

CAPÍTULO CUARTO

EL SECTOR PRIVADO. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Francisco P. NAVARRO-REYNOSO*

SUMARIO: I. *Mercado sanitario*. II. *Cultura sanitaria*. III. *Cuadrángulo virtuoso de la salud*.

El cambio epidemiológico que ha existido en las últimas décadas obliga a poder plantear y, en su caso, hacer cambios en los planes, programas y proyectos en las medicinas pública y privada.

En 1965, las enfermedades infecciosas ocupaban las dos primeras causas de muerte en México, seguidas en tercer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, el sarampión, los accidentes de tráfico de vehículo de motor, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y, por último, las infecciones respiratorias agudas bajas.

Casi cincuenta años después (2014), las diez causas principales de muerte cambiaron, donde el primer lugar fue ocupado por la diabetes mellitus, seguida por las neoplasias, la enfermedad isquémica del corazón, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad cerebrovascular, la EPOC, las afecciones-periodo perinatal, las infecciones respiratorias agudas bajas, los

* Médico adscrito al Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”, SSF.

accidentes, las agresiones y los homicidios, y, por último, la nefritis y la nefrosis.¹

En la actualidad, en México ha cambiado el patrón de enfermedades y parece no creerse, pues ha ocurrido un aumento de las infecciones respiratorias agudas, de las infecciones intestinales, del sarampión, de la tosferina y del VIH, así como de la diabetes mellitus, en donde observamos que un 14.4% de la población —cerca de 7.3 millones— la padece y de los cuales sólo el 5% están controlados, el 38% tienen un control pobre y el 56% están bajo un control muy pobre. Asimismo, han aparecido enfermedades emergentes y reemergentes, como la influenza, el cólera, el hanta, el dengue y la tuberculosis farmacorresistente. También podemos señalar a la hipertensión arterial, que la padece un 43% de la población, aproximadamente 28 millones; la obesidad y el sobrepeso, que la presentan el 70% de los adultos, y los accidentes, en donde se registran 24,000 muertos anuales en accidentes viales y que es la primera causa de muerte en niños en el hogar.²

Hemos visto un aumento de las adicciones, e incluso de las drogas legales, como el tabaco, que provoca muerte prematura, y el alcohol, que se relaciona con accidentes y violencia-accidentes, lo que repercute en la seguridad. También hoy en día han aumentado las enfermedades mentales, la depresión y el cáncer, como los de mama, cérvix, pulmón y próstata.

Al modificarse estos patrones de morbilidad y mortalidad se incrementa la demanda de servicios, por lo que se requiere que el sistema de salud pueda responder a estos cambios con calidad, efectividad, eficiencia, equidad, acceso y financiamiento. En el futuro inmediato, también veremos el incremento de 8 millones de la población de 0 a 14 años, con un crecimiento del 45%, en comparación con el 334% de la población de 65 años y más; estos

¹ Rivero Serrano, Octavio (coord.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas*, México, UNAM, Seminario sobre Medicina y Salud, 2013, pp. 372-387.

² *Idem*; Navarro-Reynoso, Francisco P. et al., “Declaratoria 49. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Situación actual y futura”, en Academia Mexicana de Cirugía, *Declaratorias de Académicos 2017*, México, Alfil, 2018.

últimos datos nos obligan a pensar ¿qué podemos hacer ante este nuevo contexto? En efecto, podemos llegar a pensar lo siguiente: ¿para qué se crearon las instituciones?, ¿en dónde estamos?, ¿en dónde deberíamos estar?, ¿hacia dónde deberíamos de ir?, ¿el sistema dónde nos necesita?

Primeramente, voy a comenzar desde un punto de vista económico para definir qué es mercado, cuáles son los componentes del mercado y qué es el mercado sanitario.³

I. MERCADO SANITARIO

El mercado sanitario puede definirse como el área geográfica en la que concurren vendedores y compradores de mercancías y servicios con el objeto de realizar transacciones de tipo comercial, de tal manera que el o los precios de las mercancías y servicios tienden a unificarse; en este ámbito entran en juego las relaciones de oferta y demanda, que concurren para la formación de un precio. El mercado sanitario es el lugar donde se genera y difunde información acerca de los precios de los bienes y servicios para que se puedan efectuar las transacciones.

