

Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México

Ciro Murayama y Santos M. Ruesga (coordinadores)



HACIA UN SISTEMA NACIONAL
PÚBLICO DE SALUD EN MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa Universitario de Estudios del Desarrollo

Cámara de Senadores
Instituto Belisario Domínguez

HACIA UN SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD EN MÉXICO

UNA PROPUESTA INTEGRAL A PARTIR
DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Ciro Murayama y Santos M. Ruesga
(coordinadores)

Jesuswaldo Martínez Soria

Olga Solas

Patricio Morales

Pablo Sauma

Miguel Ángel Díaz Peña

Julimar da Silva



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Instituto
Belisario Domínguez
Senado de la República

SENADO DE LA REPÚBLICA

Murayama Rendón, Ciro, coordinador
Ruesga Benito, Santos Miguel, coordinador
Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México – / Ciro Murayama Rendón. Santos Miguel Ruesga Benito. – Primera edición.
400 páginas
ISBN UNAM: 978-607-02-7857-0
1. Salud – México. 2. Sistema Nacional – México. 3. Canadá. 4. Chile. 5. Costa Rica. 6. España. 7. Reino Unido.

Primera edición: 2 de febrero de 2016

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Coordinación de Humanidades
www.humanidades.unam.mx

Programa Universitario de Estudios del Desarrollo
Planta baja del edificio Unidad de Posgrado
Costado sur de la Torre II de Humanidades
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, 04510, México D.F.

ISBN: 978-607-02-7857-0

D.R. © Cámara de Senadores a través del
Instituto Belisario Domínguez
Donceles 14, colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, 06000, México D.F.

Portada

D.R. © Diego Rivera, 1953

Fragmento del mural *El pueblo en demanda de la salud (Historia de la medicina en México)*

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en México

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 11

Ciro Murayama Rendón y Santos M. Ruesga Benito

<i>Objetivos del estudio</i>	14
<i>Metodología</i>	16
<i>Investigadores</i>	18
<i>Entidades patrocinadoras y colaboradoras</i>	18

CAPÍTULO PRIMERO 19

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

Jesuswaldo Martínez Soria y Ciro Murayama Rendón

<i>Introducción</i>	19
<i>Marco legal y derechos</i>	20
<i>Cobertura y situación actual de la atención a la salud en México</i>	26
<i>Transición demográfica y epidemiología y situación actual de la salud</i>	33
<i>Estructura general del sistema mexicano de atención a la salud</i>	45
<i>Financiamiento</i>	58
<i>Tendencias y reformas en marcha</i>	86
<i>Análisis DAFO sobre la atención a la salud en México</i>	90
<i>Trayectoria tipo de inserción de un paciente en el sistema de atención a la salud en México</i>	96
<i>Anexos</i>	98

CAPÍTULO SEGUNDO 125

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CANADÁ

Olga Solas

<i>Introducción</i>	125
<i>El sistema de atención a la salud en Canadá</i>	127

<i>Financiamiento</i>	136
<i>Modelo de provisión de servicios de salud: organización, regulación, gestión y administración del sistema</i>	144
<i>Principales reformas en el sistema de atención a la salud</i>	149
<i>Análisis DAFO del sistema de atención a la salud en Canadá</i>	150
<i>Trayectoria tipo de inserción de un paciente en el sistema de atención de salud canadiense</i>	153

CAPÍTULO TERCERO 155

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CHILE

Patricio Morales

<i>Introducción</i>	155
<i>Antecedente histórico-institucionales</i>	155
<i>Marco legal y organización del sistema de salud</i>	160
<i>Estructura general</i>	165
<i>Financiamiento</i>	169
<i>Tendencias y reformas en marcha</i>	172
<i>Conclusiones y aprendizajes</i>	174
<i>Análisis DAFO del sistema de atención a la salud en Chile</i>	175

CAPÍTULO CUARTO 177

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN COSTA RICA

Pablo Sauma

<i>Introducción</i>	177
<i>Organización y marco normativo del sistema de salud</i>	178
<i>Cobertura, financiamiento y gasto en salud</i>	185
<i>Gestión del Seguro Social de Salud</i>	198
<i>A modo de conclusión: análisis de situación del Seguro Social de Salud</i>	206
<i>Análisis DAFO del sistema de salud costarricense</i>	210
<i>Itinerario de un paciente dentro del sistema de salud de Costa Rica</i>	212

CAPÍTULO QUINTO 215

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN ESPAÑA

Miguel Ángel Díaz Peña

<i>Introducción</i>	215
<i>Antecedentes y creación del Sistema Nacional de Salud</i>	216

<i>Marco legal del sistema</i>	223
<i>Población protegida y acceso al Sistema Nacional de Salud</i>	230
<i>Derechos reconocidos y su extensión</i>	234
<i>Estructura general del Sistema</i>	242
<i>El financiamiento y el gasto del Sistema Nacional de Salud</i>	253
<i>Tendencias en el Sistema Nacional de Salud: reformas recientes</i>	267
<i>Análisis DAFO del Sistema Nacional de Salud español</i>	268
<i>Trayectoria tipo de un ciudadano por el sistema público de atención a la salud en España</i>	271

CAPÍTULO SEXTO 273

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN INGLATERRA

Julimar da Silva

<i>Introducción</i>	273
<i>Evolución histórica</i>	274
<i>Estructura organizativa</i>	282
<i>Derechos de los pacientes</i>	289
<i>Financiamiento</i>	292
<i>Análisis DAFO del sistema de salud en Inglaterra</i>	302
<i>Trayectoria tipo de un ciudadano ante el sistema público de salud en Inglaterra</i>	304

CAPÍTULO SÉPTIMO 305

RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LOS ANÁLISIS DE CASOS NACIONALES

Ciro Murayama Rendón y Santos M. Ruesga Benito

<i>Introducción</i>	305
<i>Marco legal y derechos</i>	306
<i>Cobertura en el cuidado de la salud</i>	309
<i>Situación general de la salud y sus determinantes sociodemográficos</i>	311
<i>Estructura general del sistema de atención a la salud</i>	316
<i>Los recursos de los sistemas de protección de la salud</i>	321
<i>Financiamiento del sistema de atención a la salud</i>	324
<i>Situación comparativa de la atención a la salud en México a partir de los análisis DAFO de los otros cinco países</i>	330
<i>Conclusiones</i>	337

CAPÍTULO OCTAVO 339

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Ciro Murayama Rendón, Jesuswaldo Martínez Soria y Santos M. Ruesga Benito

<i>Introducción</i>	339
<i>Estudios y propuestas sobre la construcción de un Sistema Nacional de Salud en México</i>	340
<i>Propuesta y recomendaciones para la construcción de un Sistema Nacional Público de Salud en México</i>	349

BIBLIOGRAFÍA 361

SIGLAS 389

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS 395

PRESENTACIÓN

En los últimos años en México se ha avanzado en la discusión sobre la construcción de un sistema universal de acceso a los servicios de salud. Muestra de ello son las plataformas políticas de los distintos partidos y coaliciones que participaron en las elecciones federales de 2012. En esos documentos uno de los consensos sobresalientes fue, precisamente, la propuesta de ampliar la cobertura efectiva de servicios de salud para el conjunto de la población.

