

REFORMA DEL SECTOR SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA

DIPUTADO MIGUEL ÁNGEL NAVARRO QUINTERO*

En la Constitución Política Mexicana queda claramente establecido **el derecho a la protección de la salud**; el derecho a la igualdad entre el varón y la mujer, y **a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos**; el derecho a la justicia y al trabajo; el derecho de las familias mexicanas a una vivienda digna; a la protección de la infancia y el derecho al desarrollo y protección de los pueblos indígenas.¹

En congruencia con lo anterior en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 se marcan las pautas y los propósitos para fortalecer el ejercicio pleno de la soberanía nacional; consolidar un régimen de convivencia social regido por el derecho; **avanzar en el desarrollo democrático y social**, que propicie una vida pacífica, una intensa participación ciudadana y la existencia de oportunidades de superación para todos, bajo los principios de equidad y justicia; así como promover el desarrollo económico en beneficio de los mexicanos.

En el sector salud se ha reconocido la existencia de diversos problemas

y se plantean alternativas de solución ante la persistencia de elevados niveles de pobreza y acceso inequitativo a los servicios básicos de salud, manifiestos en la población de algunas regiones del país, por lo general con elevados índices de marginación, con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Al inicio de la presente administración gubernamental en el campo de los servicios de salud se identificó la persistencia de deficiencias que les impiden avanzar hacia una mayor modernización organizativa, tecnológica y administrativa, específicamente: ineficiencias en la asignación de recursos y en la gestión de los servicios, centralismo, limitada eficiencia, segmentación e inadecuada coordinación, así como dificultades derivadas de los altos costos de los servicios públicos de salud.

Estos factores dificultaban conseguir la universalidad de los servicios de salud con eficiencia y calidad.

Con el trabajo de las instituciones que conforman el sector salud se han logrado metas que innegablemente merecen reconocimiento, tal es el caso,

* Diputado Federal del grupo parlamentario del PRI. Secretario de la Comisión de Salud.

por citar algunos ejemplos, de la reducción de la morbilidad y la mortalidad, sobre todo en el caso de los niños menores de cinco años, de la erradicación de la poliomielitis y el control de otras enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión, la tosferina y la difteria. También han descendido la mortalidad infantil y la materna; se ha logrado una importante ganancia en la esperanza de vida al nacer entre los mexicanos y se han cumplido la mayoría de los compromisos establecidos en la cumbre mundial en favor de la infancia, replanteando algunos de ellos.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 marca claramente sus lineamientos generales para hacer frente a la problemática detectada:²

- Descentralización de los servicios de salud para población abierta.
- Ampliación de la cobertura de los servicios de salud a través de un paquete básico de servicios de salud.
- Impulso a la participación municipal en la salud.
- Reforma del Modelo de Atención a la Salud y
- Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Otros asuntos no menos importantes son los que se refieren al campo de la Regulación y el Fomento Sanitarios en donde se han implementado

estrategias de desregulación, actualización y reformas a los marcos jurídicos y normativos.

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La descentralización es un proceso de reforma de la organización gubernamental y de la distribución real de competencias y recursos entre los distintos órdenes de gobierno. Es en este contexto que el gobierno ha planteado cambios en los aspectos estructurales, organizativos, financieros y operativos del Sistema Nacional de Salud.

Así, el Programa de Reforma del Sector, puesto en marcha en marzo de 1996, plantea cambios estructurales y organizativos para consolidar una oferta de servicios más eficientes, donde destaca la descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud a población abierta, con los siguientes objetivos:

- a) Contribuir a lograr un desarrollo regional armónico y equitativo, acorde con las necesidades locales.
- b) Lograr la efectiva distribución de facultades, atribuciones, funciones y recursos hacia los Estados.
- c) Acercar a los usuarios los servicios en favor de una atención oportuna y eficiente.
- d) Propiciar la toma de decisiones en el sitio donde se presentan los problemas.

Con la descentralización, la Secretaría de Salud reorienta su trabajo como instancia normativa y operativa, de aquellas materias que son ejercicio exclusivo de la federación, al mismo tiempo que fortalece sus funciones de coordinación, planeación, evaluación y seguimiento que le corresponden.

Los esfuerzos para la descentralización de los servicios de salud y los trabajos previos hicieron posible que el 20 de agosto de 1996 se firmarán el Acuerdo Nacional y el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud con cada uno de los Estados.

En dichos documentos se establece que cada una de las entidades federativas asumirán sus responsabilidades de acuerdo a la Ley General de Salud; manejarán y operarán directamente los servicios de salud, en el ámbito de su competencia; dispondrán de los recursos financieros de acuerdo a las necesidades y prioridades locales de salud y participarán efectivamente en el diseño e instrumentación de la política nacional de salud, además de que se comprometieron a establecer un Organismo Público Descentralizado (OPD), con personalidad jurídica y patrimonio propios.

En el plano laboral, se formalizó con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud la continuidad de la relación existente con los trabajadores que se transfieren a los gobiernos estatales.

