

Miradas periódicas a los sistemas de salud

Guillermo Soberón, Gregorio Martínez

Fundación Mexicana para la Salud

(Recibido, febrero 18, 1994; aceptado, marzo 16, 1994)

Los servicios de salud se caracterizan no sólo por los ajustes que les imponen los constantes avances científicos, tecnológicos y administrativos, sino también por los cambios sociales que repercuten en la forma en que se organizan y proporcionan dichos servicios. Por estas razones, periódicamente se requiere realizar un análisis sobre su papel en la vida nacional, mirándolos como un instrumento del bienestar que periódicamente requiere reformas sustanciales para su debido perfeccionamiento.

Durante la década de los años ochenta, los servicios de salud en México fueron objeto de un análisis metodológico integral, cuyos resultados fueron plasmados en el documento denominado "Hacia un Sistema Nacional de Salud" que a su vez sirvió de base para el programa de gobierno entre los años 1982-88, período en que se llevó a cabo un proceso de cambio estructural en todos los campos institucionales a fin de consolidar un Sistema Nacional de Salud.

Es evidente ahora que las presiones sociales y estructurales, surgidas de los grandes cambios políticos y económicos de los últimos años, son motivo para que los servicios de salud en México sean objeto de una de esas observaciones periódicas, de una nueva mirada a la luz de lo acontecido; mirada que si bien debe tener en cuenta las imperiosas necesidades de la globalización, no se aparte de los compromisos sociales que han sido parte distintiva de los servicios de salud en nuestro país.

Importancia de los servicios de salud. Entre las más difundidas corrientes sociales que caracterizan el mundo de fin de siglo se encuentran las que conducen a un cambio estructural de los sistemas nacionales de salud. Países de todas partes del orbe se enfrentan a la urgente necesidad de utilizar las complejas, cambiantes y costosas tecnologías de prevención y cuidado de la salud para satisfacer demandas que crecen y se diversifican como resultado de cambios

demográficos y económicos, de educación y cultura. Cada vez se cobra mayor conciencia de que la salud atañe a la sociedad entera y, dentro de ésta, se multiplica el número de protagonistas directos.

En ninguna época anterior se había analizado con tanto cuidado el papel de las estructuras de salud y su papel en la economía, en el desarrollo y en el equilibrio social; se ha advertido así que los servicios de salud se caracterizan por abarcar una doble vertiente; es decir que por una parte constituyen un destino de los esfuerzos del desarrollo y un indicador del bienestar social y, por otra, forman un sector muy importante de la actividad económica. Es así que la población busca tener un nivel de salud que le permite estar en condiciones de contribuir a su propio desarrollo; pero, por eso, esa misma población también espera el cuidado eficaz de su salud como producto de dicho esfuerzo.

Un sistema de salud debidamente estructurado estimula la producción industrial tanto de equipos como de otros insumos, así como el desarrollo de la tecnología y la ciencia; contribuye a crear empleos y al desarrollo de centros académicos; estimula la construcción de hospitales y otras unidades de salud; asimismo, puede ser fuente de divisas.

Los servicios de salud son un bien social que es solicitado por la población, proporcionan seguridad y son expresión de la eficacia de la sociedad y del Estado.

Principales problemas de los servicios de salud. Los países de Europa del Este, que durante la época socialista disponían de sistemas de salud de cobertura universal e integral, han descubierto que su financiamiento con cargo a fondos gubernamentales era una carga excesiva para su economía, lo cual se confirma con el deterioro que actualmente sufren la mayoría de estos sistemas; el costo y uso inadecuado,

por excesivo entre otras cosas, de este tipo de servicios también ha afectado los sistemas de países como Noruega, Suecia y Finlandia, que tienen sistemas de cobertura universal con fondos fiscales.

Por otra parte, los Estados Unidos de América se ven aquejados por los crecientes costos, por el uso irracional de una atención médica defensiva, así como por gastos de administración de los seguros y los honorarios médicos. Este país, a pesar de gastar cerca del 14% de su P.I.B., se encuentra ante la embarazosa situación de que cerca de 40 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud.