Asimismo, es significativo que en el Pacto por México, firmado el 2 de diciembre de 2012 por el presidente de la República y los presidentes de los tres principales partidos políticos nacionales –Acción Nacional, Revolucionario Institucional y de la Revolución Democrática–, el primer acuerdo se refiera a la Seguridad Social Universal. En él expresamente se consigna: “Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud” y poco más adelante, en el Compromiso 1, se establece:

Se aprecian los avances alcanzados en los últimos años en la materia, pero también se reconoce que todavía debe avanzarse mucho en la calidad y el alcance efectivo de los servicios de salud, particularmente para atender a millones de personas que no cuentan con empleo formal y viven en zonas de mayor marginación social y dispersión poblacional.

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos (Gobierno de la República, 2012).

Es preciso señalar, no obstante, que hacia el ecuador de la administración federal 2012-2018 y una vez concluida la LXII Legislatura del Congreso de la Unión (2012-2015), la reforma integral referente a la provisión de servicios de salud para el con-

junto de la población mexicana se desdibujó de la agenda política nacional. Este hecho, en todo caso, refuerza la importancia de las investigaciones y propuestas que se presentan en este libro. Las necesidades de atención a la salud no pierden su carácter apremiante, pues la población crece y envejece, continúan en expansión las enfermedades crónico-degenerativas y hay nuevos brotes de enfermedades contagiosas, al tiempo que la fragilidad de las finanzas públicas del país y el bajo crecimiento económico ahondan la escasez de recursos que deben canalizarse a la salud.

Por otra parte, desde distintos espacios académicos, centros de estudios y colectivos interesados en la agenda de la salud pública en México se han impulsado diagnósticos y propuestas que tienen como fin contribuir al diseño de un sistema público de salud de cobertura universal en el país. Pueden citarse, a modo de ejemplo, los documentos *México frente a la crisis. Hacia un nuevo curso de desarrollo. Manifiesto: Lineamientos de política para el crecimiento sustentable y la protección social universal*, elaborado por el Grupo Nuevo Curso de Desarrollo (2012) con sede en la Universidad Nacional Autónoma de México; *Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social* del Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY, 2012); *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud*, preparado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social y el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México (Muñoz, 2012), o el proyecto *Universalidad de los servicios de salud* realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud, 2012).

Uno de los puntos en común de los distintos análisis sobre la situación de la salud en México es el reconocimiento de que los indicadores básicos en la materia –sobre todo la mortalidad materna e infantil– no corresponden con los niveles de desarrollo del país. Asimismo, la evidencia muestra una amplia desigualdad tanto en el acceso a los servicios de salud por parte de la población en función del nivel de ingresos del hogar, de la condición en el mercado de trabajo (si se es trabajador formal o no) o de la entidad federativa de residencia, como –consecuentemente– en los propios indicadores de la salud de los mexicanos.

A lo anterior se suma el hecho de que México cuenta con un bajo nivel de gasto per cápita en salud y como porcentaje del producto interno bruto (canaliza sólo el 6.1% del PIB), así como con un componente excesivo del gasto privado (3.1% del PIB; esto es, más de la mitad del gasto en salud es de origen privado y no público) y del gasto de bolsillo (48%), lo que favorece la desigualdad.

Un elemento adicional es la fragmentación de los servicios de salud. Por una parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social brinda cobertura de servicios de

salud a los trabajadores asalariados formales del sector privado y sus familias, mientras, por otra, los servidores públicos de la federación suelen recibir atención médica a través del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En tanto, los trabajadores de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos tienen acceso a sus propias instituciones de salud. A ello hay que sumar distintos servicios de salud en las 32 entidades federativas que conforman la República Mexicana, las cuales cuentan con instituciones públicas de salud para sus trabajadores. Y a todo ese conglomerado se deben añadir los servicios públicos de salud para la población que no es asalariada del mercado de trabajo formal, como es el caso del Seguro Popular, de los servicios de los institutos nacionales de tercer nivel y de los que proporcionan la Secretaría de Salud federal y sus equivalentes en las entidades federativas. Esa dispersión en los servicios públicos de salud se traduce no sólo en numerosas instituciones sino en diferentes paquetes de cobertura de la atención a la salud, así como en una calidad heterogénea.

Por lo anterior, la consolidación de un Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) debe atender al menos a tres componentes: 1) identificar la fuente y monto de recursos públicos que hagan viable al sistema; 2) diseñar una fase de transición de la dispersión hacia un genuino SNPS que, entre otras cosas, permita ir reemplazando los recursos obtenidos a través de las contribuciones de trabajadores y patrones de las instituciones de salud de la seguridad social por un esquema de financiamiento con base en impuestos generales, y 3) definir las características del SNPS en lo que hace a paquetes de atención, mecanismos de gestión y provisión de los servicios.

Es muy conveniente, por ello, conocer otras experiencias nacionales en lo referente a los siguientes aspectos: 1) el volumen de recursos que se requiere para hacer efectivo un SNPS con cobertura universal; 2) los mecanismos de la transición de esquemas de financiamiento contributivos a esquemas de impuestos generales, y 3) cuáles servicios de salud se ofrecen en un sistema público universal, quiénes son los agentes prestadores y a través de qué mecanismos se otorgan.

Con este estudio se buscó hacer un diagnóstico actualizado de la provisión de servicios de salud en México y contrastarlo con las experiencias de otras cinco naciones: Costa Rica y Chile en América Latina; Canadá en Norteamérica, y España y el Reino Unido en Europa. A esto se suma el propósito de recoger la experiencia española en la década de los ochenta en cuanto a la transición de un sistema de salud contributivo a uno universal financiado con impuestos generales. Ése es el marco para proponer una ruta crítica para la edificación de un auténtico SNPS en México.

