. Funciones y objetivos del SS



Fuente: Modificado de OMS. Informe Mundial de la Salud 2000.

La *rectoría* consiste en diseñar la estructura y forma de organización del sistema, definir sus prioridades, dirección estratégica, coordinación

intra e intersectorial, regulación, reglamentación, monitoreo, evaluación y reajuste o corrección. En el caso de México, la rectoría corresponde a la Secretaría de Salud federal (SSA), quien la delega parcialmente en las secretarías de salud de las entidades federativas o Servicios Estatales de Salud (SESA) y en las direcciones generales de las instituciones de seguridad social.

El *financiamiento* incluye tres sub-funciones: 1. Recolectar los recursos económicos de sus fuentes (por ejemplo: impuestos generales, impuestos específicos a ciertos productos como alcohol o tabaco, aportaciones obrero-patronales, primas individuales, etc.). 2. Agregarlos o mancomunarlos en fondos que favorezcan su administración. 3. Pagar por los bienes y servicios que requiere o produce el Sistema.

La tercera función es la de *producir los recursos que necesita para su funcionamiento*: recursos humanos, medicamentos, equipo médico, infraestructura, información que oriente el desarrollo de políticas, conocimiento científico, desarrollo tecnológico, etc.

Finalmente, la función del sistema más próxima a los usuarios es la de *prestación de servicios*. Puede tratarse de servicios que se brindan directamente a las personas sanas (como consultas de control prenatal o de vigilancia del crecimiento de los niños) o enfermas (una cirugía o un servicio de diálisis), servicios dirigidos a las colectividades como campañas de vacunación, o al ambiente social o físico (como por ejemplo una cirugía o campañas contra adicciones o medidas para cuidar la calidad del aire o agua).

La forma en que se organiza una sociedad para el desempeño de estas funciones da estructura a diferentes modelos de sistemas de salud en los países.

El Sistema Nacional de Salud de México (SNS) tiene una estructura caracterizada por su segmentación. Esto quiere decir que existen instituciones públicas independientes unas de otras que atienden a distintos segmentos de la población, en función de que cumplan con los criterios para estar afiliados y así tengan el derecho de recibir servicios de las mismas. Es el caso de las de seguridad social (como el IMSS e ISSSTE)¹ a las que se encuentran afiliados los trabajadores asalariados y sus familias, que representan aproximadamente a la mitad de la población del país. Este sector tiene el derecho de recibir dichos servicios de salud como una prestación laboral más² que emana del mandato legal del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Estas instituciones se financian por aportaciones del gobierno federal (de sus ingresos fiscales generales), de los empleadores y de los propios trabajadores.

Por otro lado, la mitad de la población -quienes no cuentan con un trabajo asalariado o son trabajadores por cuenta propia, informales, campesinos, estudiantes, amas de casa, desempleados, entre otros- carecía de un mecanismo explícito con contenido concreto para hacer valer su derecho a la protección de la salud, como señala el Artículo 4º de la Constitución. A esta población se le proporcionaban servicios médicos bajo un criterio de asistencia social (no por ser un derecho ciudadano) de parte de instituciones públicas de la SSA federal, de los estados y del programa IMSS-Oportunidades (hoy Prospera). El financiamiento de dichos servicios proviene fundamentalmente del gobierno federal, en menor medida de las entidades federativas y, en

¹ IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

² La seguridad social incluye otras prestaciones además de un seguro contra enfermedades, maternidad y discapacidades, por ejemplo pensión para el retiro, créditos para la vivienda, seguro para gastos funerarios y seguro de accidentes en el trabajo, entre otras.

grado variable, en forma de gasto de bolsillo de los propios usuarios a través de cuotas de recuperación.

Esta segmentación determinó que los diferentes sectores poblacionales tuvieran distintas condiciones de acceso a servicios, con calidad y contenido técnico heterogéneo, y con amplias brechas en el financiamiento entre instituciones y entre poblaciones y entidades federativas, al mismo tiempo que la mitad del gasto en salud provenía de los bolsillos de los usuarios al momento de utilizar los servicios. También limitó la función rectora de la SSA en las instituciones de seguridad social y en los estados, sobre todo a partir de la descentralización de los servicios de salud en 1998.

Con el propósito de corregir esta situación se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003, que estableció un mecanismo por aseguramiento público para la población sin seguridad social pagado con recursos federales, estatales y en menor medida por las familias afiliadas. Definió también un paquete explícito de servicios preventivos y de atención de las enfermedades e intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación incluido en su póliza de cobertura.