Los países en vías de desarrollo tienen problemas aún más complejos. En 1993 el Informe Anual sobre Desarrollo, del Banco Mundial, estuvo dedicado a los problemas de salud (Invirtiendo en Salud); en dicho documento, elaborado con apoyo de la Organización Mundial de la Salud, se señala lo siguiente:

- Los países tienen que contener con los productos de las transiciones demográficas y epidemiológicas; pues tienen que controlar las enfermedades transmisibles y parasitarias, al mismo tiempo que deben atender las enfermedades crónicas y los accidentes que emergen con el desarrollo.

- La pobreza es un factor vinculado estrechamente a las malas condiciones de salud y a la alta morbilidad y mortalidad; junto a la pobreza se encuentran niveles bajos de educación y deficiencias nutricionales que agravan los problemas de salud y dificultan la operación de los servicios institucionales.

- La inadecuada asignación de los recursos disponibles es otro problema, pues frecuentemente se destinan grandes porcentajes de los escasos recursos a la atención de un número reducido de casos; es decir que se descuidan acciones altamente efectivas de bajo costo, por preferir intervenciones complejas de muy reducido impacto.

- La ineficiencia en la gestión es otra circunstancia frecuente; tiene su origen en una planeación deficiente, en sistemas de abasto y conservación obsoletos, en pérdida de insumos, por falta de control, falta de estímulos al personal y, en general, al poco interés en el fortalecimiento de sistemas gerenciales. La Organización Panamericana de la Salud estima que un 25% de los presupuestos de salud de los países de América Latina y el Caribe se desperdician por ineficiencias.

- Un problema, que cada vez más adquiere relevancia, es la inequidad; la OMS ha señalado que ésta se manifiesta no sólo en la falta de acceso de los pobres a servicios integrales de salud, sino también en forma de subsidios a grupos de presión, a regiones y sistemas y en el apoyo a monopolios institucionales.

- La calidad y la cobertura son otros problemas ligados a los puntos anteriores; pues aún cuando ciertos grupos de población pueden recibir servicios básicos no tienen acceso a los establecimientos de salud que proporcionan atención de buena calidad. Por otra parte, cuando los servicios son administrados en forma deficiente, por ejemplo las fallas en el abasto de insumos, tienen por consecuencia que la calidad se deteriore a niveles alarmantes.

El Estado y los servicios de salud. A la luz de las experiencias mundiales existe el consenso generalizado de que el papel del gobierno es fundamental para la regulación y perfeccionamiento de los sistemas nacionales de salud, entendiendo esta función no como una acción de policía sanitaria, sino como la materialización de un mandato de la sociedad para armonizar los procedimientos y los protagonistas, dentro de un marco normativo congruente y comúnmente aceptable para desarrollar un sistema más eficaz, eficiente y equitativo, y que opere dentro de rangos satisfactorios de calidad.

La regulación es necesaria para ordenar el sistema y evitar las deformaciones y externalidades que causan injusticia y dispendio, con resultados negativos no sólo en el nivel de salud, sino también para evitar la insatisfacción y la sobrecarga económica que ocasiona su mal funcionamiento. La regulación también se requiere debido a que la salud constituye un mercado imperfecto, en el cual las decisiones clínicas, en su mayoría, dependen del prestador de los servicios y no del usuario; estas decisiones pueden estar basadas en modelos tecnológicos o en intereses profesionales o institucionales que pueden deformar la naturaleza de la atención.

La intervención del gobierno requiere de medidas legislativas, de estímulo fiscal, de reforma y modernización de servicios públicos y de seguridad social para adecuar los servicios de salud a las actuales circunstancias.

El sistema de salud en México. Desarrollo y problemas principales. La actual estructura nacional de servicios de salud es consecuencia de una serie de agregados por la creación de instituciones según las

circunstancias históricas del país. El enfoque institucional de la salud se plasmó en la Constitución de 1917 con la creación del Departamento de Salubridad (Artículo 16) y con la implicación de la seguridad social emanada de una relación laboral (Artículo 123).