Objetivos del estudio

Objetivos generales

Este estudio se orientó hacia dos objetivos básicos y en ambos se identificaron objetivos parciales para alcanzar a lo largo del desarrollo de la investigación. En primer lugar se trató de elaborar una matriz de componentes básicos para el desarrollo de un SNS adecuado a las condiciones socioeconómicas y demográficas de México, en el que se habrán de tener en cuenta al menos los siguientes criterios y elementos:

- Criterios de universalidad, *eficacia, eficiencia y equidad* en la definición del SNS, en el entendido de que los dos primeros no han de ser estrictamente económico-mercantiles, en tanto que el logro de mejores niveles de calidad de vida para el conjunto de la población son objetivos irrenunciables y, por tanto, se han de considerar a la hora de definir los conceptos de eficacia y eficiencia.
- El diseño ha de contemplar las diferentes prestaciones (sanitarias y farmacéuticas) que deberán configurar el contenido esencial del SNS.
- Para alcanzar los objetivos sociales y demográficos de un SNS para México resulta imprescindible abordar una redefinición del modelo de atención a la salud y para ello se deberá trasladar el énfasis a la prevención y atención primaria como características esenciales para generalizar una mejora continuada en los estándares de salud de los mexicanos.
- En aras de los objetivos de eficiencia y eficacia es fundamental acercarse al diseño institucional y legal que habrá de configurar al SNS.
- Para contextualizar adecuadamente todo lo anterior se requiere definir diferentes posibles escenarios de gestión del SNS (pública, privada o mixta) en función de los objetivos políticos que enfoquen la construcción del sistema y de los análisis técnicos que informen sobre sus diferentes aspectos técnico-sanitarios, tecnológicos, laborales y financieros.
- Previo a ello, por supuesto, se tendrán que definir los escenarios financieros en los que se sustente el SNS. Esto requiere un trabajo de estimación de costos que en su momento ayude a la toma de decisiones en cuanto a financiamiento y modelo de gestión.
- Por tanto, en este objetivo se habrán de contemplar los elementos esenciales de un SNS: la regulación del sistema, su financiamiento y la gestión a través de los prestadores definidos.

El segundo objetivo que se buscó alcanzar con el desarrollo del estudio fue la elaboración de las bases para realizar una hoja de ruta que permita transitar desde la situación actual de la atención sanitaria pública no sólo hacia un sistema integral de salud en el país, sino expresamente hacia un SNPS. Esto tiene singular trascendencia para el mundo de las decisiones políticas que conducirán los procesos de desarrollo del sistema. Es importante diseñar el destino final del proyecto, pero también lo es trazar el camino para llegar a ese destino. En este tipo de actuaciones es fundamental contar con una adecuada hoja de ruta que evite distorsiones, incongruencias y despilfarros de recursos públicos, y facilite el tránsito de los gestores hasta el definitivo asentamiento del SNPS. Es necesario, en ese trayecto de edificación, tomar en cuenta lo siguiente:

- Cuestiones de cobertura de prestaciones a partir de cada uno de los sistemas actuales.
- Modificaciones en los sistemas legales e institucionales en los diferentes niveles de las administraciones públicas (federal, estatales y municipales).
- Convergencia hacia el nuevo modelo de gestión del SNPS.
- Movilización de recursos materiales, humanos y financieros hacia el SNS.

Objetivos de los casos de estudio

La investigación contenida en este volumen incluye el análisis de cinco casos de estudio a nivel internacional para contrastarlos con la experiencia mexicana. Se trata de desarrollar un análisis sucinto de cinco casos específicos de sistemas nacionales de salud con el fin de extraer conclusiones en el terreno de la eficiencia socioeconómica –dicho en lenguaje europeo-comunitario, de “buenas prácticas”– cuyos resultados han de servir de referencia para la definición de un SNPS para México. Una vez definidos los objetivos básicos que se busca alcanzar con la construcción de tal SNPS, la experiencia internacional sirve para llevar a cabo una propuesta que incluya los elementos esenciales del Sistema.

Los países que se analizan se seleccionaron considerando algunos aspectos generales que, a nuestro juicio, permitirían que los resultados del estudio fueran lo más ricos y extensos posible. Estos países son: Canadá, Chile, Costa Rica, España y Reino Unido. Así, la definición del modelo de SNPS se llevó a cabo a partir del análisis comparado de tres casos específicos de sistemas públicos de salud de carácter universal, ya consolidados, así como de dos casos latinoamericanos de

construcción de un SNS. Además, se realizó un análisis y descripción del panorama en este campo en México a efecto de poder establecer comparaciones.

Para el estudio de los problemas implícitos en la transición de la actual situación de la salud pública en México hacia un modelo de SNS se analiza cada uno de los capítulos considerados en el caso de España, pues en ese país hay una experiencia reciente –fines del siglo xx– de definición y desarrollo, con mayor cercanía institucional, legal y funcional al caso mexicano.

Metodología

Metodología general

Para el desarrollo del estudio se requirió cubrir una serie de pasos que fueran desarrollando los distintos componentes, los cuales se pueden resumir en:

- Análisis de la bibliografía disponible y adecuada a los objetivos del estudio del caso nacional correspondiente.
- Diseño en cada caso nacional de un gráfico comprensivo de la *trayectoria* de un ciudadano tipo dentro de los diferentes estadios del SNS, desde la admisión inicial hasta el egreso del paciente una vez recuperada su salud, considerando los hechos clave más singulares que le pueden suceder a lo largo de tal trayectoria.

Metodología específica para los casos de estudio

El análisis de cada país se articuló en torno a cuatro ejes temáticos fundamentales, como base para las ulteriores comparaciones:

1. *El marco normativo.* Las bases jurídicas y regulatorias y las modificaciones más significativas. Esto incluye la normativa desarrollada, que constituye el cuerpo jurídico de los respectivos sistemas de salud pública. Sus elementos básicos y las propuestas de reforma que están a consideración de los órganos legislativos en el momento del estudio. Asimismo, se contempla incluir, cuando sea pertinente, los mecanismos de información a la población y de reclamación de derechos relativos a la salud.

