

Sistema Nacional de Salud: sin rectoría no hay rumbo

por **Sofía Charvel, Fernanda Cobo, Pamela Flores**¹

A pesar de la promesa presidencial de crear un sistema de salud universal, la falta de objetivos y estrategias ha ocasionado graves problemas. Sin coordinación entre instituciones no se pueden lograr avances reales en la materia.



A qué se refiere el presidente Andrés Manuel López Obrador cuando promete un sistema de salud como el de Dinamarca? Suponemos que a un sistema de salud con acceso universal y servicios de calidad, cuyo acceso se base en las necesidades de salud de las personas y no en la posibilidad de pago. Suponemos que se refiere a un sistema equitativo para todas las personas usuarias, a un país que invierta el 10% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud y no el 2.7% como México;² a un sistema que cuente con 4.2 médicos por cada mil habitantes y no 2.4,³ como el mexicano; a un sistema de salud con médicos formados y certificados en su propio país y no a un sistema que ante las presiones importa a médicos educados en el extranjero, sin certificación para ejercer en el nuestro. La actual administración parece conocer la meta a la que desea llegar, pero falla en su ejecución ya que ha impulsado reformas para tratar de subsanar los problemas, pero sin la planeación adecuada para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud de calidad.

Los retos de la rectoría en salud

Los sistemas de salud se pueden analizar desde seis componentes principales: provisión de servicios, personal de salud e infraestructura, sistemas de información en salud, acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, financiamiento y rectoría o gobernanza.⁴ La mejora de estos contribuye al fortalecimiento de los sistemas de salud en diferentes aristas. En este primer artículo, de una serie de cuatro, analizaremos el componente de la rectoría, también llamada gobernanza en salud, por constituir un elemento de central importancia para

lograr un funcionamiento coordinado y uniforme del sistema de salud en un país donde este es modificado sustancialmente y de manera reiterada.

Por rectoría en salud, en términos generales, se entiende “la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud”.⁵ Por su parte, gobernanza, en sentido estricto, hace alusión a las instituciones que regulan a los actores y los recursos críticos que influyen en la prestación de servicios de salud y acceso a los mismos.⁶

De esta forma, una buena gobernanza en salud se refiere al control efectivo sobre *el qué hacer y el cómo hacerlo* y así obtener, con los recursos humanos y la infraestructura disponibles, servicios de salud de calidad, sin olvidar la importancia de instaurar mecanismos de vigilancia para el cumplimiento y la progresividad del derecho a la salud. En México, los problemas de rectoría pueden analizarse desde dos vertientes. El primero es la estructura compleja del sistema y el segundo, el cúmulo de leyes, planes, programas y competencias que se distribuyen entre prestadores de servicios de salud individuales y públicos a nivel federal y estatal.

En el Sistema Nacional de Salud mexicano (SNS) interactúan diversos actores y órdenes de gobierno. Por un lado están las autoridades públicas de salud en el ámbito federal, estatal y los directivos de las instituciones de seguridad social; y por otro, el sector social y el sector privado. Una característica del SNS es la segmentación, es decir, se proveen servicios a través de instituciones públicas independientes que responden a la autoridad federal con funciones centralizadas, como el IMSS, Sedena, ISSSTE, Pemex; y estatal, como los servicios estatales de salud y los de seguridad social para la burocracia estatal (por ejemplo, el ISSEMYM en el Estado de México). Asimismo, a nivel estatal se encuentran órganos administrativos de operación desconcentrada del IMSS y del ISSSTE. La provisión de

1 Agradecemos a Andrea Vioria por sus invaluable comentarios para la realización del artículo.

2 Coneval, “El Coneval presenta el primer informe de evaluación estratégica en salud”, 5 de octubre de 2022.

3 OCDE/The World Bank, “Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”, OECD, 2020.

4 Organización Mundial de la Salud, “Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies”, 2010.

5 Organización Panamericana de la Salud, “Rectoría y gobernanza hacia la salud universal”, 2017.

6 *Ibid.*

servicios personales de salud que presta el Estado a través de estas instituciones segmenta a la población, ya sea por su condición de empleo o por quién es su empleador. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la condición de empleo de la población nacional tiene una gran movilidad entre empleos y tipo de empleos (formal vs. informal). Esta movilidad constante y dinámica genera que las personas transiten de un subsistema a otro con dificultades para continuar con los tratamientos, al no existir un sistema que asista al ciudadano para concretar el cambio entre prestadores.