Desde el año de 1934 se dio la base para el desarrollo de servicios públicos mediante la creación de Servicios Coordinados de Salud en los Estados, cuya finalidad fue sumar recursos federales y locales en la atención de problemas de salud; pero fue en 1943, hace 50 años, cuando con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy de Salud, y del Instituto Mexicano del Seguro Social cuando se fincaron las grandes estructuras nacionales de salud. En 1959 se creó el ISSSTE que proporciona servicios de seguridad social a los trabajadores del Estado y, a fines de los años 1970, se consolidó el programa IMSS-Solidaridad, que es un sistema para población no asegurada, financiado con fondos federales y administrado por el IMSS.

A fines de los años sesenta se hicieron algunos intentos de planeación coordinada del sector, con muy poco impacto en la práctica, debido al fuerte confinamiento institucional. Sólo se dio un esfuerzo global de planeación de 1981 a 1982, lo que llevó a la reforma aplicada durante el período 1982-88 antes referida. Se desarrolló así un cambio estructural para lograr una modernización del sector. En esta época se elevó a rango constitucional el derecho a la protección a la salud, se emitió la Ley General de Salud que determinó las características del sector, definiendo las responsabilidades públicas, la participación del sector privado y de los niveles de gobierno.

Dentro de las estrategias entonces puestas en práctica destaca la de la descentralización, la cual permitió fortalecer los servicios estatales, extender la cobertura e integrar en una sola administración, a la responsabilidad de los estados, los servicios de la SSA y los del Programa IMSS-Solidaridad, antes IMSS/Coplamar. También se logró incrementar la participación de los gobiernos estatales en el financiamiento de los servicios para población no asegurada. En dicho período se logró llevar a cabo la descentralización en 14 entidades federativas.

Actualmente, al igual que muchos países en desarrollo, el sistema de servicios de salud de México presenta problemas derivados de su propia trayectoria histórica, no planificada integralmente, así como de su falta de adaptación a los cambios económicos y

sociales que están ocurriendo. Algunos de los principales problemas se presentan a continuación en forma integral y resumida:

a. Inequidad. La creación de sistemas diferentes con financiamiento distinto para grandes sectores de la población ha determinado la conformación de estructuras de salud que otorgan servicios de diversa *capacidad y calidad*. En México existen personas que pueden pagar servicios médicos privados integrales, incluyendo la hospitalización, a través del pago por servicio o mediante seguros médicos. Los trabajadores privados son atendidos por el IMSS, cuyo mayor porcentaje de financiamiento depende de un impuesto al trabajo trasladable a los productos y servicios que son pagados por toda la población; los empleados de gobierno son atendidos por el ISSSTE y los sistemas estatales de seguridad social, cuyo financiamiento depende en última instancia de fondos fiscales de los respectivos niveles de gobierno; finalmente, se encuentra la población sin empleo formal, que no puede pagar servicios privados y que depende de la disponibilidad de servicios públicos.

A pesar de la limitación de recursos que han experimentado las instituciones de seguridad social en los últimos años, su situación es mucho más ventajosa frente a los recursos disponibles para la población abierta (la no asegurada); por ejemplo, en 1992 el IMSS disponía de 45,287 médicos y 28,131 camas censables para atender un universo de 38.7 millones de personas, en tanto que la Secretaría de Salud, para atender un universo similar disponía de 28,662 médicos y 23,452 camas censables¹. Otra comparación reveladora de la diferencia entre ambos sistemas consiste en la diferente capacidad resolutoria de los problemas; es decir, la disponibilidad de infraestructura y tecnología para atender problemas médico-quirúrgicos de cierta complejidad, pues mientras el IMSS disponía en el mismo año de 266 unidades de hospitalización para atender una población referida por 1,425 unidades de consulta externa; la SSA contaba con 222 hospitales para la referencia de 6,859 unidades de atención primaria. La diferencia también se manifiesta en los presupuestos institucionales, ya que el IMSS y el ISSSTE disponen de 3 a 4 veces más recursos por derechohabiente de lo que se gasta por usuario en los servicios públicos financiados con fondos fiscales.