2. *El orden institucional* de cada SNS. Se considera el organigrama básico para la ordenación del sistema, atendiendo a las figuras de reguladores, financiadores y gestores que, en principio, cabe esperar que serán figuras institucionales y/o socioeconómicas diferenciadas. Para cada uno de los países se analiza:
 - El esquema general de *organización y funcionamiento* del sistema de salud y, en particular, del SNS (público). En especial, se identificarán las instituciones participantes en el SNS en tres dimensiones: regulación, financiamiento y prestación de servicios médicos.
 - En materia de *regulación*, un punto importante es definir el papel de la principal institución nacional de salud (ministerio, secretaría o su equivalente), así como de los organismos encargados de autorizar medicamentos y procedimientos médicos.
 - En lo que toca al *financiamiento*, identificar las fuentes de los recursos y su distribución. En el plano nacional, por nivel de gobierno, por instituciones prestadoras de servicios o combinaciones de estos elementos. Para el caso de financiamiento hacia niveles subnacionales, especificar qué potestades tienen estos niveles en relación con el gasto y qué obligaciones de rendición de cuentas. Asimismo, señalar si hay contribuciones privadas a los servicios públicos de salud a través de esquemas contributivos, de copago o de deducibles en general y por atención en determinados tratamientos.
3. El campo de la *gestión y administración* del sistema con sus diferentes estadios e hitos relevantes que caracterizan a esta función de la salud nacional.
4. *Un sistema de indicadores* que permitan diseñar un perfil de actuaciones y de resultados en cada SNS y la comparación entre los analizados.

A partir de los análisis descritos, se elaboró un análisis tipo DAFO (*debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades*) para cada país, con fines comparativos.

De esta manera, se reunieron elementos de análisis para realizar una valoración de la eficacia social y económica y la eficiencia económica y financiera (en ambos casos sobre los objetivos previstos en materia de salud), así como para poder establecer comparaciones y obtener conclusiones más o menos inmediatas.

Asimismo, se incorporaron a cada caso, cuando existían, las propuestas de reforma de los respectivos SNS que se planteaban en el momento del estudio.

Los análisis anteriormente descritos se realizaron bajo enfoques metodológicos propios de las ciencias jurídicas (análisis normativo, jurisprudencial, si hubiera lugar, etcétera) y económicas (análisis fiscales, presupuestarios, simulaciones y

cálculos actuariales, etcétera) para generar un cuerpo de instrumentos analíticos adecuados al objeto del estudio.

En el caso español se complementó el estudio con un análisis del proceso de transición llevado a cabo en los años ochenta del siglo xx de un sistema de carácter contributivo a un SNS de cobertura universal.

Investigadores

El equipo de trabajo para la elaboración de este estudio estuvo encabezado por los profesores Ciro Murayama Rendón, de la Universidad Nacional Autónoma de México, y Santos M. Ruesga Benito, de la Universidad Autónoma de Madrid. Participaron los siguientes investigadores: Miguel Díaz Peña, consultor, ex director general de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España; Julimar da Silva Bichara, profesor de la Universidad Autónoma de Madrid; Olga Solas, consultora internacional de sistemas públicos de protección a la salud; Patricio Morales, funcionario del Ministerio de Sanidad de Chile; Pablo Sauma, profesor de la Universidad de San José, Costa Rica, y Jesuswaldo Martínez Soria, investigador del Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República de México.

Se contó también, en la búsqueda de materiales, revisión de textos y otras labores, con la ayuda inestimable del maestro Manuel Pérez Trujillo y la maestra Anne-Gaëlle Croguennec.

Entidades patrocinadoras y colaboradoras

Este estudio se llevó a cabo gracias al financiamiento y la colaboración de las siguientes entidades: Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa Universitario de Estudios del Desarrollo; Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República, a través de la Dirección General de Investigación Estratégica, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe, sede México. Expresamos nuestro agradecimiento a todas esas instituciones, y al lector le advertimos que los defectos que pueda encontrar en este texto son responsabilidad del equipo de trabajo y, en particular, de sus coordinadores, quedando exentas, por tanto, estas entidades.

CIRO MURAYAMA RENDÓN Y SANTOS M. RUESGA BENITO

CAPÍTULO PRIMERO

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

JESUSWALDO MARTÍNEZ SORIA* Y CIRO MURAYAMA RENDÓN**

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en México ha tenido una construcción institucional de largo plazo con resultados contrastantes en las condiciones actuales de calidad, acceso y cobertura de los servicios de salud. Distintos estudios sobre el sector salud advierten acerca de su fragmentación, las diferencias en el acceso y calidad de los servicios, las debilidades del financiamiento público y el impacto social registrado principalmente a través de indicadores de salud y pobreza.¹

El objetivo general de este estudio es presentar un informe con respecto a las principales características del SNS. Se pretende elaborar un diagnóstico sobre su organización y funcionamiento e identificar sus avances y limitaciones para asegurar el acceso a los servicios de salud. Asimismo, mediante el análisis comparativo del SNS mexicano en relación con las experiencias de otros países en materia de salud se busca identificar un conjunto de condiciones necesarias para el diseño de un Sistema Universal de Salud en México que permita enfrentar los desafíos del sistema actual.

Este capítulo se divide en nueve apartados. Después de esta introducción, se resumen los aspectos normativos que fundamentan el SNS y se abordan los derechos de los mexicanos para acceder a los servicios de salud. En el tercer apartado se describen las características de la cobertura que brindan las instituciones de salud, mientras que el cuarto atiende la problemática de la transición epidemiológica y demográfica en la que se encuentra el país. La estructura general del SNS

* Investigador del Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República.

** Profesor de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México.

¹ Ver, por ejemplo, los estudios coordinados por Cordera y Murayama (2012).

se expone en el quinto apartado, en el que se destacan la fragmentación y los distintos componentes del sistema actual de salud. Enseguida se analiza en detalle la evolución y composición del financiamiento de la salud, con especial atención en las diferencias del gasto en salud de acuerdo con su carácter (público o privado), las fuentes de financiamiento, los contrastes entre las entidades federativas y los niveles de gasto observado en otros países. El séptimo apartado presenta las tendencias que se registran en el sistema y las reformas en marcha. En el octavo se realiza un análisis, conforme a la metodología DAFO, de las principales deficiencias y fortalezas del SNS. Finalmente, se incluye un cuadro en el que se recapitula sobre las condiciones de acceso al sistema de atención sanitaria en México según el tipo de aseguramiento.

Marco legal y derechos

Marco legal

El SNS mexicano se encuentra normado por un conjunto de leyes de orden federal y por reglamentaciones propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país. Desde la reforma de 1983, el artículo 4º, párrafo cuatro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2015).

Entre las principales normas de carácter federal en la materia destacan las siguientes dos:

- La Ley General de Salud (LGS) de 1984, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos de la Constitución Política al establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud (Ley General de Salud, 2015).
- La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que en su artículo 39 le confiere a la Secretaría de Salud (ss) la competencia de establecer y conducir la política nacional en los rubros de asistencia social, servicios mé-

dicos y salubridad general, y coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal. Asimismo, en la fracción VI se le asigna la función de: “Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. Esta disposición establece que la ss es la responsable de impulsar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el sns y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes. Además, es la encargada de “Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud” (fracción VII). “Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento” (fracción VIII) y “Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República” (fracción IX), entre otras funciones. Esta ley también determina que la ss prestará los servicios de su competencia directamente o en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, y que le corresponde actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Poder Ejecutivo federal, y vigilar el cumplimiento de la LGS y demás disposiciones en materia sanitaria (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2015).

