

Salud pública: Un estudio insuficiente

Por Gregorio Martínez Narváez , 26 marzo, 2016 Análisis

CIUDAD DE MÉXICO (Proceso).- El 7 de enero de 2016 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) presentó su Segundo Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud. En el prefacio hay una impresionante lista de autores: expertos internacionales y funcionarios de alto nivel de la Secretaría de Salud y de diversas instituciones de seguridad social. También se cita, como colaboradores o asesores, a legisladores, secretarios estatales de salud y profesionales de organizaciones no gubernamentales.

De ahí se deriva la sensación de que se llevó a cabo una amplia investigación para formular las recomendaciones incluidas en el estudio. Sin embargo, esta apreciación no se confirma con la lectura detallada del documento.

A diferencia de un trabajo anterior de la misma naturaleza, realizado por la OCDE en 2005 y el cual tuvo sustento en una amplia recopilación de datos, el presente trabajo abunda en juicios generales basados en unos cuantos fenómenos arbitrariamente seleccionados.

Por ejemplo, en la página 7 dice: “Casi tres de cada 10 mexicanos mueren dentro de un mes después de un infarto cardiaco y casi dos de cada 10 mexicanos mueren dentro de un mes posterior a un accidente cerebrovascular”. Comenta que esta letalidad es mucho mayor en México que en los países de la OCDE, pero no aclara si los datos mencionados provienen de una institución en particular o de todo el sistema, y si este fenómeno se registra en el ámbito hospitalario, pues estos datos corresponden a una valoración de calidad dentro de los internamientos hospitalarios.

Donde se hace más equívoco este tipo de comparación es cuando el estudio comenta que la esperanza de vida en México ha crecido muy poco. Así lo expresa: “Entre 2000 y 2013 la esperanza de vida aumentó de 77.1 años a 80.4 años; en México sólo se incrementó 1.3 años (de 73.8 a 74.6 años). Por lo tanto, la brecha de longevidad entre México y otros países de la OCDE se ha ampliado”.

En este contexto se da a entender que la esperanza de vida es el resultado del desempeño del sector salud, criterio que es sorprendente en una institución internacional, pues es ampliamente conocido por los sanitaristas, desde la segunda mitad del siglo pasado, que la esperanza de vida depende de muchos factores, como la nutrición, el saneamiento, el trabajo y el ingreso, la vivienda y la educación; es decir, de todo aquello que contribuye al nivel de vida. Cualquiera advierte que estos elementos son mucho más asequibles en las naciones de la OCDE que en nuestro país, donde viven 50 millones de personas en la pobreza y 10 de ellas en la más extrema.

Es inevitable que la OCDE en un momento se topara con el problema de la segmentación del sistema, formado por servicios públicos financiados con los impuestos generales y por las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE), que reciben recursos de conformidad con las leyes respectivas. Para los expertos de este organismo no tienen importancia otras organizaciones (existen 21 con sus propios reglamentos, poblaciones y servicios).

Para la OCDE, el Seguro Popular es equiparable a las instituciones de seguridad social, y gran parte de sus recomendaciones se enfocan a la homogeneización de instrumentos, procedimientos y costos, con la finalidad de facilitar convenios de intercambio de servicios.

Incurre en algunas suposiciones. Por ejemplo, afirma que anualmente se traslada de un subsistema institucional a otro todo un tercio de sus asegurados, “lo cual dificulta la continuidad de la atención”; de ser cierto esto, significaría, por ejemplo, que la tercera parte de los trabajadores informales cubiertos por el Seguro Popular pasara cada año a ser atendida por el ISSSTE o por el IMSS, lo cual sería verdaderamente catastrófico desde el punto de vista administrativo y financiero.

Otra fantasía que se encuentra en las aseveraciones del estudio es la de que los empleadores tienen la facultad de inscribir a los trabajadores en el seguro que ellos mismos decidan, sin tener en cuenta las disposiciones de las respectivas leyes.

Se añade a esto la aseveración de que no se ha promovido la disposición de que los asegurados se inscriban en un servicio de atención primaria, falla a la cual se atribuyen grandes consecuencias para la adecuada atención; pero para quienes se acercan a las instituciones se hace evidente que tanto en el IMSS como en el ISSSTE la inscripción es un requisito que se hace automáticamente, seguido del registro en clínica familiar, y en los centros de salud, para el caso de los afiliados al Seguro Popular.

La atención hacia fenómenos muy particulares impide ver los grandes problemas tradicionales del sector, como la falta de un modelo sustentado en la demografía y la epidemiología que dé continuidad práctica a una atención integral de la salud mediante el acceso a los servicios de primer nivel y a los hospitalarios (segundo y tercer niveles) en una forma ordenada y efectiva. Esto, junto a la inadecuada disposición y distribución de los consultorios, camas hospitalarias y personal profesional, son las grandes fallas estructurales y estratégicas que la OCDE pasa por alto.

El sector privado aparece en el gasto comparado con el público. La OCDE le atribuye a aquel sector 26.8 hospitales por cada millón de habitantes y sólo 11.6 al público. Pero son cifras altamente engañosas; con un poco de análisis adicional surge el hecho de que la mayoría de los establecimientos privados no constituyen verdaderos hospitales, pues de los 3 mil 131 reportados, sólo 80 tienen más de 50 camas; la mayoría, más de 2 mil, tienen menos de 10. En total el sector público maneja más de 85 mil camas censables, en tanto que el privado cuenta con 35 mil.

