

**I CONGRESO DE MEDICINA SOCIAL
ALAMES MÉXICO**

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Discursos, Realidades y Perspectivas

**Asa Cristina Laurell
Noviembre, 2006**

Contenido

- El derecho a la salud y el debate actual
- Dx preliminar del Sistema de Salud
- El SPSS: Discurso y Realidad
- ¿Qué Hacer? Servicio Único de Salud.

El Derecho a la Salud y el Debate Actual

¿Por qué es tema del nuevo siglo?

- Valor no cuestionado durante cuatro décadas.
- Debate sobre cómo realizarlo universalmente.
- Pensamiento neoliberal y las Reformas en Salud lo niega teóricamente y en la práctica.
- Reconsideración por los resultados de las reformas y el resurgimiento como demanda social y política.

Trayecto del Derecho a la Salud

- ONU: Derecho Universal del Ser Humano.
- Valor ético de la modernidad basado en la igualdad entre los seres humanos.
- La salud necesidad humana básica transhistórica: condición de desarrollo de potencialidades y capacidades para una plena participación social.
- Libertad “positiva” para la sociedad democrática
- Estatuto legal de garantía individual y derecho social.
- Contenido esencial del Estado Social.

Trayecto del Derecho a la Salud 2

- Pensamiento neoliberal, ajuste estructural y recorte gasto social.
- Reformas de Salud: Bienes públicos, servicios mínimos focalizados y mercantilización de la atención individual. Negación *de facto* del valor del derecho a la salud.
- Estado desresponsabilizado, devastación de las instituciones públicas y programas desarticulados para grupos vulnerables.
- Descontrol sanitaria y creciente exclusión en salud.

El debate actual y sus ambigüedades

- Reivindicación del Estado, el derecho a la salud, la equidad y la ciudadanía social
- Connotaciones diferentes de conceptos:
 - Universal: “inherente a” vs “para todos”
 - Equidad: “propósito o condición” vs “medios”
 - Ciudadanía social: “empoderamiento” vs derecho social
- Toda política social obedece a concepción sobre cómo generar bienestar y se da en un campo de fuerzas
- Determina las prioridades y la articulación de las políticas

El Derecho a la Salud en México

Derecho constitucional en 1983 pero

- No hay sujeto obligado.
- LGS Modalidades de acceso.....
- “regido por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”.
- Pago de cuota, prima o seguridad social laboral.
- Derecho exigible sólo bajo ciertas condiciones y para determinadas intervenciones.

Situación del Sistema de Salud

Sistema segmentado, legalmente sancionado

Tres subsistemas

- Seguridad social laboral: IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.
- Población abierta: SSA-SES
- Privado: Aseguradoras, empresas médicas, prestadores pequeños y privados fuera del “modelo médico dominante”.

Constituidos desde las formas de financiamiento

- ISS: Obrero-patronal-fiscal.
- SSA-SES: Recursos fiscales – individuales.
- Privado: Seguro o pago directo.

Sistema Inequitativo con Acceso Desigual

- **Inserción laboral.**
- **Capacidad económica individual.**
- **Región de residencia.**
- **Cultura de salud.**
- **Capacidad de contender con la burocracia.**

Instituciones públicas principales prestadores

Servicio	Público	ISS	SSA-SES	Privado
	(% del total de servicio)			
Consulta	96.5	57.7	38.8	¿3.5?
General	98.2	54.0	44.2	¿1.8?
Especializada	89.5	65.4	24.2	10.5
Urgencias	96.2	72.4	23.8	3.8
Egresos	73.7	42.0	31.7	26.3
Cirugías	82.2	52.4	29.8	17.8
Nacimientos	81.6	39.4	42.2	18.4
Laboratorio	96.6	70.0	26.5	3.4
Imagenología	97.7	76.8	21.1	2.1

Fuente: SSA datos de 2001

Cobertura seguridad social

- **Nacional: 44% ISS y 56% SES-SSA**
- **10 estados 60%+ SES-SSA**
- **Chiapas, Guerrero, Michoacán, Puebla, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas**
- **7 estados 60%+ ISS**
- **Aguascalientes, B.California, BCS, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León y Sonora.**