Al día de hoy se han instalado organismos públicos descentralizados en las 32 entidades federativas. En los

Estados, a través de la firma de los acuerdos para la descentralización y de las actas de entrega-recepción, se realizó la entrega oficial de los servicios del nivel federal hacia el estatal, que comprendió la transferencia de los programas, de la situación presupuestal y de los recursos humanos, materiales y financieros.

En perspectiva se vislumbra además que el proceso de la descentralización y la operación de los OPD's facilitará la integración orgánica de las instancias que proporcionan servicios de atención a población abierta; que la aplicación local del gasto mejore la economía en salud; que el proceso se extienda hacia los municipios; que el incremento de la autonomía local para la toma de decisiones repercuta favorablemente en la capacidad de respuesta a las demandas de la población y permita establecer espacios para la participación ciudadana a favor de la salud y que se facilite la ampliación de la cobertura de servicios de salud hacia la población más desprotegida.

AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El programa de Ampliación de Cobertura (P A C) se instrumentó a partir de 1995 con el propósito de llevar en forma progresiva servicios básicos de salud de bajo costo y alto impacto a los mexicanos cuyo acceso era irregular o

nulo, dando prioridad a la población mas vulnerable de las zonas indígenas y rurales y evitando acciones fragmentadas y poco coordinadas.

En el programa se contemplan dos modalidades para ampliar la cobertura: la geográfica y la funcional. La primera está dirigida a llevar servicios a las localidades rurales e indígenas más alejadas y dispersas que tienen nulo acceso a los servicios de salud, constituidas en su gran mayoría por aquellas de menos de 500 habitantes. Los servicios de salud se hacen llegar a través de brigadas a pie o motrices integradas por un médico, una enfermera, un promotor de salud polivalente y en algunos casos un odontólogo.

Por su parte, la ampliación funcional, incluye acciones de ampliación, remodelación y mantenimiento de la infraestructura existente, el reforzamiento de la logística y abasto de insumos, la contratación de personal profesional y técnico para la ampliación de los horarios de servicio y la participación social para la conservación y utilización efectiva de la capacidad instalada.

El modelo de operación se lleva a cabo bajo los principios de la federalización de los servicios, concertación comunitaria y horizontalización de programas en el que han participado intensamente los gobiernos federal, estatal y municipal y donde las jurisdicciones sanitarias son el eje para la aplicación, seguimiento y control de las acciones realizadas a través de un sistema escalonado de servicios, por niveles de complejidad.

El instrumento fundamental para lograr el incremento de la cobertura de los servicios de salud es el Paquete Básico de Servicios de Salud, conformado en un 75% por acciones de tipo preventivo-promocional y en el 25% restante por las de carácter curativo-asistencial.

En total suman 12 estrategias, 75 acciones y 216 actividades esenciales en materia de servicios, que garantizan la provisión de programas de salud, de regulación y fomento sanitario, y que se espera permitirán atacar las causas más importantes de muerte, enfermedad o discapacidad.

Por otra parte, se han elaborado los cuadros básicos de insumos que permitan una operación adecuada bajo un enfoque de utilización racional de los recursos disponibles.

Se estima que en el año 2000 se podrá dar cobertura a los 7.4 millones de personas sin acceso a los servicios básicos de salud que viven en los 600 municipios más marginados de 18 Estados del país.

MUNICIPIOS SALUDABLES

En la Reforma del Sector Salud, conscientes de que la participación municipal juega un papel muy importante en el mantenimiento de la salud colectiva, se constituyó el Programa de Municipios Saludables. Entendiendo por **municipios saludables** aquéllos en los cuales "...las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas

y la sociedad en general, dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expanden los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia”.

Municipio saludable es una cualidad inherente a este, que siempre es posible mejorar a través del trabajo conjunto de los diferentes sectores y grupos, permitiendo la creación de redes de apoyo y comunicación entre comunidades, municipios y ciudades; implica un compromiso de gobernantes y gobernados en acciones de promoción de la salud, resaltando la función gubernamental, la participación social y la responsabilidad en el autocuidado de la salud. Significa la búsqueda de las condiciones idóneas para una vida sana en el contexto comunitario del barrio, de la colonia, del pueblo, buscando la concertación de voluntades y recursos políticos, institucionales y comunitarios.

El avance del programa ha sido notorio en los últimos años. Así, de 57 municipios que en 1994 estaban participando, pasaron a 84 en 1995, alcanzando más de 600 al cierre de 1996 y actualmente (septiembre de 1998) 1,080 municipios están integrados al programa.

La Red Mexicana de Municipios por la Salud se ha constituido en un espacio para el intercambio de experiencias y la comunicación entre sus miembros, así como de búsqueda de apoyos para el mejor desempeño de

sus planes y programas de salud y bienestar. A esta red pueden pertenecer los municipios que hayan cumplido con el proceso de incorporación al programa y que hayan formalizado el acuerdo del cabildo para desarrollar las actividades de la red. La red ha crecido de 57 municipios en 1994 a 676 en 1998.

