

Proyección en el sector salud 2018-2024, análisis y consecuencias

Projection in the health sector 2018-2024, analysis and consequences

José Luis Sandoval-Gutiérrez*

Resumen

La salud no es únicamente una condición biológica, sino que se configura como un bien social, cultural y jurídico que el Estado no puede promover, mejorar ni proteger sin la participación de los profesionales de la salud, las entidades federativas y las instituciones educativas y de investigación; pero, sobre todo, debe contar con la intervención activa de todos los ciudadanos. Se busca que los servicios de salud se realicen con equidad, calidad y protección social.

Palabras clave: Salud Pública; Administración Hospitalaria; Educación

Abstract

Health is not only a biological condition; it is configured as a social, cultural and legal good that the state can't promote, improve or protect without the participation of health professionals, states and educational and research institutions; but, above all, it must have the active intervention of all citizens. The aim is for services to be carried out with equity, quality and social protection.

Keywords: Public Health; Hospital Administration; Education.

Panorama general

Nuestro país es un ejemplo de grandes contrastes y desigualdades. La gran variedad de dimensiones y consecuencias de la vulnerabilidad y la pobreza general son problemas que no pueden ser abordados desde una sola vertiente, sino que deben ser atacados desde una perspectiva integral, que permita superar las trampas de la pobreza que enfrentan nuestras comunidades.

La República Mexicana cuenta con 367 ciudades y 57 zonas metropolitanas. Es, entonces, un país ampliamente urbanizado.

México representa un crisol epidemiológico, ya que contamos con las enfermedades denominadas de los países industrializados en conjunto con las que se presentan en naciones en vías de desarrollo.

La República Mexicana es la nación número 13 en extensión territorial del mundo y cuenta con una población de alrededor de 124 millones,¹ con una esperanza de vida (75 años) de las más bajas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que es de 80 años; además, es el primer lugar en cuanto a obesidad global tanto de adultos como de infantes.

Las tasas de mortalidad posteriores a un infarto agudo al miocardio son las más altas de la OCDE y equivalen al 28% de las admisiones (cerca de cuatro veces mayores que el promedio, que es del 7.5%).

El gasto en salud promedio es de 1080 dólares americanos por persona (ajustado a estándares de vida locales), lo cual es cuatro veces menor que el promedio de la OCDE (4003 dólares).²

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos, Ciudad de México, México

Correspondencia:

*José Luis Sandoval-Gutiérrez
E-mail: sandovalgutierrez@gmail.com
2448-5667 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permayer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 28/01/2019

Fecha de aceptación: 22/01/2020
DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000003

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(2):80-83
<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

México tiene 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, a diferencia del promedio de 3.4 de la OCDE, y cuenta con 2.6 enfermeras por cada 1000 habitantes, menos de un tercio de lo recomendado, así como 1.6 camas de hospital por cada 1000 habitantes.³

La Secretaría de Salud nacional acaba de cumplir 75 años de existencia y ha tenido grandes logros desde el punto de vista preventivo (vacunación universal, detección oportuna de cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, tuberculosis, tabaquismo, alcoholismo, etc.), pero existen grandes retos pendientes en cuanto a la atención hospitalaria y el acceso a la alta especialidad.

Nuestro sistema de salud es fragmentando y pluri-institucional, con problemas de acceso y deficiencias en la adecuada referencia y contrarreferencia.

Solo el 4.8% de la población mexicana cuenta con una póliza de accidentes y enfermedades, por lo que la inmensa mayoría necesita las instituciones públicas para el manejo de sus enfermedades.

En México hay 23,858 unidades de salud (sin considerar los consultorios del sector privado), de las cuales 4513 son hospitales y el resto son unidades de atención ambulatoria.

Del total de hospitales, 1182 son públicos y 3331 privados. De los hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social. Alrededor del 86% son hospitales generales y el resto son hospitales de especialidad. En lo referente al número de camas, el sector público cuenta con 114,937 camas.

En el sector privado, la gran mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas. Se calcula que alrededor del 70% de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas y apenas el 6% cuentan con más de 25 camas.

En el país existen más de 19,000 unidades públicas de atención ambulatoria. La gran mayoría pertenecen a la Secretaría de Salud (67%) y al Instituto Mexicano del Seguro Social (21%). Las instituciones públicas de México cuentan con poco más de 3000 quirófanos.

En todo el territorio nacional no se llega a las 1000 unidades de terapia intensiva dentro de los hospitales, mientras que en los Estados Unidos de América, con una población tres veces superior a la nuestra, cuentan con casi 10,000 unidades de cuidados críticos.