Todas estas definiciones nos hablan de un precio; sin embargo, platicando con un mercadólogo, resulta que para la definición de mercadotecnia sólo llegamos hasta antes del precio, y en el mercado sanitario también es difícil hablar de un precio uniforme o la formación de un precio para un determinado servicio.

Lo común en el mercado son las mercancías que se manejan: la oferta, donde en ocasiones los pacientes de los ámbitos privado

³ Navarro-Reynoso, Francisco P. y Navarro-Silva, Helena Carolina, “Capítulo 43. Obesidad, sobrepeso y patología pulmonar”, en Abdo, J. M. *et al.* (coords.), *Nutrición, obesidad, DBM, HTA, dislipidemias, TCA y salud mental. Mejores prácticas franco-méxico-colombianas*, México, Producciones Sin Sentido Común, 2019, pp. 473-487; Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, “Salud: austeridad privatizadora”, *Nexos*, 1o. de agosto de 2019, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=43575>.

y público acuden horizontalmente hacia los dos mercados bajo un precio justo.

En este sentido, nos ocuparemos de tratar de analizar lo que sucede en la medicina privada, en donde los grandes consorcios tienen menos del 7% del total del mercado. En efecto, la mayoría de las unidades médicas privadas tienen más de dos camas, pero menos de veinte, y éstas ocupan el 93% del mercado. En Estados Unidos, los mejores hospitales son los privados, mientras que en México los mejores son públicos; sin embargo, esto se puede analizar desde varios puntos de vista, siendo el primero de ellos la infraestructura, en donde los grandes consorcios cuentan con la mejor, en tanto que en los públicos la infraestructura cumple con los estándares. De acuerdo con todo lo anterior, podríamos decir que el mercado sanitario es aquel al que concurren las instituciones de salud (públicas y privadas), los individuos y las organizaciones con el objeto de obtener un producto o servicio de salud, que hace las veces de mercancía.⁴

II. CULTURA SANITARIA

Si nos formuláramos las siguientes preguntas: ¿es lo mismo cultura sanitaria que cultura médica?, ¿es válido en México el concepto “cultura sanitaria” o “cultura médica”?, primeramente podemos decir que la cultura sanitaria es el conjunto de valores, ideas y creencias que tienen los individuos respecto a la salud y que determina, en gran parte, su comportamiento orientado a la utilización de medicinas paralelas; en cambio, la cultura médica es el grado de información que posee la población sobre la medicina alopática, y determina un mayor patrón de utilización de los servicios médicos, pero sobre todo una mayor exigencia y demanda de información.

Con todo esto, podríamos decir cuál de los dos términos es válido. En efecto, pienso que ambos son válidos en determinados niveles, pero ¿cómo afecta el nivel de uno u otro? Considero que

⁴ *Idem.*

sería con la ausencia en la participación de la gente en la preservación de su salud, desde el punto de vista curativo, preventivo y de rehabilitación. Existen varias leyes y reglamentos que establecen cómo se deben otorgar los servicios de salud y los derechos y obligaciones que tienen el personal de salud, el paciente y su familia, así como las características obligatorias que deben tener las unidades médicas prestadoras de servicios, estableciéndose cuáles son las sanciones en caso de no cumplir.

La actualización de las leyes garantizará que esta relación entre las instituciones, los trabajadores, los pacientes y los familiares se desarrolle con seguridad, calidad y acceso seguro.

La actualización y adecuación de la legislación sanitaria como condicionante de consumo permitirá fortalecer los mercados privados, fomentar la competencia y aumentar la participación del sector privado en la prestación de servicios; con esto, podemos afirmar que el sector privado requiere cambiar y engancharse con la comunidad.

Considero que los puntos que estamos viendo pueden ser sometidos a discusión, sobre todo en un país como el nuestro, en donde los costos no están regulados y la competencia no existe, en términos reales, en las instituciones públicas de salud; es decir, el IMSS no compite con el ISSSTE, porque están dirigidos a mercados completamente distintos, y muchas veces la participación de servicios privados en los públicos se debe a la ineficiencia o grandes costos de operación de los públicos. Lo que sí puede ofrecer ventaja es la implantación de organismos certificadores, tanto para organismos públicos como privados; en efecto, para los privados, la legislación efectivamente puede ser la condicionante simplemente para que existan y, luego, compitan.