REFORMA DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA POBLACIÓN ABIERTA

Dentro del proceso de reforma del sector se planteó la necesidad de actualizar el Modelo de Atención para Población Abierta (MASPA), con la expectativa de que a través del cambio organizacional y operativo de los servicios de salud se, contribuya a alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud fortaleciendo las acciones en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, dando mayor peso a las actividades integrales y preventivas sobre las curativas y aisladas y estableciendo la medida justa entre las de tipo curativo y las de rehabilitación.

Se pretende además encontrar nuevas fórmulas para incrementar la productividad de los servicios con niveles adecuados de satisfacción para los usuarios y prestadores de los servicios, incluyendo en estos últimos a las instituciones mismas.

Los componentes que participan en este modelo comprometen a todos los sectores e instituciones de salud a

nivel federal, estatal, municipales y local, a través de una eficiente y oportuna coordinación de las acciones para poder lograr los objetivos de salud en términos de calidad, eficiencia; eficacia; equidad; integralidad; universalidad y flexibilidad de los servicios de salud.

El modelo que se elaboró es un instrumento normativo y regulador de la prestación de servicios de salud destinados a la población abierta, que incluye un conjunto de elementos y acciones, de programas y estructuras definidas que cuentan con la normatividad específica para que el funcionamiento operativo responda a las necesidades regionales y locales.

En 1996, fueron presentados y aprobados los modelos particulares en las 32 entidades federativas.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la actualidad no es posible permanecer al margen de la necesidad de establecer mecanismos que permitan la provisión de un excelente servicio, que aseguren la satisfacción del usuario, que sean de alto impacto y del menor costo posible, que sean efectivos para poder atraer y retener la fuerza de trabajo y que integren significativamente programas de promoción a la salud y de prevención de enfermedades.

De tal manera que podamos transitar en materia de prestación de servicios de salud de lo cuantitativo a lo

cuantitativo y de la evaluación hacia la garantía de la calidad, utilizando estrategias que permitan condiciones deseables en la prestación de los servicios y que aseguren al paciente la obtención de mayores beneficios para su salud con los menores riesgos.

La comisión para la Mejoría Continua de la Calidad de los Servicios formada en el seno del Consejo Nacional de Salud propuso las estrategias fundamentales para avanzar en esta materia

- I. Fortalecimiento de la imagen institucional
- II. Sensibilización y capacitación para la mejoría continua de la calidad.
- III. Desarrollo de la capacidad gerencial para la descentralización de los servicios de salud.
- IV. Optimización de la capacidad instalada.
- V. Financiamiento del Programa.

Dentro de todos los elementos que se implican en el proceso de garantía de la calidad de los servicios médicos, uno que juega un papel relevante es el recurso humano. La preparación profesional, la capacitación, el desempeño y la disponibilidad para el trabajo son factores que determinan los resultados en el desarrollo de sus actividades.

Es necesario y justo reconocer a aquellos trabajadores que se preocupan por su preparación, por hacer bien las cosas, por su actitud de servicio, por ser amables, por ser puntuales y no faltar a sus lugares de adscripción.

De esta manera se puso en marcha la operación del Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad, que otorga reconocimientos y estímulos económicos al personal, que de acuerdo a una evaluación previa, resulte seleccionado.

Se busca que los trabajadores de la salud se comprometan de una manera más consciente y participativa con las tareas que tienen encomendadas, que todos los trabajadores hagan su mejor esfuerzo para que la institución de salud tenga una imagen de la que puedan sentirse orgullosos y que laborar en ella sea motivo de satisfacción.

Este programa se ha hecho efectivo, en 1997 y 1998, entre el personal de enfermería, de tal forma que tras un proceso de diseño y estructuración del programa fue posible su evaluación en forma descentralizada e intersectorial para la entrega de estímulos económicos.

Para ello fue necesario la creación de un Comité Nacional para la Productividad y la Calidad del personal de enfermería, así como sus respectivos comités estatales a través de los cuales se efectuaron la recepción de solicitudes y la evaluación de la documentación de cada uno de los aspirantes.

La colaboración y entusiasmo de los trabajadores de la salud y de las autoridades que desde diferentes ámbitos han participado han hecho posible la instrumentación de todas las políticas y estrategias que entrañan la

Reforma del Sector Salud en México. Mucho se ha avanzado, pero también mucho es lo que falta por hacer. Lo iniciado no tiene marcha atrás, se deberá contar con la fortaleza, templanza y vocación de todos los que creemos y estamos trabajando en este gran proyecto. Estoy seguro que este esfuerzo permitirá paulatinamente mejorar, desde los cimientos y los marcos de actuación del Sistema Nacional de Salud, de los sectores público, social y privado, haciendo posible garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos. Para el Gobierno de México, el cuidado de la salud de sus habitantes es parte de su responsabilidad y ciertamente una de sus prioridades.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Estados Unidos Mexicanos 1995. pp. 73.
- ² Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud. pp 14-15.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Estados Unidos Mexicanos 1995.
- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud.
- Asuntos relevantes 1997-1998. Secretaría de Salud. Documento inédito, 1998.



Gerardo Cantú 1997