En el rubro de equipo de alta especialidad radiológica se cuenta con tomógrafos, equipos de resonancia magnética y mastógrafos. Respecto a los tomógrafos, México cuenta con 3.4 por millón de habitantes; la

razón promedio en los países de la OCDE es de 20.6 tomógrafos por millón de habitantes.

El país cuenta con 1.5 equipos de resonancia magnética por millón de habitantes, cifra considerablemente menor que el promedio de los países de la OCDE, que es de 9.8 por millón de habitantes.

México dispone de 267 mastógrafos en el sector público, lo que arroja una disponibilidad de 9.3 mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más. Estos mastógrafos generan un promedio de 4.5 mamografías por millón de habitantes; la cifra promedio de mamografías en los países de la OCDE es de 19.9 por millón de habitantes.

La transición demográfica de México presenta una ventana de oportunidad, pues significa contar con una amplia base de población económicamente activa. Esta ventana se cerrará hacia 2050 con un mayor envejecimiento. Dicha oportunidad debe aprovecharse para transformar y fortalecer el sistema de salud, así como para impulsar el desarrollo económico y el progreso social para sustentar a la población envejecida del mañana. De no redimirse este *bono demográfico* podríamos ver, hacia el año 2050, mayores pobreza, enfermedad y abandono, sobre todo entre las mujeres ancianas.

Hoy en día ya no es posible prever el abatimiento de la economía informal. Las instituciones públicas de salud han acumulado diversos y complejos mecanismos de recaudación de recursos y de asignación a los proveedores, y no cuentan con herramientas efectivas de control para hacer frente a las crecientes necesidades.

El sector salud mexicano ha vivido un periodo de poca movilidad, en el que los esfuerzos por crecer y desarrollarse han sido ciertamente discretos, pero el entorno está en un profundo cambio, en el cual:

- Las regulaciones son cada vez más estrictas.
- Los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades.
- La población se ha vuelto más demandante.
- Los adelantos de la ciencia y la tecnología (la informática, en particular) ponen en riesgo la subsistencia de sector en su estado actual.

Hay una clara necesidad de reforzamiento de estructura y recursos humanos en el primer y segundo nivel de atención, pero es importante mencionar que existen aproximadamente 500 consultas de especialidad por cada 1000 habitantes por año.

El cambio epidemiológico y demográfico que afronta México hace evidente la urgente necesidad de contar con medicamentos de mayor calidad, más eficaces y

seguros para el paciente. Los medicamentos de origen biotecnológico representan una gran alternativa —y en algunos casos la única— para tratar enfermedades específicas como la diabetes, el cáncer, la artritis reumatoide, el síndrome de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer o la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida, entre otras.

Si bien en los últimos años se han desarrollado numerosas acciones para fortalecer la infraestructura del sistema, el rezago sigue siendo importante. Según los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), si continuamos haciendo así las cosas tardaremos más de 25 años para que los recursos de salud sean comparables a los de otros países.⁴

Proyecto de austeridad

El plan de austeridad de la presente Administración Federal señala en diferentes secciones de su campaña lo siguiente:⁵

- Punto 21: se reduce toda la estructura de trabajadores, empleados de confianza, en un 70 por ciento del personal y del gasto de operación.
- Punto 33: no se comprará ninguna mercancía que exista en los almacenes públicos en cantidad suficiente.
- Punto 44: las compras del Gobierno se harán de manera consolidada mediante convocatoria, con observación ciudadana y de la oficina de transparencia de la ONU.
- Punto 48: no se autorizará la contratación de despachos para elaborar proyectos de ley, planes de desarrollo o cualquier tipo de análisis y recomendaciones que puedan hacerse con el trabajo y la capacidad profesional de los servidores públicos.

Riesgos

Los anteriores puntos pueden considerarse necesarios en diferentes dependencias gubernamentales con el afán de disminuir la obesidad administrativa, pero el sector salud cuenta con situaciones y circunstancias particulares, que ponen en peligro su función y misión en caso de implementarse dichas medidas.

Los trabajadores denominados *de confianza* en el sector salud, a diferencia de otras dependencias, no se suscriben solamente a las áreas administrativas, pues el personal médico, de enfermería y paramédico también se encuentra en dicha situación.

Este grupo no goza de las prestaciones sindicales del personal de base, por lo cual las jornadas de

trabajo son más amplias y sujetas a una disminución en días vacacionales o permisos de ausencia.