La inequidad que se deriva de la cobertura parcial de la seguridad social tiene una expresión más alarmante cuando se conjugan factores de pobreza y distribución regional; pues los servicios para población

abierta, con menos recursos y menor capacidad resolutoria, deben atender las zonas más pobres cuyas necesidades son mayores donde el IMSS tiene menos penetración; por ejemplo, los Estados de Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Yucatán. Ahí, el porcentaje de cobertura poblacional del IMSS representa sólo la cuarta parte de las coberturas alcanzadas en el centro y el norte del país.

b. **Insuficiencia de cobertura y recursos.** El actual Programa Nacional de Salud indica que en el país existe una capacidad de cobertura de servicios de salud del 94% de la población (incluyendo los servicios del sector privado), una de las coberturas más amplias del mundo, cercana a la de los países de la Comunidad Económica Europea que disfrutan seguridad social universal; sin embargo, al analizar la cobertura de los servicios mexicanos se observa que ésta se refiere a servicios de primer nivel y no a servicios de capacidad resolutoria integral; es decir, se trata de una cobertura insuficiente para las necesidades de atención a la salud integral de las personas. Quienes han estudiado la cobertura en México han señalado problemas estructurales que dificultan estimaciones cercanas a la realidad: no existe información para obtener datos sobre el sector médico privado; la cobertura para población abierta no se conocerá mientras no se apliquen modelos de atención integral a grupos bien definidos; las estimaciones actuales difieren si se toman las del nivel central de las jurisdicciones de salud², inclusive; las cifras de la seguridad social difieren cuando se trata de población derecho-habiente y de quienes hacen uso efectivo de los servicios de salud.

Entre los muchos problemas estructurales manifestados por insuficiencias de cobertura subyace un problema de falta de recursos; no existen cifras sobre el porcentaje del P.I.B. que el país destina a la salud, se estima que pudiera ser de 3.5 a 4.5³, uno de los más bajos en América Latina y notablemente inferior a los de los recientes socios comerciales del país. En 1992, el país disponía de 66,146 camas censables sumando las de la SSA, IMSS, ISSSTE,

PEMEX, Fuerzas Armadas y de IMSS-Solidaridad⁴. No se tienen datos confiables sobre camas censables del sector privado y de otros servicios sociales, pero difícilmente se llega a una cama por 1,000 habitantes, uno de los indicadores también más bajos en América Latina. Un ejemplo de esta insuficiencia se encuentra en el IMSS, que en 1992 disponía de 28,131 camas para 38.7 millones asegurados (menos de 1 X 1,000); capacidad notoriamente insuficiente, que sólo puede ser mantenida por el hecho de que un porcentaje importante de derecho-habientes *no hace uso de los servicios* de la institución debido al traslape de coberturas institucionales, o bien porque prefieren acudir al sector privado.

c. **Ineficiencias y distorsiones administrativas.** A pesar de los grandes logros que se han alcanzado en materia de salud, ya que la mortalidad general ha disminuido a menos de 5 X 1,000 y la mortalidad infantil ha descendido a 20.7, disminuyendo del 22% de las muertes a un 13.9% en los últimos 10 años⁵, prevalecen todavía problemas importantes de funcionamiento institucional.

Los hospitales de la SSA tienen un promedio de ocupación de sólo el 50.3% y los médicos que ahí laboran proporcionan menos de una consulta por hora de trabajo⁶, lo cual expresa que a pesar de las grandes necesidades de los pobres existe una amplia capacidad instalada que no se utiliza.

Otro problema de uso de los recursos disponibles se refiere a la seguridad social, pues una comparación entre el número de derecho-habientes y quienes de ellos hacen uso de los servicios revela que más de 10 millones de personas de derechohabientes del IMSS y un 23% de los derechohabientes del ISSSTE nunca hacen uso de los servicios institucionales que les corresponden⁷. El número de personas que tienen seguros médicos privados va aumentando debido sobre todo a que hay empresas que proporcionan esta prestación a sus empleados; si bien se ha afirmado que ello constituye una forma de justicia distributiva, ya que quienes ganan más y pueden pagar seguros médicos privados, al no utilizar servicios prepagados, contribuyen a financiar los servicios de quienes ganan menos y sí los usan; este hecho, en sí mismo, refleja desconfianza por cada empleado pues se pagan *dos seguros médicos* que, de una forma u otra, se revierten a los productos y servicios, encareciéndolos y haciéndolos menos competitivos.