Entonces, el SNS está integrado por diferentes instituciones que poseen poblaciones objetivo diferenciadas. Por ejemplo, el IMSS cubre a las personas trabajadoras de la economía formal y el ISSSTE a los trabajadores del Estado. ¿Y la población sin seguridad social? De 2004 a 2019, el Seguro Popular (SP) fue un sistema de financiamiento cuyo objetivo era cubrir a la población sin seguridad social y a la larga atender a un mayor número de personas y padecimientos. Este sistema tenía dos características particulares. La primera era la asignación de recursos basada en el número de afiliados; la segunda, su descentralización (el financiamiento se distribuía desde la federación a los regímenes estatales de protección social en salud, pero los servicios eran proveídos por estos.). Sin duda, la ausencia de una vigilancia adecuada de la prestación de los servicios por las autoridades locales, la oscura rendición de cuentas y la falta de inversión en el primer nivel de atención⁷ contribuyeron a que en 2019 iniciara un proceso de reforma. En noviembre de ese año se eliminó el SP y se creó el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi). Al igual que su predecesor, buscaba atender a la población sin seguridad social, pero con una estructura centralizada. Ya no serían los servicios estatales los responsables de brindar la atención, sino este instituto (en los estados que se adhirieran a él). La manera en que fue creado y la falta de instrumentos de gobernanza definidos ocasionaron retos importantes para su implementación. Como aparente consecuencia de su mal desempeño, en marzo de 2022 el gobierno optó por el programa IMSS-Bienestar (parte del IMSS) para otorgar servicios a la misma población que el Insabi pretendía atender. Este programa inició en 1979, entonces denominado IMSS-Coplamar, como parte de la función solidaria del IMSS para otorgar atención a personas sin seguridad social en áreas rurales y semiurbanas y en comunidades indígenas. Los servicios que ofrece son limitados y se centran principalmente en el primer nivel de atención. La primera entidad en sumarse al programa IMSS-Bienestar fue Nayarit, seguida por Colima y Tlaxcala. En julio de 2022 ya eran dieciséis entidades con un acuerdo.

7 Son los servicios de primer contacto con la población. Los recursos en este nivel están enfocados en las necesidades de atención básicas y más frecuentes que pueden ser solventadas por actividades de promoción de la salud, prevención y procedimientos de recuperación.

En agosto de 2022 se concretó la nueva estrategia y se creó el órgano público descentralizado, no sectorizado, llamado IMSS-Bienestar,⁸ mismo que es independiente del IMSS y del programa, pero que comparte el mismo nombre. Este esquema de prestación de servicios continúa con la tendencia centralizadora, aumenta la fragmentación y ha complejizado la rectoría y coordinación del sistema a nivel federal y estatal.

De forma paralela a todas las reformas, se cambiaron los esquemas de compra, distribución y abasto de medicamentos y tecnologías para la salud.

En un sistema de salud cada vez más fragmentado, donde el acceso a la salud depende de la condición laboral y no de las necesidades de las personas o de su posibilidad de pago y las coberturas y los tratamientos de los padecimientos son distintos según la institución de afiliación, con un rezago tecnológico importante y sin un intercambio de información respecto a las condiciones médicas de los pacientes, existe una severa amenaza a la continuidad de los tratamientos. Para resolver las problemáticas anteriores, la rectoría debe estar enfocada en atender las necesidades de las personas. Sin coordinación entre instituciones no se puede alcanzar la deseada universalización del sistema de salud.