El mismo personal, por situación de *no basificación*, acepta dicha condición laboral por años, haciendo una actividad relevante para la institución, ya que compensa las necesidades operativas de esta.

Con respecto a la centralización de las compras vía licitación para el logro de una disminución en los costos, esto puede provocar retrasos en la adquisición de medicamentos, material de curación, mobiliario, etc., que para la vida hospitalaria merma sustancialmente la atención oportuna a los pacientes.

Muchos medicamentos requieren condiciones especiales de transporte, como temperatura controlada o medidas estrictas de seguridad que, de no cumplirse, pueden causar un problema grave al consumidor final, que es el paciente, por lo que el diferimiento en la compra y la autorización vía centralización no es un factor que agilice la cadena de suministro.

La no disponibilidad de contratación de personal en la situación denominada *de confianza* como una antesala a la basificación futura desincentivará al personal con alta cualificación a pertenecer al sector salud.

Consecuencias

La disminución significativa del personal *de confianza* provocará que el personal basificado (médico, enfermería y paramédico) tenga que asumir dichas responsabilidades, siendo muchas de ellas de índole administrativa, repercutiendo directamente en el tiempo necesario para la atención a los pacientes y disminuyendo la calidad y la calidez para lograr los objetivos médicos y el cumplimiento de los estándares internacionales de certificación hospitalaria.

Ya que la basificación tiene restricciones administrativas significativas, no va a existir la posibilidad de contratación de personal cualificado de alta especialidad, tanto de área médica como de enfermería, muchas veces por inexistencia de código para contratación.

Con la disminución de personal no se logra la atención oportuna de los pacientes en los diferentes turnos denominados *especiales* (fines de semana, festivos, vacaciones). Asimismo, se impide el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio señalados por la OMS con respecto a la salud.

El sector salud se caracteriza por estar siempre en lucha, en un esfuerzo constante, como nuestro tradicional juego de «serpientes y escaleras».

Alternativas

Se pueden considerar las siguientes alternativas:

- Suspensión temporal o definitiva de dichas medidas en el sector salud.
- Reconsiderar el porcentaje a futuro de los puntos de austeridad mencionados.
- Implementación progresiva del recorte de personal *de confianza* en la duración del sexenio (5% por año).
- Realización de mesas de trabajo con la directiva involucrada en los diferentes hospitales (municipales, estatales, regionales e Institutos Nacionales de Salud), para considerar las circunstancias predominantes de cada organización.
- Revalorar la contratación de terceros para actividades en la vida institucional de salud: calidad, planeación, abogacía, ingeniería, arquitectura, asesoría, etc.
- Determinar en las diferentes unidades médicas el término *suficiente* en los almacenes, ya que tener un sobreabasto del 20% en medicamentos y diferentes materiales se considera aceptable por la movilidad de pacientes y lo impredecible de la presentación de diferentes enfermedades.

Conclusiones

- La salud es el mayor determinante para la productividad y el bienestar de una población.
- Con los retos que venimos arrastrando desde el siglo XIX, y que hemos enfrentado con acciones que hacen uso de las metodologías del siglo XX, nos ha quedado claro que el siglo XXI nos exige mucho más.

- Un plan de austeridad en las áreas operativas del sector salud no podrá representar ganancias para la calidad de vida de los mexicanos.
- La austeridad no puede ser una medida de mejora para los grandes problemas del sector salud.
- Es necesaria la continuidad para hacer realidad la plataforma de portabilidad y convergencia.
- Una disminución en la atención de los servicios públicos de salud podría ser un determinante de estallido y malestar social en el futuro.
- No hay razón para creer que México no puede tener un sistema de salud competitivo, justo, con visión social y digno para todos los mexicanos.

Referencias

1. Wikipedia. México. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9xico>
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2017: OECD indicators. Paris, France: OECD Publishing; 2017.
3. González-Block MA. Megashift. Impulso al sector salud. Doing Business in Mexico. 2.ª ed. México: PwC México; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Capítulo 2: Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro. Ginebra, Suiza: OMS; 2003.
5. La Redacción. López Obrador presenta 50 medidas de austeridad y contra la corrupción. Excelsior. 2018; Sección Nacional (col. 1). (Consultado el 24 de enero de 2019.) Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/lopez-obrador-presenta-50-medidas-de-austeridad-y-contra-la-corrupcion/1252493>

Cómo citar este artículo:

Sandoval-Gutiérrez JL. Proyección en el sector salud 2018-2024. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(2):80-83.