Existen atributos del cliente como condicionante del consumo; los primeros son los inherentes al individuo, las reacciones ante la enfermedad, una mayor participación académica de buen nivel y contar con hospitales solidarios con el médico.

En este capítulo, podríamos plantear lo siguiente: ¿qué hacer en la medicina privada? Primeramente, sería legislar para que la

certificación sea obligatoria, que existan comités de ética efectivos, contar con un observatorio de la actuación del equipo de salud y eliminar el médico de farmacia, ya que se ejerce medicina no segura, además de que se debe legislar a favor de la salud en los medicamentos similares y “farmacoequivalentes”.

Dado que algunos médicos son los mismos en la medicina pública y en la privada, deben de aplicar las mismas bases de ética profesional y médica, y no pueden cambiar la forma de proceder en ambos escenarios. Si se debiera preferir a alguno, podríamos decir que sería el ámbito público, ya que en ese ámbito los pacientes son con los que tuvimos oportunidad de aprender y con ellos poder escalar peldaños en el ámbito público y el privado de la medicina, por lo que no debería de haber ninguna diferencia en el ejercicio en ambas medicinas.

Existen algunos elementos que deben de considerarse para poder asegurar la mejor atención médica; uno de ellos es la certificación de las unidades médicas, esto es, la mejora de la infraestructura, ya sea remodelación, ampliación o sustitución por unidades nuevas.

La capacitación es un elemento que debe ser permanente en todas las instituciones, dado que entre mayor sea la capacitación, mejor será la atención médica, tanto técnica, ética y de trato. En el ejercicio de la medicina es importante mantener vigente la certificación del personal médico, y ésta debe de ampliarse a otros grupos, como enfermería, trabajo social, laboratorio clínico, técnico de radiología y nutrición, entre otros. Una atención especial merece el grupo odontológico, dado que a pesar de que no estudiaron la carrera de medicina, deben de someterse al escrutinio de sus pares, ya que atienden directamente a los pacientes, por lo que deben demostrar su actualización y su vigencia en conocimientos y requisitos igual que el personal médico.

Las instituciones deben obtener todas las certificaciones que garanticen la mejora y seguridad de la atención médica, tanto la del Consejo de Salubridad General como la de otros ámbitos.

Las instituciones médicas de prestigio visten al personal de salud; éstos, a través del tiempo al trabajar en dichas corporaciones,

obtienen el prestigio de la institución, la cual se mantiene por el buen ejercicio de la profesión del grupo de salud, que le retroalimenta a la propia institución en su mejor prestigio; con esto, consideramos que todo el grupo viste a su institución, pero la institución también viste a su personal. En la medicina privada hay un “peloteo” alto de pacientes, inclusive sin una buena indicación de la referencia, ya que el objeto es enviar pacientes a otros especialistas con la finalidad de que ese mismo le devuelva más pacientes sin una referencia justificada; en el mercado privado existe la fama del médico dentro del medio que, si bien puede ser bien ganada, puede ser benéfica en el mercado individual, pero no así en el sistema privado en lo global. En nuestro medio, la medicina privada no se maneja como instituciones que ofrecen grandes servicios, como puede ser el caso de los consorcios americanos; aquí, los grandes consorcios sólo ofrecen algunas ventajas y una de ellas es la actividad de médicos en lo individual.

En los Estados Unidos de América, las mejores instituciones médicas son las de carácter privado, mientras que en México las mejores son las públicas. En México, la medicina privada debe de trabajar para elevar su nivel y poder desarrollar mejores actividades de atención médica, educación e investigación; de esto último es lo menos que se realiza en las instituciones privadas. Por lo tanto, debe elaborarse un plan definido que sienta las bases para trabajar y poder ir fortaleciendo estos ámbitos.

Existe en el mercado privado una problemática que le he llamado “imperfección del mercado”, que consiste en que para poder tener acceso a él se requiere, en primer lugar, contar con dinero y/o seguro. Sabemos que ésta es una gran limitación en el acceso; además, el sistema privado puede ser una gran solución para poder disminuir la demanda de la medicina pública.