En México, la interacción entre los actores del SNS está regulada por la Ley General de Salud (LGS) y sus reglamentos, los acuerdos del Consejo de Salubridad General, las leyes estatales de salud, las leyes de los subsistemas como la Ley del Seguro Social, las normas oficiales mexicanas, entre otras. Las metas del SNS deben estar alineadas a las establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y coordinadas a través de los objetivos específicos definidos en el Programa Sectorial de Salud (PSS), así como sus programas de acción y reglas operativas. Para muestra de la descoordinación existente, el PND fue publicado el 12 de julio de 2019,⁹ mientras que el Programa Institucional del IMSS (PIIMSS) lo fue el 18 de junio de 2020,¹⁰ antes que el Programa Sectorial de Salud, publicado el 17 de agosto de ese año.¹¹ Independientemente de las fechas de su publicación, estos programas no se vigilan y no se rinden cuentas de su desarrollo y ejecución. Lo cual, sin duda, es una de las principales debilidades de la rectoría existente y una constante en distintas administraciones.

Las leyes, las políticas y los programas son de vital importancia para el buen funcionamiento del SNS. Por ello, es necesario que los actores estratégicos, por un lado, se apeguen a las reglas y cumplan con los mandatos de las políticas de salud y, por el otro, que exista una instancia rectora normativamente robusta, que cuente con las facultades necesarias para coordinar el sistema de salud de forma efectiva y transparente.

8 Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), DOF, 2022.

9 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, DOF, 2019.

10 Programa Institucional del IMSS, DOF, 2020.

11 Programa Sectorial de Salud 2020-2024, DOF, 2020.

Dicha instancia debe poseer información sobre los logros y los retos del sistema de salud frente a su población y la carga de la enfermedad, con indicadores y datos que permitan tener una evaluación real de las necesidades del propio sistema. Además no debe limitarse a verificar y evaluar los resultados e impactos generados a partir de dichas decisiones, sino también dictar acciones remediales en caso de incumplimiento.

¿Cómo va la rectoría en el SNS mexicano?

Cuando se llevan a cabo reformas estructurales al sistema de salud, la rectoría es la instancia encargada de darles rumbo, de organizar a los actores estratégicos para tratar de llegar a las metas establecidas en dichas reformas. Estamos lejos de contar con ese orden fundamental tanto en la práctica operacional como normativa. Una parte de la falta de rectoría puede ser atribuida a la forma en que el sistema público de salud está normativamente previsto. El artículo séptimo de la LGS prevé que la Secretaría de Salud (SS) es el órgano rector pero, por otro lado, el IMSS, el ISSSTE, el Insabi, el ISSFAM, Pemex y el IMSS-Bienestar (OPD) son órganos no sectorizados. Esto implica que podrán decidir sobre temas fundamentales de forma independiente y sin comunicarse, tal y como ha venido aconteciendo históricamente y en esta administración no ha sido la excepción.

La falta de rectoría se puede sintetizar en tres rubros principales:

1. *Intersectorial*. Aun cuando la SS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, cuenta con facultades suficientes para organizar y liderar el SNS, en la práctica no es así. Pierde fuerza al no ser rectora frente a otras instituciones públicas. Por ejemplo, el modelo de atención en el primer nivel de la seguridad social está atendido por especialistas y medicina familiar, mientras que en el IMSS-Bienestar (OPD) por médicos generales. Esto repercute en la implementación de medidas y políticas públicas en todas las instituciones del sector y en que estas puedan seguirse de forma armoniosa. En síntesis, la problemática intersectorial impide que contemos con un sistema más uniforme y equitativo. Durante la actual administración algunas instituciones o áreas que cobraban especial importancia para el fortalecimiento de la rectoría han desaparecido, disminuido o modificado sus funciones. Un ejemplo es la reducida actuación del Consejo de Salubridad General durante la pandemia de la covid-19, o la supeditación de la Cofepris a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, acción que limita su autonomía técnica.¹²

La rectoría del sistema sigue debilitándose. Además de los cambios institucionales mencionados, se eliminó la Subsecretaría de Integración y Desarrollo, misma que tenía

entre sus funciones la elaboración de diagnósticos sobre las condiciones de los servicios de salud estatales, el establecimiento de políticas y estrategias para la equidad en la distribución de recursos humanos, y la coordinación con otros sectores como el educativo. Lo anterior ha generado estructuras poco claras y caminos complejos para regular el sistema.