Se ha despertado aún mayor desconfianza ante el supuesto de que los recursos que recibe la seguridad

¹ Cuarto Informe Presidencial, 1992.

² Evaluación de políticas de salud a nivel estatal. Gobierno del Estado de Guerrero y FUNSALUD, 1993.

³ J Frenk y cols. Economía y Salud. En preparación.

⁴ Cuarto Informe Presidencial.

⁵ Salud materno-infantil, Perfiles de la Salud No. 1, SSA, 1993.

⁶ Boletín de Información Estadística, No. 12, Recursos y Servicios, Sistema Nacional de Salud, 1992

⁷ Boletín de Estadística del Sistema Nacional de Salud No. 9.

social no se utilizan en la proporción debida para mejorar la atención, sino que se destinan a programas marginales, a gastos de administración y a otras prestaciones gremiales, muchas de las cuales *no disfrutan* los empleados que pagan cuotas al IMSS, como son aguinaldos, jubilaciones más altas, vacaciones, etcétera. Esta situación ha contribuido a crear malestar frente al IMSS.

Por otra parte, se presenta una deformación de la demanda por el subsidio que, indirectamente, reciben los sistemas de seguridad social debido a los derechohabientes que, por barreras administrativas, acuden a los servicios de salud para población abierta, pues consumen recursos que se requieren para el cuidado de la salud de los más pobres.

d. Deficiencias en calidad. No existen estudios amplios sobre la calidad en los servicios médicos del país. Sin embargo, algunos elementos de instrumentación insuficiente y de derivación de la demanda pueden ser indicadores de la desconfianza del usuario en torno a la calidad. La Encuesta Nacional de Salud realizada por la SSA en los años ochenta mostró que cerca del 40% de la población, aún en presencia de servicios para población abierta y de seguridad social, prefirió acudir a la atención médica privada, la cual, en muchos casos, también tiene deficiencias de administración que repercuten negativamente en la calidad.

e. Fallas de gerencia y administración. Diversos estudios han mostrado que el abasto y el mantenimiento son graves problemas que repercuten en la eficacia y en la calidad de los servicios públicos; también causan desperdicio y pérdidas que pueden ser cuantiosas.

La capacidad instalada que no tiene uso óptimo revela problemas de planeación, instrumentación, vigilancia y control.

La deficiente administración de personal, que se traduce en la insatisfacción del usuario, es causa frecuente de la burocratización; las prestaciones gremiales masivas no constituyen verdaderos estímulos a la productividad y a la calidad y gravitan en el presupuesto.

Los salarios del personal profesional de las instituciones públicas de salud han sufrido un deterioro importante. Los costos de los egresos hospitalarios que en 1992 podían ser de una cantidad equivalente a 300 dólares en un hospital público semiurbano y hasta 1,000 en un hospital general del

IMSS o de la SSA, se conservan comparativamente bajos, gracias al abatimiento nominal de los salarios, entre otras cuestiones. Además, un hospital en México puede requerir el doble de personal por cama que un hospital de países con sistemas más eficientes.

Políticas y medidas para la reforma. Si bien, como se ha afirmado, no existe un modelo de sistema de salud perfecto, existen experiencias y medidas que permiten acercarse a fórmulas que proporcionen servicios que sean satisfactorios para los usuarios y los prestadores de los servicios y que también sean socialmente eficientes (costeables y de calidad aceptable) y adecuados para el desarrollo en las circunstancias en que se encuentra el país.

Se han realizado diversos estudios en México sobre las medidas más apropiadas para la reforma del sector. Desde el ámbito del gobierno, el estudio más completo fue desarrollado en 1981 por la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República. Sus recomendaciones, todavía vigentes, como se ha mencionado, fueron publicadas en el libro "Hacia un Sistema Nacional de Salud".