Las recomendaciones

No es fácil aprovechar las aportaciones de la OCDE, pues en la mayoría de los casos parecen estar dirigidas a otros sistemas; en otras ocasiones su redacción requiere algunas explicaciones adicionales, como en este caso: “Un cambio gradual hacia un incremento del financiamiento de impuestos generales, en especial para nuevos ingresos, podría mejorar la previsibilidad del financiamiento”.

Pese a que repetidamente se menciona el alto porcentaje del gasto en el rubro administrativo, estimado en 9%, un buen número de recomendaciones llevaría, de adoptarse, a un crecimiento en este tipo de erogaciones, principalmente por nuevas entidades administrativas.

Una de ellas, que implicaría amplios compromisos, sería la creación de un nuevo organismo sectorial. La OCDE lo expresa así: “Se deben acelerar los planes para crear una nueva agencia nacional que promueva las actividades de mejora de la calidad en todos los niveles del sistema de salud. Este organismo, totalmente independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, debe desarrollar actividades clave, como el establecimiento de estándares mínimos de calidad”. ¡Nada menos!

Otro organismo que se propone también tendría amplias funciones. Su naturaleza se describe así: “Otras medidas incluyen establecer un foro permanente, o una comisión, para representar a todos los fondos de aseguramiento médico de la seguridad social y del Seguro Popular... y trabajar hacia la implementación de una agenda compartida de seguimiento y de mejora de la calidad, entre otras prioridades”. Atemoriza el costo que esto tendría, así como sus duplicaciones con otras unidades.

La OCDE enfocó su atención en el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (Cenetec), unidad de la Secretaría de Salud encargada actualmente de evaluar tecnologías. Aprovechando nuestra lejanía de otros sistemas, nos dicen que el Centro de Excelencia mexicano fue creado para acompañar el Seguro Popular y se diseñó a imagen del National Institute for Clinical Excellence, del Reino Unido (conocido en Gran Bretaña por las sugerentes siglas de NICE). Esta unidad se dedica a la selección de intervenciones médicas y a su comparación en eficiencia y costo para asesorar al Servicio Nacional de Salud, nada más alejado del Cenetec.

Un rubro que parece ser de especial interés para la OCDE es el registro de todos los pacientes de los tres sistemas de seguridad social –del IMSS, del ISSSTE y del Seguro Popular– para tener “un registro consolidado de pacientes”, cuyos datos sean al menos intercambiables. Recomienda muy encarecidamente que las instituciones se involucren en un esfuerzo de esta naturaleza, sin tener en cuenta que ya lo han hecho gracias a sus propios registros, que son automáticos al momento de la afiliación.

Siempre quedará el dilema de qué hacer con un registro nacional de pacientes, pues para la planeación de salud siempre se ha recurrido con eficacia a los censos de población y a los registros de vigilancia epidemiológica. Por otra parte, es evidente que un registro consolidado de pacientes es de gran utilidad para las empresas productoras y distribuidoras

de equipo, medicamentos y otros insumos, lo cual les permite estimar el volumen, ubicación y naturaleza de sus mercados.

Con insistencia la OCDE recomienda un sistema “centrado en la persona” (como si la atención pudiera centrarse en las cosas). Literalmente esto contradice las experiencias en salud pública, las cuales han puesto de manifiesto la importancia de la atención integral dirigida a la persona y a su familia, a la comunidad y al medio ambiente; es decir, el cuidado de los factores que condicionan la salud.

Conclusiones

Hay un momento en el cual el estudio aborda las principales medidas que contribuirían a una verdadera reforma con sentido de equidad, ciudadanía, eficacia, cobertura y calidad, como la separación del sistema de atención a la salud del de la seguridad social, para formar dos sistemas distintos e independientes; así como el financiamiento universal a base de los fondos públicos generales, como se hace en los países europeos y Canadá, que iniciaron sus reformas de alto contenido social desde finales de la Segunda Guerra Mundial y en mucho contribuyeron a conformar sus Estados de bienestar y su desarrollo socioeconómico. Sin embargo, al tratar estos temas los funcionarios de la OCDE afirman que en nuestro país no hay condiciones favorables para considerarlos.

Llama la atención que ahora en el mundo intervengan en el campo de la salud, cada vez más, los organismos internacionales de carácter financiero o económico; primero el Banco Mundial en 1993, con su informe anual *Invertir en Salud*, y ahora la OCDE.

Con ello se ha relegado a papeles secundarios a los organismos internacionales sustantivos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud. Este desplazamiento ha alejado una asesoría de carácter sustantivo que era muy valiosa en el campo de los sistemas de salud.

Se ha relegado a estas organizaciones a funciones insustanciales. La OMS, por ejemplo, se dedica, a difundir advertencias alarmantes, como lo hizo en 2009 con el caso de la gripe porcina y lo hace ahora con el zika, una enfermedad benigna que está restringida a los nichos ecológicos donde puede vegetar el mosquito *aedes aegypti*, su transmisor.

** Gregorio Martínez Narváez es autor del libro *Un sistema en busca de salud* (FCE, 2013), que contiene un análisis integral del sistema de salud mexicano, efectúa comparaciones con otros sistemas y aporta soluciones estructurales para su mejoramiento y modernización. El prólogo es del doctor José Narro Robles e incluye un comentario final del doctor Guillermo Soberón Acevedo.*