El debilitamiento de la rectoría intersectorial se ha gestado desde las administraciones anteriores, una muestra es la disminución en las tasas de vacunación. Desde el gobierno pasado, la cobertura de vacunación con esquema de cuatro vacunas en el grupo de niños de uno y de dos años de edad disminuyó de 26,5 y 50,0% en el 2000, a 19,9 y 35,3% en 2018 y 2019.¹³ Esta tendencia ha seguido a la baja en la actual administración, así como el presupuesto para este fundamental rubro, situación atribuible, en parte, a la falta de rectoría.

2. *Intersecretarial*. En materia de prevención de enfermedades y promoción de la salud, existen acuerdos, programas de acción o políticas públicas que no solamente dependen del SNS, y en particular de la SS para lograr su creación y ejecución, sino de la intervención de distintas dependencias, como la Secretaría de Educación y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por nombrar algunas. Este tipo de programas que requieren colaboración intersecretarial siempre han sido complejos y rara vez cumplen sus objetivos por los retos de coordinación que enfrentan. Por ejemplo, en materia de política fiscal saludable, sería deseable que la recaudación de los impuestos a bebidas azucaradas y productos de tabaco se reinvirtiera en la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas que aquejan a millones de ciudadanos.

3. *Federalización vs. centralización*. Mientras la promesa sigue siendo que en breve tendremos un sistema de salud universal, nuestro país emprende una nueva reforma hacia la recentralización en el sector. Por un lado, los esfuerzos por la federalización en salud datan desde la década de los ochenta, cuando se pretendía disminuir la desigualdad respecto a la disponibilidad de servicios entre entidades y lograr la distribución equitativa del gasto en salud y el fortalecimiento de las capacidades de gestión locales. Con el financiamiento del SP se esperaba conseguir la descentralización; sin embargo, no se lograron los resultados deseados. Durante la actual administración, y derivado de la creación del Insabi y del IMSS-Bienestar (OPD), se ha establecido un sistema centralizado, en el cual la autoridad federal controla el financiamiento, la provisión de servicios y la fiscalización, minimizando la participación estatal. Por sí misma, la centralización de la salud no puede calificarse de exitosa o de un rotundo fracaso. Para que el modelo sea considerado exitoso se deben tomar en cuenta diferentes variables, como consideraciones geográficas, planeación de riesgos y necesidades poblacionales,

¹² Secretaría de Salud, "Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud", 2020.

¹³ Teresa Shamah Levy *et al.*, "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales", INSP, 2019.

	ESQUEMA	LECCIONES PARA LA RECTORÍA	RETOS PARA LA RECTORÍA
BRASIL	<p>La dirección del sistema es ejercida por el Ministerio de Salud.</p> <p>—</p> <p>Cfr. Bruno Sobral de Carvalho y Baldur Schubert, "El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria", Ministerio de Salud, 2013.</p>	<p>Las autoridades centrales tienen funciones claras para la política nacional en salud y a nivel provincial para la coordinación de los subsistemas.</p> <p>Apoyo en comités tripartitos (federación, provincias y municipios) y bipartitos (provincias y municipios) para la coordinación.</p> <p>—</p> <p>Cfr. Roosa Tikkanen et al., International Health Care System Profiles, Brasil, The Commonwealth Fund, 2020.</p>	<p>Existen deficiencias en los sistemas de información para seguir a los pacientes entre hospitales y niveles de atención.</p> <p>—</p> <p>Cfr. Luzia Beatriz Rodrigues Bastos et al., "Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System", <i>Revista de Saúde Pública</i>, núm. 54, 2020.</p>
AUSTRALIA	<p>La estrategia nacional de salud es desarrollada por el gobierno federal a través del Departamento de Salud.</p>	<p>Existencia de una autoridad central para la rectoría y un Consejo de Gobiernos Australianos como herramienta que impulsa la colaboración intergubernamental e intersectorial.</p> <p>—</p> <p>Cfr. Queensland Government, "Council of Australian Governments (COAG)", 2022.</p>	<p>La distribución de algunas materias entre niveles de gobierno puede ser confusa. Existe asimetría de información entre pacientes y proveedores de servicios.</p> <p>—</p> <p>Cfr. Bruce K. Armstrong et al., "Challenges in health and health care for Australia", <i>The Medical Journal of Australia</i>, 187(9), 2007, pp. 485-9.</p>
ITALIA	<p>La descentralización, iniciada en 2001, tuvo resultados variables y creó inequidades entre los servicios a los que tenía acceso la población.</p>	<p>Desde 2006 se buscó la recentralización a través de planes de recuperación regionales y hospitalarios. Estos han funcionado como una herramienta para cumplir objetivos financieros y generar ahorros.</p> <p>—</p> <p>Cfr. Marianna Mauro, Anna Maresso y Annamaria Guglielmo, "Health decentralization at a dead-end: towards new recovery plans for Italian hospitals", <i>Health Policy</i>, 121(6), junio de 2017, pp. 582-587.</p>	<p>Se deben fortalecer las capacidades de gestión locales. Continúan con el reto de mejorar la atención de calidad.</p>