Recursos públicos para salud

Camas censables por 1,000 en 2004

- ISS 0.81 SES-SSA 0.6
- ISS 6 estados con menos de 0.5
- SES-SSA 12 estados con menos de 0.5 y 5 con menos de 0.4
- Menos 0.4 BC, Chiapas, Guanajuato, Guerrero y Morelos

Médicos por 1,000 habitantes, 2004

- ISS 1.7 SES-SSA 1.4
- Chiapas y EdoMex menos de 1
- Médicos en formación ISS 13% y SES-SSA 34%
- Médicos titulados 11 estados con menos de 1 por 1,000
- SES-SSA 22 estados con menos de 1 médico titulados por 1,000

Presupuesto por persona, 2004

- Nacional: ISS 3,256.6 y SES-SSA 1,224.5
- ISS 2.7 veces SES-SSA
- ISS en todas los estados mínimo 1.4 veces el de SES-SSA.
- ISS: un estado con menos de 2,000, 10 con más de 3,000.
- SES-SSA: 3 con más de 3,000, 8 estados con menos de 1,000 pesos que son ... Chiapas, Guanajuato, Guerrero, EdoMex, Michoacán, Puebla, Tlaxcala y Veracruz.

Problemas adicionales

- Dos décadas de deterioro físico y falta de actualización científica en la mayoría de las instituciones públicas.
- Desmoralización institucional.
- Interés público subordinado a los intereses particulares.
- Corrupción.
- Congelación plazas con crecimiento de empleo precario (40,000 plazas SES y 40,000 IMSS)
- Estancamiento afiliación ISS y envejecimiento de la población.

El Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular

**¿Una salida a la crisis?
Discursos y Realidades**

Marco legal – Discurso

- Ley General de salud artículo 77 bis. Congreso de la Unión.
- Reglamento. Ejecutivo Federal
- Lineamientos. Secretario de salud o Comisionado del SNPSS

Realidad

Cambios sucesivos al pasar a niveles reglamentarios de menor jerarquía con decisiones discrecionales

Ley instituciones públicas del SNS. Reglamento instituciones del SNS.

Ley Regímenes Estatales son acciones. Reglamento REPSS estructura administrativa con decisión sobre financiamiento.

Ley Satisfacción integral necesidades de salud. Lineamientos

Paquete de Servicios CASES a CAUSES.

Características del Sistema de Protección Social en Salud

Concepto	SPSS Seguro Popular (Art. 77 bis LGS)
Criterio de inclusión	Solicitar inscripción voluntario Pagar cuota familiar No-asegurado Renovar anualmente inscripción y pago
Criterio de exclusión	Adquirir seguridad social No reinscribirse o no pagar cuota Cláusulas de exclusión definitiva
Calendario de “afiliación”	14.3 por ciento familias susceptibles anualmente (universal hasta 2010)
Financiamiento	Cuota social 15% SM y solidaria federal 22.5% sobre FASSA Cuota solidaria estatal fija por familia 7.5% SM Cuota familiar 6 por ciento ingreso familiar Cuota reguladora
Beneficios garantizados	Paquete de 249 intervenciones (mayor desglose) y los medicamentos correspondientes 4 tratamientos “catastróficos” Lo demás es pagado por el enfermo
Forma organizativa	Estructura administrativa especial “Régimen Estatal de SPSS”, regulado y coordinado por la CNSPSS
Prestador del Servicio	Hospitales y centros de salud SES Subrogación privada Institutos Nacionales sólo Gastos Catastróficos

Discurso

- Fortalecimiento de los SES en insumos y personal.
- Infraestructura nueva para fortalecer la oferta.
- CAUSES atención todo el 1er y 2º nivel
- Cobertura 100% en 2010

Realidad

- Redistribución de recursos hacia afiliados a costa de los no afiliados. Nuevo segmento en los SES. Insumos 59 y 49%.
- Baja inversión en infraestructura y equipo; 26 y 21%.
- CAUSES intervenciones específicas y algunos no prestados en los SES. Subrogación a privados.
- Cobertura depende de inscripción voluntaria.

¿Soluciones a Problemas?

La agenda es lograr separación de funciones

**Regulación-Financiamiento-Prestación de
Servicios**

Lo que significa....