Una gran debilidad es que en el sector privado hay una falta de información o no existe información confiable, por lo que es condición indispensable saber cuál es la verdadera información y que con ésta podamos tener un diagnóstico situacional y, entonces, estar en la posibilidad de diseñar un mejor plan de desarrollo de la integración del sector privado con el público.

Se ha planteado por algunas personas del sector público que en la subrogación de servicios de salud se le pague al mejor, lo cual me parece y es muy loable, pero el paciente debe acudir con el mejor y con el que escoja, no al que le toque; por tanto, el mejor médico tendrá más pacientes y el malo no. Ahora debemos de plantear quién es el mejor médico; así pues, será aquel que tenga no sólo el diagnóstico más eficaz, sino también el que sea más humano, el más cercano, el más ético; en pocas palabras, será aquel que el paciente escoja. Esto se resume en que el médico en ambos sectores debe ser un profesional completo e íntegro, y con esto lograr que sea un sistema más eficaz.

Una pregunta que nos podemos hacer es la siguiente: ¿nuestros sistemas público y privado son eficaces en el diagnóstico? Muchas veces pensamos que el sistema u organización que tenga lo mejor en infraestructura, o la más sofisticada, es el mejor; no obstante, esto se encuentra muy lejos de serlo, ya que este planteamiento conlleva una inversión grande, ya sea por compra o por pago por evento, y cualquiera de los dos requiere de un financiamiento y un flujo de efectivo alto de retorno, lo que en ocasiones es difícil de lograr, y además de que el beneficio que se logra es sólo para unos pocos, lo que convierte al sistema en ineficiente, con poca oferta de servicios y mucha demanda. Cualquier sector poseedor de una tecnología debe de estar al alcance de ambos, a fin de dotar al paciente del beneficio tecnológico; sin embargo, equipamiento no es sinónimo de ejercer una medicina efectiva, pues a veces se convierte en cara e ineficiente.

En el mejor de los escenarios, el objetivo mayor será ofrecer salud a la población, tanto en instituciones públicas como privadas, a través de un Plan Nacional Maestro de Infraestructura. Por ejemplo, en la Ciudad de México contamos en el área cercana al Centro Médico Siglo XXI, a 4.5 kilómetros a la redonda aproximadamente, con 36 tomógrafos, en donde algunos hospitales tienen citas de pacientes ambulatorios a 3 meses o más, y en otros existen turnos que a veces tienen intervalos de 5 horas en los que no hay pacientes. Esto último nos debe llevar a la reflexión de

cómo hacer más efectivo todo el sistema nacional de salud; tal vez debamos de voltear a ver a una mayor subrogación de servicios, el compartir infraestructura y la operación de unidades en fin de semana y turnos vespertinos, así como el pago por evento.

Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés en su artículo comentan que la propuesta del actual gobierno federal en materia de salud se sustenta en un explícito rechazo a las iniciativas “privatizadoras” de las pasadas administraciones y a las llamadas políticas “neoliberales”. En el apartado dedicado a la salud del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 se señala:

El desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal. El resultado: en un periodo en el que proliferaron los dispensarios, clínicas y hospitales privados de todas las categorías, incluso los de gran lujo, los establecimientos públicos han sido librados al saqueo de la corrupción, la indolencia burocrática y el estrechamiento presupuestal.

Esto ha dado lugar a grandes recortes del gasto público en salud, los cuales han reducido la disponibilidad de medicamentos, médicos y enfermeras en los institutos nacionales y cientos de clínicas y hospitales públicos de todas las entidades federativas. Estos recortes del gasto social, tan propios del neoliberalismo, están obligando a las familias mexicanas a recurrir de manera creciente a los servicios privados para atender sus necesidades de salud, exponiéndose a incurrir en gastos catastróficos; pero considero que todo esto es el resultado de la ineficiencia e ineficacia del modelo de la medicina pública en nuestro país.