Por otro lado, existe una legislación específica para regular las instituciones de seguridad social que no están contempladas en el marco de la LGS:

- La Ley del Seguro Social de 1995 reglamenta las funciones y actividades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Define la organización y administración del Seguro Social; especifica las prestaciones que brinda este esquema de aseguramiento, determina quiénes pueden ser derechohabientes, delimita los derechos y responsabilidades de los afiliados a la institución y define las bases de cotización y las cuotas obrero-patronales (Ley del Seguro Social, 2014).
- La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) define a los sujetos de aseguramiento de los regímenes

de seguridad social de este organismo, establece las prestaciones y servicios que brinda la institución, fija las obligaciones de los trabajadores asegurados y de los patrones, determina las bases para el cálculo de las cuotas, y define los objetivos y las modalidades de funcionamiento del seguro de salud, sus componentes y los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud (Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2014).

A este marco legal federal se suman otras disposiciones complementarias, como el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social,² así como las reglas de operación de los programas nacionales de salud, como el Seguro Médico Siglo XXI, Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades, entre otros.³

Una de las reformas más significativas al marco legal del SNS ha sido la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido en su parte operativa como Seguro Popular.⁴ El objetivo del SPSS es brindar cobertura de servicios de salud mediante un aseguramiento público y voluntario para las personas que, debido a su condición laboral, no están afiliadas a ninguna institución de seguridad social. El Seguro Popular busca satisfacer de manera integral las necesidades en salud de estas personas al garantizarles el acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.⁵

En el ámbito estatal intervienen diversas leyes que, según el caso, pueden remitir a la legislación federal o incluir facultades para legislar en el campo de la salud local. La legislación estatal se ha consolidado a partir de la segunda mitad de los años ochenta, con la descentralización de los servicios de salud para la población no afiliada a instituciones de seguridad social. Desde 1985 se inició el proceso para delegar responsabilidades a las entidades federativas sobre la prestación de servicios de

² Ver Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (2014), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (2014), DOF, 2011a y DOF, 2006.

³ DOF, 2013b, 2013a y 2013f, respectivamente.

⁴ La Evaluación Externa 2012 del SPSS, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (2013b), presenta una síntesis de la evolución del marco jurídico-normativo del SPSS.

⁵ Ver: <<http://www.seguro-popular.gob.mx/>>.

salud, lo que ha implicado la firma de acuerdos de coordinación a fin de establecer las competencias y responsabilidades de la federación y las entidades federativas.

Las reformas al marco legal y el fortalecimiento de la legislación de orden estatal han venido subsanando algunas de las deficiencias del sns y ampliando los derechos de acceso a la salud; sin embargo, no se ha logrado establecer una normatividad integrada, sencilla y eficaz para dar cumplimiento al mandato constitucional.

Derechos

De acuerdo con las reformas a la Constitución realizadas en 1983 y 2001 toda persona tiene derecho a la protección de la salud; la federación, los estados y los municipios tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo a dichos servicios a través de la ampliación de la cobertura del sistema nacional. Al respecto, en el estudio de Salazar (2012) se advierte que con el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud como derecho fundamental –universalmente reconocido a todas las personas– se determina un derecho prestacional que supone una serie de obligaciones para la administración pública y requiere un conjunto de garantías institucionales para que se respete, proteja y satisfaga su cumplimiento mediante la adopción de medidas legislativas y presupuestarias, entre otras.

En el mismo sentido, Fleury *et al.* (2013) señalan que la estructura constitucional es indispensable pero no suficiente para asegurar el derecho a la salud: los principios normativos requieren ser traducidos en instituciones, reglas y recursos. Asimismo, garantizar a todos la posibilidad de ejercer este derecho fundamental supone que la política pública de salud cumpla con los principios básicos de no discriminación, igualdad y progresividad, y ofrezca la disponibilidad efectiva de infraestructura pública y recursos materiales y humanos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (oms), como lo indica Salazar (2012), el derecho a la salud implica, más allá de la atención médica y de la construcción de infraestructura hospitalaria, garantizar los “determinantes básicos de la salud”, que incluyen el acceso al agua potable y servicios sanitarios adecuados, alimentos seguros y nutritivos, vivienda adecuada, condiciones laborales y ambientales saludables, información y educación relacionada con la salud y equidad de género.

Sin embargo, el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud en México se encuentra limitado y difiere de acuerdo con la condición de aseguramiento de la población, pues se accede a una mayor protección si este derecho

se adquiere como prestación laboral por la población asalariada formalmente registrada ante alguna institución de seguridad social. El punto cobra particular relevancia si se considera que una gran parte de la población del país labora en actividades informales⁶ y que un trabajador formal puede obtener derechos relativamente amplios de atención a la salud sin incurrir en copagos, según el régimen de seguridad social al que está afiliado.

Los trabajadores que se desempeñan en el sector formal en actividades privadas o públicas adquieren sus derechos, según sea el caso, mediante el registro ante el IMSS, el ISSSTE o las instituciones de seguridad social de las Fuerzas Armadas, de la actividad petrolera y las entidades federativas. Esto genera una multiplicidad de sistemas normativos (Salazar, 2012) que regulan el derecho a la salud, con garantías heterogéneas según la institución que brinda protección a sus derechohabientes en virtud de su condición laboral.

Aunque la inscripción de los trabajadores a los sistemas de seguridad social es una obligación para los empleadores, no todos los sujetos obligados cumplen con la disposición y en ocasiones realizan prácticas deliberadas de interrupción en el registro, especialmente ante el IMSS, lo que genera trabajadores asalariados informales. Los trabajadores de Petróleos Mexicanos (Pemex)⁷ y de las Fuerzas Armadas adquieren la titularidad de derechos al seguro de salud en el momento en que quedan registrados en la nómina. Los trabajadores formales conservan sus derechos de afiliación al seguro de salud mientras se mantiene la relación laboral.

Con la reforma de 2003 a la LGS y la implementación del Seguro Popular se han reforzado los derechos de atención a la salud de la población no asegurada. El objetivo era alcanzar paulatinamente la cobertura universal con la afiliación al SPSS de más de 50 millones de personas sin seguridad social, y otorgarles el derecho a recibir servicios de atención a la salud brindados por instituciones públicas,

⁶ De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014), la tasa de informalidad laboral en el cuarto trimestre de 2013 fue de 58.8% de la población ocupada, lo que equivale a 29.6 millones de personas ocupadas en actividades informales.