Otros esfuerzos aplicables a la situación actual han sido desarrollados, sobre todo, en el ámbito de una organización privada, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mediante el "Foro Internacional sobre la Gestión Pública en Salud. El caso de México", en el cual se analizaron diversos temas fundamentales. Otro evento de análisis realizado por esta Fundación fue el seminario denominado "Innovaciones en Sistemas de Salud: Una Perspectiva Internacional", con la colaboración de la Academia Nacional de Medicina y con el apoyo del Instituto Silanes. También se desarrolló un estudio específico de Evaluación de Políticas de Salud, en 1991, en cooperación con el Gobierno del Estado de Guerrero, y en el momento actual se lleva a cabo un estudio de enfoque integral sobre Economía y Salud en México, bajo la conducción de Julio Frenk, que mediante el análisis del peso de la enfermedad, las fuentes de financiamiento, el flujo de los recursos, y la funcionalidad del sistema, permitirá presentar recomendaciones específicas para la toma de decisiones. En este estudio participan de manera importante la Secretaría de Salud, la Facultad de Medicina de la UNAM y el Instituto Nacional de Salud Pública. Cabe mencionar algunas de las principales recomendaciones que se han planteado

para lograr un sistema de salud apropiado a las condiciones actuales:

- Una línea estratégica básica consiste en vincular estrechamente la salud a las políticas de desarrollo. En el momento actual esto se traduce en la necesidad de adaptar el sistema, la organización y el funcionamiento de los servicios a la conveniencia de producir mejores niveles de salud y proporcionar servicios que permitan mantener la capacidad de la población para contribuir a ese desarrollo. También debe vincularse la reforma del sector salud a las políticas de modernización que se han aplicado a otros sectores.

- Se requiere la búsqueda de mecanismos que permitan extender los servicios a toda la población; esto puede representar la adecuación de los servicios públicos y la modificación de los esquemas de seguridad social para disminuir las diferencias regionales y ampliar la atención integral en búsqueda de equidad, cobertura y calidad. Desde hace cerca de dos décadas, los economistas y los planificadores de la salud han señalado que la seguridad social limitada a sólo una parte de la población es causa de injusticia social.

- La descentralización de los servicios públicos y la mayor participación de los Gobiernos de los Estados no sólo contribuye a la mejor toma de decisiones, a ampliar el financiamiento y a involucrar a los sectores, las comunidades y a los usuarios en la gestión de los servicios, sino que puede contribuir a vincular la salud a la política de fortalecimiento de la democracia; las legislaturas estatales debieran involucrarse en la extensión y modernización de la seguridad social, la salud pública y la administración del medio ambiente. La descentralización planificada, ordenada para estimular el profesionalismo y la eficiencia, debe continuarse y fortalecerse.

- Una estrategia que debe ser el eje de la reforma en salud es el estímulo a la competencia como mecanismo que puede fomentar la productividad y la prestación de servicios de mejor calidad.

Para llevar a la práctica esta política se requiere realizar algunos cambios estructurales sustantivos, entre ellos pueden mencionarse los siguientes:

a. En primer lugar, es necesario separar la gestión financiera de la prestación de los servicios de salud.

México es uno de los pocos países que mantienen una estructura monopólica de administración financiera y servicios médicos institucionales.

b. Deberá tomarse en cuenta el punto de vista del usuario de la seguridad social, quien tiene a veces menos posibilidades de escoger el prestador de servicios que los usuarios de los servicios públicos para población abierta. La elección de los prestadores de servicios de salud, por parte del usuario, debe identificarse como un derecho; es posible, además, establecer mecanismos que al tiempo que proporcionan al usuario opciones de selección contribuyen a mejorar la eficiencia y la calidad sin afectar los auténticos intereses de los trabajadores de los servicios, pues, hasta ahora, se ha dado preferencia a presiones gremiales de cúpula que a los puntos de vista de los usuarios y de los prestadores directos de la atención de la salud.