El objetivo de este ensayo es documentar las medidas que se implantaron en los últimos tres años del gobierno anterior y el primero del actual, las cuales pusieron fin a un largo esfuerzo por ampliar la inversión pública en salud con la intención de alcanzar la cobertura universal. Estos recortes presupuestales y la mala administración del gasto están produciendo una gradual privatización de la atención de la salud, que está afectando sobre todo a

los más pobres y que contradice en los hechos a los propósitos de una administración que se autodefine como progresista; tal parece que se olvidan del incremento del gasto total en salud en México, al pasar de 45% en 2000 a 53% en 2015. En este sentido, Frenk sustenta que, por fin, el sistema mexicano de salud se estaba financiando con recursos predominantemente públicos, un requisito para alcanzar la cobertura universal de salud; sin embargo, en 2016 —la última cifra disponible—, la participación del gasto público en el gasto total en salud se redujo a 52% y Frenk comenta que los porcentajes de 2017, 2018 y 2019 no serán mejores. Sabemos que los gastos de bolsillo disminuyeron con la implantación del Seguro Popular, que para 2000 representaron 52% del gasto total en salud y se redujeron a 40% en 2016, a diferencia de la cifra promedio de los países de la OCDE, que es de 14%.⁵

La actual crisis que viven las instituciones públicas de salud en México tendrá consecuencias ineludibles, que ya han sido identificadas por varios de sus principales actores: la migración hacia el sector privado y el consecuente incremento del gasto de bolsillo entre los usuarios de los servicios públicos de salud, ya que hoy en día los pacientes y sus familiares se ven obligados a adquirir por su cuenta los insumos de los que no disponen las unidades públicas, a pesar de que ya pagaron por ellos mediante sus impuestos y sus contribuciones a la seguridad social, y con un gran diferimiento en las citas y programación de estudios y procedimientos quirúrgicos o de intervención, por lo que prefieren acudir al mercado privado para algunas cosas, lo cual les representará pagar un poco más de lo que en la actualidad les cuesta la medicina pública; la gratuidad no existe.

El gobierno que prometió garantizar el acceso “gratuito” a servicios de salud de alta calidad a todos los mexicanos está promoviendo, con sus decisiones, la privatización de la atención a la salud. Muchos de los mexicanos que recurren al gasto de bolsillo para atender sus necesidades de salud incurrirán irremediable-

⁵ Navarro-Reynoso, Francisco P. y Navarro-Silva, Helena Carolina, “Capítulo 43. Obesidad...”, *op. cit.*, pp. 473-487.

mente en gastos catastróficos, pues tendrán que utilizar sus ahorros, vender sus activos y/o pedir prestado para evitar el sufrimiento de sus seres queridos, y en donde los más afectados serán los más pobres.

Frenk sostiene que es necesario superar la obsesión por descalificar los avances del pasado mediante el uso irreflexivo del epíteto “neoliberal”, ya que esta práctica es parte de un síndrome más extenso, consistente en basar las políticas públicas en preconcepciones ideológicas y no en evidencias científicas. Así, un sistema que recompensa la lealtad ideológica por encima de la competencia técnica conduce irremediablemente a un nivel de impericia gerencial, que el actual gobierno ha puesto en evidencia, con graves consecuencias para la salud y el bienestar de la población, puesto que es una cruel paradoja que dicha incapacidad técnica esté llevando a un gobierno autodefinido como “progresista” a promover en los hechos el tipo de políticas “neoliberales” que tanto dice aborrecer.⁶

En época de crisis, en el mercado privado lo que aumenta es la oferta y existe poca demanda, por lo que se debe ampliar la oferta para aumentar la demanda; parece poco lógico, pero es cierto.

¿Qué hacer en la medicina privada? Considero que, ante este escenario, el sector privado de la medicina debe tener una mayor presencia en la comunidad, utilizando más mercadotecnia y sacrificando un poco el margen esperado de ganancias, con el fin de atraer una mayor demanda; se requiere una mayor presencia en la investigación sectorial y una educación de mejor nivel.⁷

Por otro lado, los servicios privados deben de introducirse dentro de la protocolización en el manejo de los pacientes, lo cual tendrá grandes ventajas, como estudiar adecuadamente a los pacientes de acuerdo con sus signos y síntomas, que redundará en menor gasto, más eficacia en el diagnóstico y mejor manejo de los pacientes, con las repercusiones económicas a la baja en el gasto.