⁷ El régimen de protección en salud que se otorga a los trabajadores sindicalizados de Pemex no tiene un sustento de rango legal, sino que se encuentra fundamentado jurídicamente en un contrato colectivo (ver Salazar, 2012 y Pemex-STPRM, 2013). Para el personal no sindicalizado las condiciones de acceso a los servicios de salud de Pemex están normadas por el Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios (Petróleos Mexicanos, 2000).

incluidos en un paquete definido sin tener que incurrir en gasto de bolsillo.⁸ Para obtener este derecho se requiere ser residente en el territorio nacional, no ser derechohabiente de ningún seguro de salud de la seguridad social, encontrarse en el registro de población y, de ser el caso, cubrir la cuota familiar que corresponda.

A partir de 2010, con la reforma a la LGS (DOF, 2009), el mecanismo de determinación de las cuotas de afiliación al SPSS cambió de una base familiar a una base individual (Knaul *et al.*, 2013).⁹ No obstante esta mejora regulatoria, persiste la ambigüedad respecto a la titularidad del derecho a la protección de la salud mediante el Seguro Popular. La unidad de protección sigue siendo el núcleo familiar; esto es, la titularidad del derecho no es individual (Salazar, 2012).

Otra anomalía en cuanto al principio de no discriminación en los derechos a la protección de la salud mediante el Seguro Popular fue introducida con la implementación del Seguro Médico para una Nueva Generación, que fue sustituido en 2013 por el Seguro Médico Siglo XXI. Como parte del SPSS, este seguro otorga a los niños menores de cinco años nacidos en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 y no derechohabientes de la seguridad social el derecho a recibir un conjunto de servicios médicos adicionales al paquete de intervenciones y padecimientos cubiertos para los demás afiliados al Seguro Popular. La decisión de afiliar únicamente a los recién nacidos a partir de diciembre de 2006 generó una exclusión de todos los que en esa fecha eran menores de cinco años.

Finalmente, la población que carece de seguridad social y que reside en zonas rurales y urbano-marginadas tiene derecho a acceder en forma gratuita a los servicios médicos preventivos y curativos que brinda el programa IMSS-Oportunidades en unidades de salud de primer y segundo niveles de atención. Para obtener este derecho se debe inscribir al padrón de beneficiarios y cumplir con

⁸ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que del gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro” (Xu, 2005).

⁹ Hasta la reforma de 2009, el artículo 77 bis 12 de la LGS indicaba: “El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a 15% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal”. Con la nueva legislación quedó instituido que “El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal”.

algunos requisitos administrativos. Sin embargo, eso no constituye una condición para que se le proporcione atención (Coneval, 2013a).

A pesar de las reformas al marco jurídico que fundamentan el derecho a la salud en México, en el sistema de salud persisten obstáculos para garantizar que la titularidad individual de este derecho se otorgue de manera universal, igualitaria y sin discriminaciones. Todavía faltan esfuerzos para lograr el reto señalado por Fleury *et al.*: que los derechos establecidos como principio se transformen en derechos en la práctica.¹⁰

Cobertura y situación actual de la atención a la salud en México

La cobertura universal en salud¹¹ se ha convertido en un tema central de la agenda internacional y del diseño e instrumentación de las políticas de desarrollo social en México. La cobertura actual del SNS presenta importantes diferencias institucionales que implican la existencia de distintos tipos y volúmenes de población derechohabiente y que se traducen en inequidad en los servicios y en condiciones desiguales de salud de la población.

Por una parte, el aumento de la afiliación a los esquemas de atención a la salud, sean de seguridad social o de protección social en salud, representa avances para lograr la cobertura universal. Sin embargo, la inexistencia de un padrón único de beneficiarios del sistema de salud dificulta la medición de estos avances y la evaluación de las instituciones y programas del SNS con respecto a sus objetivos de cobertura.

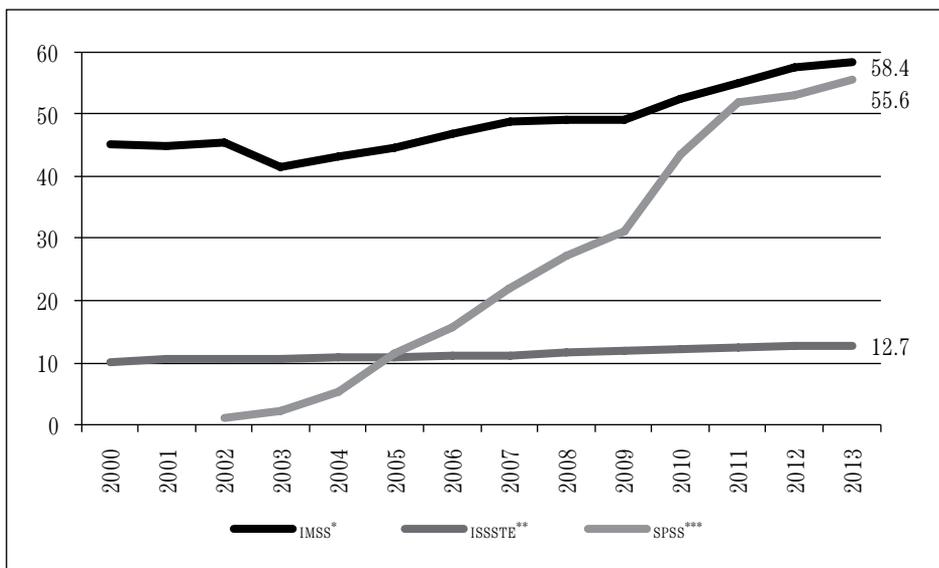
De acuerdo con la Presidencia de la República (2013), en junio de 2013 la población derechohabiente del IMSS era de 58.4 millones de personas y se estimaba entonces que en diciembre de ese mismo año la población derechohabiente del

¹⁰ “Transforming rights-in-principle into rights-in-practice” (Fleury *et al.*, 2013: 5).

¹¹ La OMS (2010) define la cobertura universal en salud como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros, mediante la protección contra gastos catastróficos en salud. Comprende tres etapas: 1) la afiliación universal, que se vincula con la cobertura legal que garantiza a cualquier ciudadano el acceso a la atención en salud financiada por el sector público; 2) la cobertura universal, que se traduce en el acceso regular para todos a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera, y 3) la cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud con base en un paquete de servicios ampliados y de alta calidad que permite reducir el gasto de bolsillo.

