

V. 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.

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

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

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.
- Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios.

Miembro de El Colegio Nacional

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.

- 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 FUNSALUD, 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 FUNSALUD 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 13 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. La tabla 1 presenta los resultados obtenidos.

Tabla 1

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 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 Secretaría de Salud (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. (Tabla 2).

Tabla 2

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 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 seguridad 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.

Tabla 3

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 permita 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, implantar 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 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. (Fig. 1)

Fig. 1

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 destinados a la atención de la salud de los derechohabientes y los no derechohabientes. La SSA como rector no seria ni recaudador de fondos, ni financiador, ni tampoco prestador de servicios de salud fuera de las intervenciones relacionadas con la salud publica. 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.

GSA/JCVO / FK / go / jcvo/ miércoles, 18 de abril de 2001