⁶ Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, *op. cit.*

⁷ *Idem.*

Muchos pacientes cuentan con seguro de gastos médicos, pero esto no implica gastar más de lo que se debe de gastar.⁸

Una buena estrategia podría ser la creación de centros especializados privados, en donde se ofrezca, una vez hecho el diagnóstico, el mejor manejo para el paciente a precios razonables, así como poder intercambiar pacientes entre estos centros con otras instituciones con especialidades complementarias, lo cual podría favorecer el pago entre instituciones públicas y privadas o entre públicas.

Siempre he pensado si existe o no diferencias entre la medicina pública y la medicina privada, o si hay alguna diferencia entre el ejercicio profesional en la medicina pública y la medicina privada. Considero que no debe de existir, ya que las enfermedades no se distribuyen uniforme ni aleatoriamente, sino que esto se relaciona con la estructura social y cultural. Muchas veces el que un individuo busque atención médica dependerá de su bagaje cultural o educativo, económico y hasta religioso, y la reacción del individuo ante la enfermedad depende, asimismo, de la estructura social y cultural, pues la “lucha” contra la enfermedad no es sólo del gobierno o el médico, sino también debe ser educativa, social, religiosa y económica.

En la actualidad hay que pensar que las instituciones o los hospitales modernos públicos o privados deben ser altamente eficientes, efectivos, autosuficientes, autosustentables, financiables, financieramente efectivos y promotores de la educación y de la investigación, así como de estancias cortas y de consulta externa efectiva de todo el día, donde se pueda modernizar la infraestructura por medio de renta, arrendamiento financiero, arrendamiento puro o comodato. Asimismo, estos hospitales deben contar con unidades de calidad y seguridad de la atención, al igual que cirugía de corta estancia y ambulatoria. En este sentido, se debe pugnar por que existan hospitales comunitarios y socialmente responsables.

⁸ Navarro-Reynoso, Francisco P. *et al.*, *Hacia una nueva dirección de hospitales*, 3a. ed., México, Trillas, 2017.

Además, todos los hospitales (públicos o privados) deben contar con procesos de auditoría médica cruzada interna, planeación estratégica, sistemas efectivos de costos, mantenimiento de índices de medición, buenas normas y procedimientos, guías clínicas y terapéuticas, cumplimientos de más normas oficiales, efectiva selección de personal, trabajo en equipo (difícil de obtener en los grupos de salud y aún más entre médicos), capacitación continúa (se necesita educar, no nada más enseñar), reconocimientos al desempeño y preparación de futuros directivos; de igual manera, deben trabajar y promover una “educación para la salud” y una “atención integrada a la salud”, e impulsar el proceso de crecimiento individual, la promoción de valores y el cambio de actitud del equipo de salud.

Todo esto que señalamos líneas arriba lo podemos lograr con estrategias de adoctrinamiento colectivo organizacional y fomentando la cultura del nosotros.⁹

¿Qué podemos hacer? Establecer una estrategia de prestación de servicios preventivos ordenados y dirigida a los cinco grupos poblacionales. Serán preventivos en salud materna para garantizar un embarazo saludable; prestar servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad; detectar y disminuir factores de riesgo obstétricos; promover consultas prenatales, por lo menos cinco; prescribir de manera profiláctica hierro y ácido fólico; aplicar al menos dos dosis de toxoide tetánico; otorgar orientación nutricional, y atender el parto y el puerperio.

Otra estrategia se dirigiría a garantizar un buen desarrollo infantil desde el periodo neonatal; brindar atención al recién nacido; fomentar la lactancia materna, por lo menos durante seis meses; prestar servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad; garantizar la aplicación de todas las vacunas; señalar la posición adecuada del lactante para dormir; estimular el desarrollo cogni-

⁹ Navarro-Reynoso, Francisco P., “Un cuadrángulo virtuoso, complemento de la atención médica”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 73, núm. 4, 2010, p. 211.

tivo; prevenir y controlar enfermedades diarreicas y respiratorias, y fomentar el control nutricional, crecimiento y desarrollo.¹⁰

III. CUADRÁNGULO VIRTUOSO DE LA SALUD

Para poder pensar en que funcionen los proyectos y programas que emanen de las entidades federales o estatales, o de las instituciones también del Estado, del sector privado o del social, debemos plantear la interacción y el trabajo conjunto entre ellas. Para esto hemos mencionado la activación del cuadrángulo virtuoso de la salud, en donde la parte central del sistema trabajará para preservar y restablecer la salud, con todo lo que esto conlleva (prevención, diagnóstico y tratamiento tempranos, rehabilitación e incorporación al individuo a las tareas de crecimiento económico en el país), y que, dentro del sector social, las academias, los patronatos, los voluntariados, las asociaciones, entre otros, puedan participar en esta activación. Si todos participamos en esta gran tarea, podremos activar a la sociedad, que es por quien trabajamos (figura 1).¹¹