ISSSTE superaría los 12.7 millones de personas. Asimismo, el Informe de resultados del SPSS en 2013 (Secretaría de Salud, 2014a) reporta un total de 55.6 millones de personas afiliadas al Seguro Popular a diciembre de 2013 (figura 1.1).

Figura 1.1. Evolución del número de derechohabientes del IMSS, del ISSSTE y del Seguro Popular (millones de personas)



Notas:

La población derechohabiente del IMSS y del ISSSTE incluye a asegurados y pensionados, así como a sus familiares dependientes. Las cifras de asegurados y pensionados se determinan sobre la base de los registros administrativos de las instituciones; las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas a partir de coeficientes familiares (promedio del número de miembros por familia).

* Hasta 2009 la cifra total de derechohabientes correspondiente al IMSS no incluye a los jubilados del IMSS como patrón, ni a sus familiares. La información de 2013 corresponde al mes de junio.

** La información de 2013 corresponde a la estimación para el mes de diciembre.

*** Se reportan datos del SPSS desde su etapa piloto, que operó como programa. La información de 2013, reportada por la SS, corresponde al mes de diciembre.

Fuente: Elaboración propia, con información del Primer Informe de Gobierno 2012-2013, Presidencia de la República.

Las cifras difundidas por la Presidencia muestran algunas inconsistencias. Si se suma la población afiliada de estos tres principales esquemas de aseguramiento en salud se alcanza un total de 126.7 millones de personas en 2013, lo que significaría tener una cobertura superior al 100% de la población nacional. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de

Estadística y Geografía (INEGI), en 2010 se tenía registro de 112.3 millones de personas en el territorio nacional, y para 2013 las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo) estimaron una población de 118.4 millones de mexicanos. En cualquier caso, las cifras de afiliación son muy superiores a las de población, aun sin tener en cuenta la afiliación en otras instituciones, como las de las Fuerzas Armadas y Pemex.

Estas inconsistencias hacen difícil asegurar que se haya logrado la afiliación universal, como lo afirmó la administración federal pasada, y pueden ser explicadas por dos principales fuentes de sesgo relacionadas con el cálculo y la duplicidad de registros en la cuantificación de beneficiarios:

- a) Como lo señalan Knaul *et al.* (2013), entre otros autores, en el caso del IMSS y del ISSSTE los datos de cobertura de población se elaboran a partir de los registros de cotizantes y del cálculo de la cantidad de familiares dependientes; por ello, las cifras totales de derechohabientes no corresponden a registros nominales de las personas que tienen derecho de acceso a los servicios de salud de estas instituciones.
- b) La existencia de duplicidades en la afiliación a los esquemas de atención a la salud ha sido documentada por el Consejo de Salubridad General (CSG) (ASF, 2012a), el cual señala que el padrón de beneficiarios del Seguro Popular en 2011 registró un índice de colisión de 12.4%. Es decir, 5.8 millones de beneficiarios se encontraban registrados también en los padrones de instituciones de seguridad social, particularmente del IMSS.¹² Asimismo, en octubre de 2013 la titular de la Secretaría de Salud señaló¹³ que existe una duplicidad de afiliación a instituciones de salud de alrededor del 14%, lo que da una cifra aproximada de seis millones de derechohabientes. La evaluación externa del SPSS 2012 (Lazcano *et al.*, 2013) también destaca como área de oportunidad la *multiafiliación* debido a que en muchas ocasiones la población no declara que es derechohabiente de alguna otra institución de salud en el momento

¹² Ver ASF, 2013 y Portal, 2013. Con base en el Informe de Resultados de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010 (ASF, 2012), en 2010 el 8.7% de las personas registradas en el padrón nacional de beneficiarios del SPSS también se encontraban en los padrones de otras instituciones de seguridad social.

¹³ Versión estenográfica de la reunión de trabajo de la Comisión, presidida por la C. senadora Maki Esther Ortiz Domínguez, con motivo del análisis del Primer Informe de Gobierno del presidente de la República. Comparecencia de la doctora Mercedes Juan López, secretaria de Salud, 15 de octubre de 2013.

de afiliarse al Seguro Popular. En la evaluación se reconoce que se han realizado avances en la regulación del proceso de afiliación al Seguro Popular y se han mejorado los mecanismos de integración y verificación del padrón de beneficiarios del spss, pero aún subsisten importantes desafíos.

La información estadística disponible ofrece datos claros sobre las limitaciones de la cobertura en salud. El Censo de Población y Vivienda 2010 registra más de 38 millones de personas que declararon no contar con derechohabencia a servicio alguno de salud en ese año. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) (Gutiérrez *et al.*, 2013), en el año 2000 cerca del 60% de los mexicanos no tenía ningún tipo de cobertura (pública o privada) y en 2012 todavía un 21.4% declaró estar en la misma situación. Asimismo, en su reporte de Medición de la Pobreza 2012, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2013b) apuntó que el 21.5% de la población nacional (25.3 millones de personas) presentaba carencia por acceso a los servicios de salud y el 61.2% (71.8 millones) presentaba carencia por acceso a la seguridad social.

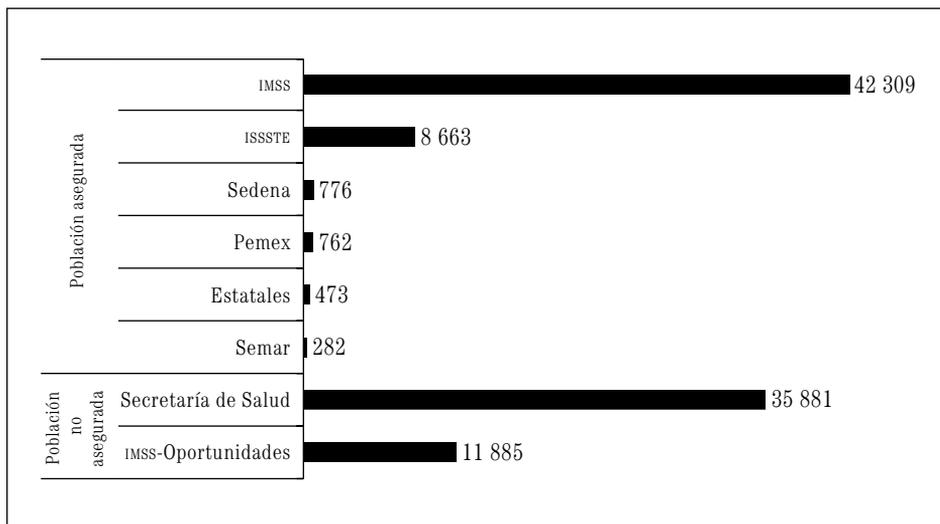
Es importante tener en cuenta que la población usuaria de los servicios de algún régimen del SNS puede ser menor que la población inscrita a las instituciones de salud. La afiliación a un régimen de seguridad social o de protección social no garantiza a las personas el acceso efectivo a servicios de salud brindados con calidad, eficiencia, pertinencia y oportunidad, ni asegura que los afiliados acudan a ejercer su derecho a la atención pública en salud.