c. Existen fórmulas que permiten estimular la productividad, la diversidad de servicios y mejorar la calidad, gracias a la acción empresarial y a una adecuada mezcla pública y privada. En los EUA y en otros países se ha estimulado la asociación de profesionales de la medicina para proporcionar servicios prepagados a grupos concretos de "compradores de servicios"; este mecanismo ha permitido disminuir la inflación de la atención médica de un 16% anual a sólo un 6% en 1993⁸. En México podrían estimularse asociaciones de profesionales, formadas inclusive con los actuales trabajadores de la seguridad social, para competir, en forma empresarial, en la prestación de servicios de salud, la cual no tiene por que continuar siendo, necesariamente, una responsabilidad directa del gobierno.

d. La mezcla pública y privada también puede ser efectiva en servicios de conservación y mantenimiento de los servicios públicos y de seguridad social; también puede intervenir en el abasto, que es particularmente deficiente en los servicios a población abierta, y en otros sistemas de apoyo y administración.

e. La planeación de los servicios de salud debe incluir medidas para hacer más eficaz el sistema. Una política fundamental debe ser la de procurar que los recursos se orienten a acciones de alta efectividad, de tal manera que se obtengan resultados importantes con el menor gasto posible; esto puede lograrse con el análisis del peso de la enfermedad y la consecuente integración de paquetes de servicios de carácter estratégico.

⁸ Revista "Fortune", enero, 1994

f. Debe introducirse en la gestión pública de salud el concepto de la gerencia eficaz, de la eficiente administración en el manejo de los recursos de salud nacionales. Como en toda organización moderna tienen que ser valoradas la productividad y la eficacia. Por lo tanto, los directivos de los servicios deben ser seleccionados por su capacidad y experiencia; es preciso establecer perfiles de puestos, sistemas de evaluación e incentivos conforme desempeño. En la gerencia de servicios públicos de salud, que tienen alta responsabilidad en manejo de recursos y trascendencia social, hay que evitar la improvisación y los intereses políticos del momento.

g. El mejoramiento de la calidad en los servicios de salud debe constituir una estrategia de carácter nacional; así, hay que presentar programas que estimulen el desarrollo de los servicios para que estén en condiciones de otorgar calidad básica, para ello hace falta establecer procedimientos para vigilar y, en su caso, garantizar servicios idóneos. Una función importante será la de informar a los usuarios sobre los servicios disponibles y su capacidad resolutoria, para que estén así en condiciones de tomar decisiones y hacer uso adecuado de los recursos de salud.

h. Los servicios de salud deben ser respaldados por la tecnología adecuada, mediante el estímulo a la innovación tecnológica que permita el mejoramiento de la atención, sin tener que depender exclusivamente de avances externos que pueden estimular el encarecimiento automático y la pérdida de divisas. Como complemento, debe establecerse un mecanismo, de amplia participación científica y académica, para la evaluación de la tecnología disponible a nivel mundial

y hacer las recomendaciones pertinentes.

i. El punto anterior se encuentra relacionado con el estímulo a la investigación. El mejor conocimiento de los problemas y la búsqueda de soluciones es indispensable para el mejoramiento de los servicios, para acrecentar su prestigio y aumentar la calidad; se ha demostrado que la inversión en investigación básica, clínica y de servicios de salud es altamente redituable, por lo que se recomienda fortalecer la investigación científica y estimular fiscalmente la investigación que realicen las empresas y centros privados.

j. Los sistemas de información en salud que normalmente han contenido estadísticas para uso central deben transformarse para servir a la toma de decisiones para la planeación, así como para la gerencia de control y la aplicación de medidas a nivel local. La información debe ser estructurada en forma de indicadores de productividad y desempeño que permitan formar juicios sobre las labores institucionales. Esta información debe estar al alcance de investigadores, estudiosos y público en general, y debe incluir datos sobre calidad.

k. En todo el mundo la colaboración de las organizaciones no gubernamentales en los análisis, investigación y consultoría han proporcionado apoyos no comprometidos, imparciales y oportunos. En México debe otorgarse impulso a este tipo de instituciones como una forma de obtener la participación de los recursos, capacidades y experiencias de la sociedad en el mejoramiento de los sistemas de salud.