etc. No obstante, si la justificación para regresar a un sistema centralizado en salud es evitar la corrupción, está claro que existe una confusión. Si no hay rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información, la corrupción podrá estar presente en cualquier tipo de modelo, ya sea que esté centralizado o no.

Modelos de rectoría en el mundo

La rectoría no es un reto único del SNS mexicano, por lo que analizar cómo funciona en otros países puede otorgarnos una pauta de acción o enseñarnos algunas formas de responder a los retos relacionados con la operación de los sistemas sanitarios.

Como se observa en la tabla de arriba, la rectoría está estrechamente relacionada con las características propias del país y del sistema de salud que se analiza. Sin embargo, frente a estructuras complejas, la existencia de autoridades robustas con atribuciones y mecanismos de ejecución claros puede ser un buen punto de partida. Si se pretende buscar una solución para el caso mexicano, se tienen que explorar las características específicas del país, no solo en materia de salud, sino en la implementación de políticas públicas, la inversión, la tecnología y otros factores que se ven influenciados por las dinámicas políticas.

Si la actual administración tiene como uno de sus objetivos la centralización y universalización del sistema de salud, tiene la obligación de presentar un plan concreto que determine los objetivos de las nuevas instituciones responsables de la salud (Insabi e IMSS-Bienestar) y de la organización en su conjunto, así como dar a conocer qué indicadores se evaluarán en

el presente o en el futuro próximo. Así también, tiene la obligación de mostrar con transparencia el funcionamiento del nuevo mecanismo de compra y distribución de medicamentos e insumos. Hasta el momento este se ha implementado de forma fallida, ocasionando problemas de abasto y distribución. Existen indicadores claves para comprender hacia dónde va el sistema, tales como si ha existido un aumento o disminución del acceso a la atención médica de calidad, el porcentaje de surtimiento de recetas, tasas de sobrevida, entre otros.

Cuando los datos indican que hay un aumento en la atención médica en los consultorios adyacentes a farmacias y en la utilización del sistema privado en el primero y segundo niveles de atención, así como en el gasto del bolsillo, y una disminución en las tasas de vacunación, eso significa, entre otras cosas, que la rectoría del SNS está a la deriva.

Preocupa pensar que la actual administración pretende remediar los males de la fragmentación, la corrupción y la confusa organización del sistema de salud mediante la creación de nuevas instituciones y un nuevo modelo de centralización. Para lograr un cambio sustancial, se requiere fortalecer la rectoría, a la par de otros componentes esenciales como la inversión en tecnología, contar con reglas de operación claras, capacitación del personal de salud y redefinición de los mecanismos de rendición de cuentas con base en indicadores de salud. —

SOFÍA CHARVEL es profesora titular del Departamento de Derecho en el Instituto Tecnológico Autónomo de México.

FERNANDA COBO es profesora del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

PAMELA FLORES es investigadora del Programa de Derecho y Salud Pública del Instituto Tecnológico Autónomo de México.