FIGURA 1. CUADRÁNGULO VIRTUOSO DE LA SALUD



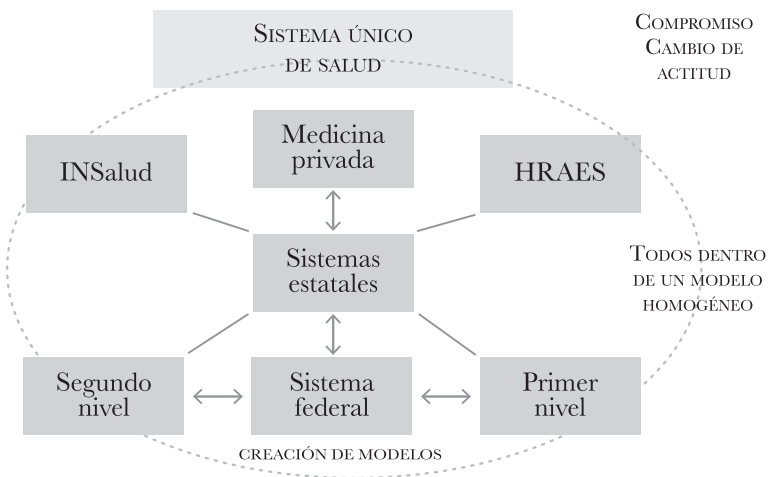
¹⁰ Navarro-Reynoso, Francisco P. y Navarro-Silva, Helena Carolina, “Capítulo 43. Obesidad...”, *op. cit.*, pp. 473-487.

¹¹ González-Martínez, J. F. *et al.*, “Gestión de la calidad. El modelo educativo del Hospital General de México y su certificación ISO 9001-2008”, *Los Retos de la Educación Médica*, vol. 1, núm. 2, 2012, pp. 230-258.

Para pensar en un sistema único de salud, debemos de establecer un modelo homogéneo entre los tres sectores que conforman al sector salud (el público, el privado y el social), como ya lo mencionamos anteriormente, pero impulsando más proyectos que influyan en el manejo y protocolos de pacientes, tal y como se trabaja en gran medida en el IMSS, institución que cubre prácticamente a la mitad de la población en México. De esta manera, será entonces como podremos tener una mejor cobertura, un mayor acceso y una mejor medicina resolutiva (figura 2).¹²

FIGURA 2. INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

¿Qué podemos hacer?



Proponemos algunas conclusiones después de esta revisión de ciertos puntos de vista:

- Retomar la función rectora de la SSF.
- Resolver el problema del financiamiento.

¹² Navarro-Reynoso, Francisco P., “Hacia un hospital moderno”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 73, núm. 2, 2010, pp. 81 y 82.

- Separar los fondos para la atención médica y los fondos de otro tipo.
- Aumento paulatino del PIB para salud hasta poder alcanzar el 9%.
- Todas las intervenciones deben ser costo-efectivas.
- Invertirle a la capacitación del personal.
- Mayor interacción entre la medicina privada y la pública.
- El cambio de actitud del personal permite una mejor calidad y seguridad en la atención.
- La calidad y seguridad de atención es brindar el mejor servicio, y esto sí es posible.
- El capital humano institucional debe cambiar para enfrentar los retos del futuro.
- Se requiere de trabajo en equipo.
- Se necesitan directivos de tiempo completo (las 24 horas del día).
- Mejor medicina asertiva.
- Proyectos que modifiquen los determinantes sociales.
- Acceso y cobertura efectivos.
- Activar el círculo virtuoso de la salud.
- Búsqueda de integración del sistema.
- Garantizar el no rechazo.
- Proyectos federales rectores que bajen a los diversos servicios de salud.
- Creación de modelos de atención.
- Impulsar el desarrollo de la medicina de primer contacto.
- Política hospitalaria de todo el sector.