No obstante, el SS aún encara diversos retos apremiantes: continúa segmentado y permanecen inequidades en el acceso, calidad, financiamiento y resultados en salud entre los diversos sectores poblacionales; función rectora débil; estructura financiera compleja que dificulta la rendición de cuentas; traslapes en la cobertura entre seguros médicos públicos (entre IMSS, ISSSTE, SPSS) que generan mayores costos e ineficiencias; alto gasto administrativo, por mencionar sólo algunos de los más importantes.

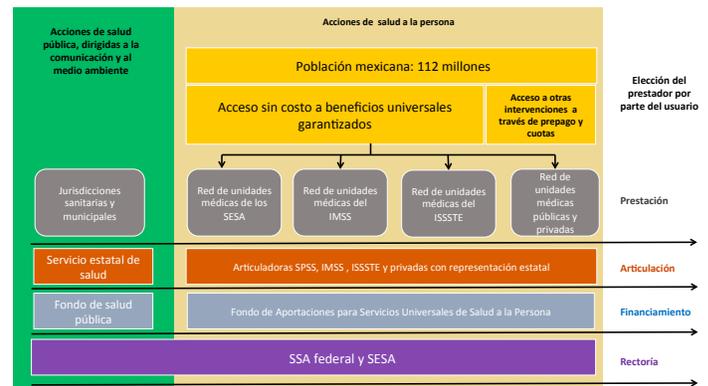
Para contribuir a resolver estos problemas, desde la década de 1980 se planteó como propuesta de reforma la creación de un SNS Universal. El principal modelo de organización propuesto consiste en separar y especializar las funciones del SS, a la vez que se integra a toda la población en algún esquema de aseguramiento público (como el del IMSS, ISSSTE o SPSS).³ En este modelo, la SSA asumiría fundamentalmente la rectoría del sistema, el financiamiento sería público y de preferencia procedería de impuestos generales y de algunos específicos como los gravámenes al alcohol o tabaco, y en la prestación de servicios médicos se podría elegir entre una pluralidad de proveedores públicos⁴ y eventualmente privados. El modelo propone la creación de una función de *articulación* que podrían asumir organismos públicos o privados y que consiste en articular la relación entre los usuarios y proveedores de servicios, velando por el interés de los primeros para garantizar el acceso y calidad de la atención; por otro lado, la función articula la relación entre proveedores de servicios y agencias financieras, para asegurar el pago oportuno y apropiado por los servicios proporcionados con el contenido y calidad solicitada. Quienes proponen este modelo de reforma argumentan que la competencia regulada entre diversos proveedores y agencias articuladoras brindaría a los usuarios la oportunidad de elegir las mejores opciones, incentivaría la competencia y mejoraría la calidad de la atención y la eficiencia del sistema.

Esta propuesta de reforma incluye la definición de un paquete explícito de intervenciones que sería gradualmente progresivo. Para favorecer la calidad y convergencia institucional la SSA ha impulsado la homologación de la atención a través de guías de práctica clínica de observación obligatoria para todas las instituciones del sector. Al mismo

tiempo, se han impulsado mecanismos para la portabilidad como el expediente médico electrónico; con éste los usuarios podrán acudir a distintos proveedores de salud sin dificultades burocráticas para llevar consigo su información y antecedentes de salud. Por otro lado, se han llevado a cabo diversas experiencias de prestación y facturación cruzada de servicios específicos entre las principales instituciones públicas de salud como el IMSS, ISSSTE y la SSA federal y los SESA, como es el caso del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica firmado en 2009.

Estas son algunas de las principales características de la propuesta de reforma del SS que hoy se debate en el país y que se representan esquemáticamente en la Figura 2.

Figura 2. Modelo propuesto del SNS



Fuente: Funsalud, 2012. Universalidad de los servicios de salud. Propuesta de Funsalud, p. 81: <http://funsalud.org.mx/portal/linea-editorial/libros-manuales-y-boletines/>

Para información adicional sobre esta síntesis, favor de contactar a:

Sergio Meneses Navarro, Hilda E. Argüello: smenesesnavarro@gmail.com;

hildaomm@gmail.com; observatoriomuertematerna@gmail.com

Visita nuestra página:

www.omm.org.mx

Síguenos en Facebook:

Observatorio de Mortalidad Materna en México

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Observatorio de Mortalidad Materna en México

Casa Chata: Hidalgo y Matamoros s/n, Col. Tlalpan,

Deleg. Tlalpan, Ciudad de México

CIESAS-Sureste: Carretera a Chamula s/n, km 3.5, Barrio La Quinta San

Martín, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, (01967) 674 91 00 ext. 4049



³ Este esquema sólo incluye un seguro médico y no el resto de las prestaciones propias de la seguridad social.

⁴ El "Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud" firmado por el secretario de salud, los directores generales del IMSS e ISSSTE y los gobernadores del Estado de México, Baja California Sur y Oaxaca sólo incluye la prestación de servicios en instituciones públicas.