- **Modelo de Mercado, interno o externo, con compra-venta de servicios.**
- **Nueva segmentación y nuevo padrón de inclusión y exclusión; para los deciles III a VIII caro (640 a 5,400). IX-X no interesados.**
- **Desestructura las instituciones públicas.**
- **Discrimina los estados pobres.**
- **Presupone Paquetes de Servicios que fracturan el proceso de atención integral.**
- **Requiere clasificar servicios en “comunitarios” (bienes públicos) e “individuales” (bienes privados) en detrimento de la salud pública.**

- **Promueve la compra de servicios privados por falta de capacidad pública.**
- **Dificulta la planeación nacional y estatal de servicios al ir hacia subsidio a la “demanda” (bono de salud) y no a la “oferta” (presupuesto a las instituciones públicas de salud).**
- **Incrementa gasto en salud incluyendo presupuesto público pero no necesariamente el volumen de servicios.**
- **Incremento gasto administrativo con creación de RESPSS.**
- **Baja eficiencia en el uso de recursos.**
- **Énfasis discursivo en mejoramiento de la calidad por competencia.**
- **Dificultad para instrumentar una regulación eficaz.**

La alternativa

El Servicio Único de Salud

Premisas

- **Derecho a la salud: garantía individual y derecho social.**
- **Universal y exigible.**
- **Obligación de la sociedad a través del Estado.**
- **Construcción de ciudadanía social.**
- **Valor social de alto consenso, 4º constitucional**

Ejes de esta Política

**Ir hacia el Servicio Único de Salud (SUS):
Obstáculos legales, institucionales y políticos. Gradual,
tomando en cuenta las realidades institucionales.**

- **Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral probado en el DF.**
- **Revertir deterioro de las instituciones de seguridad social, abasto pleno y reducir tiempo de espera atención especializada.**
- **Garantizar a todos su derecho efectivo a la protección de la salud.**

Estrategias

- **Modelo de atención integral sobre plataforma de educación para la salud, promoción y prevención con nuevo acercamiento a los problemas emergentes.**
- **Enfoque intersectorial.**
- **Revertir la precariedad e inseguridad creando condiciones sanitarias seguras.**
- **Nueva cultura de la salud para exigir y para asumir responsabilidades.**
- **Planeación estratégica nacional de infraestructura y recursos humanos con criterios de necesidad y equidad**

- **Inversión en infraestructura de salud con máxima prioridad para los estados y regiones más rezagadas.**
- **Construir desde “abajo hacia arriba” con redes de servicios.**
- **Inversión federal de 7 mil millones anuales por 3 años solventa déficit de atención hospitalaria básica y se complementa con inversión estatal en 1er nivel.**
- **Recursos suficientes para operar la nueva infraestructura adecuadamente.**
- **Incremento programado y escalonado de recursos fiscales dedicados al cuidado directo de la salud.**
- **Equivalente a los recursos previstos en la LGS para SPSS pero para todos.**
- **Eliminación del gasto superfluo y la corrupción.**

••••

- **Refinanciamiento de los seguros de Enfermedad y Maternidad de los institutos de seguridad social, que no se resolvió con la reforma de 1995 del IMSS.**
- **No previsión para financiar la atención médica de los jubilados y sus familias.**
- **Implica:**
 - ✓ **Revisión integral de la recaudación de las cuotas obrero-patronales;**
 - ✓ **Uso racional y transparente de los recursos;**
 - ✓ **Eliminación de gastos administrativos superfluos, revisión de la compra de medicamentos y asesorías costosas e innecesarias, etc.**

**Revertir el agotamiento disfuncional
de las instituciones públicas.
Son la solución, no el problema.
De ellas depende la posibilidad de
garantizar el derecho universal a la
salud.**

- **Innovación institucional sobre la base de su fortalecimiento, la transparencia, la alineación de los procesos de atención y administrativos.**
- **La creación de una nueva cultura institucional.**
- **Un gran acuerdo institucional donde el interés general – la salud de los mexicanos— prevalezca sobre los intereses particulares.**
- **Una nueva institucionalidad: la supremacía de los propósitos institucionales y el uso óptimo de los recursos públicos.**
- **Una transformación institucional profunda: su fortalecimiento en todos los ámbitos y una cultura de servicio al público, al cual se debe.**

Sonrían, ¡se puede lograr!

¡Muchas Gracias!