En ese sentido, los indicadores utilizados para referirse a la cobertura reflejan la inscripción de personas que potencialmente pueden ser usuarios de los servicios; sin embargo, no miden el uso efectivo del sistema, lo que hace difícil deducir la cobertura universal a partir de la interpretación de esos datos. Durán (2012) destaca la importancia de distinguir entre la afiliación y la cobertura efectiva, por lo que recomienda considerar a la población adscrita al médico familiar como un indicador más confiable para captar a la población cubierta. Este autor estima que en 2008 sólo el 75% de los derechohabientes del IMSS estaba en contacto con los servicios de salud. Al respecto, es importante notar la diferencia entre los 54.9 millones de derechohabientes del IMSS reportados en 2011, los 46.7 millones de personas efectivamente adscritas a una unidad de medicina familiar (UMF) de esta institución en el mismo año y los 39.1 millones adscritos a un médico familiar.

Asimismo, la comparación de las estadísticas sobre población usuaria de servicios de salud (figura 1.2) con el número de derechohabientes (figura 1.1) evidencia que tanto en el IMSS como en el ISSSTE y el Seguro Popular (cuyos afiliados deberían recurrir ante todo a servicios de la ss) el uso de los servicios no se corresponde con los niveles de afiliación.

Con sustento en la información de las figuras 1.1 y 1.2, y considerando que todos los usuarios de los servicios del IMSS sean efectivamente derechohabientes, se puede estimar que el 72.4% de los afiliados ejerció su derecho a la atención en salud en el IMSS en 2013. Con los mismos supuestos, el 68.2% de los derechohabientes al ISSSTE ejerció su derecho a recibir atención médica en esta institución. Y considerando que todos los usuarios de los servicios de la ss en 2013 hayan estado afiliados al SPSS, el 67.3% de esta población titular de derechos hizo uso de ellos.

Figura 1.2. Población usuaria de servicios de salud, 2013*
(miles de personas)



* Población que demandó servicios médicos al menos una vez al año.

El Informe de Gobierno de la Presidencia de la República incluye, además, información correspondiente a la población usuaria de servicios de salud brindados por unidades médicas de universidades: 974 000 personas.

Fuente: Elaboración propia, con información del Primer Informe de Gobierno 2012-2013, Presidencia de la República.

A esta problemática de cobertura se añade la utilización de servicios privados de salud por parte de derechohabientes de instituciones públicas. De acuerdo con la Ensanut 2012, un 30.9% de los afiliados al IMSS recurrió al sector privado para el caso de atención curativa ambulatoria, al igual que 28.4% en el caso de los derechohabientes del ISSSTE y 31.1% en el caso de los afiliados al Seguro Popular. Si se considera la atención hospitalaria, se observa que optaron por el sector privado 12.7% de los derechohabientes al IMSS, 17.3% de los del ISSSTE y 12.2% de los afiliados al Seguro Popular.

En ese sentido, la Funsalud (2012) llama la atención sobre un problema de traslape notorio de la demanda, ya que una proporción relevante de los derechohabientes a la seguridad social utiliza los servicios de salud que brinda el sector privado o los que otorga el Estado a quienes carecen de seguridad social. El problema se acentúa al ser unilateral este traslape de la demanda, dado que los individuos no afiliados a la seguridad social no pueden acceder a los servicios que ofrecen las instituciones de la seguridad social, excepto en casos de emergencia y de contados servicios en extremo prioritarios.

Si bien parte de la población derechohabiente del sector público puede recurrir a servicios privados como resultado de una decisión propia, esta situación puede derivarse de la falta de acceso efectivo y en condiciones oportunas a los servicios de salud.¹⁴ Ello genera un doble gasto en el caso de los asegurados que pagan su cotización o prima de aseguramiento. En el caso de derechohabientes al IMSS-Oportunidades y al Seguro Popular, puede significar un gasto catastrófico.¹⁵

El uso de servicios privados de salud por parte de una proporción destacada de los afiliados al Seguro Popular puede suponer que los esfuerzos institucionales se han enfocado al incremento de la afiliación al SPSS sin prestar mucha atención a los riesgos de saturación de la infraestructura y los recursos humanos y materiales destinados a la atención de la salud de los derechohabientes.¹⁶

¹⁴ Es posible que el derecho a acceder a servicios de salud no se haga efectivo si existen dificultades de acceso físico a estos servicios –especialmente para la población de localidades y municipios rurales más marginados–, si se generan tiempos excesivamente largos de espera para obtener la atención en salud requerida, o si no se proporciona el acceso a los medicamentos recetados.

¹⁵ Se suele considerar como catastrófico el gasto de bolsillo en salud que excede 40% del ingreso disponible (esto es, el ingreso restante después del gasto familiar en alimentos), ya que pone en riesgo la viabilidad económica y financiera del hogar (Sales, 2011). De acuerdo con la OMS, el gasto catastrófico por motivos de salud ocurre cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago. Esa proporción (40%) puede variar de acuerdo con la situación específica de cada país (Xu, 2005).

¹⁶ En este sentido, el INSP (2013a) advierte que entre 2006 y 2012 disminuyó la solicitud de pruebas

Finalmente, las diferencias en la cobertura en salud provienen también del número y tipo de padecimientos o intervenciones que están considerados en cada institución. Aunque el número de intervenciones y padecimientos cubiertos por el SPSS ha crecido desde 2004, aún persiste la inequidad en los servicios de salud que cubre –los cuales están estipulados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causas)–, y las prestaciones consideradas en los regímenes de la seguridad social.

En el momento de elaborar este informe, el Seguro Popular cubría 285 intervenciones de primer y segundo nivel, que permitían atender más de 1 500 padecimientos.¹⁷ El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) cubría 59 enfermedades de alta especialidad y altos costos (Secretaría de Salud, 2014a), el CSG establecía 17 padecimientos de una lista de 62 que generan gastos catastróficos y, en 2013, el Seguro Médico Siglo XXI alcanzó una cobertura de 140 intervenciones (Secretaría de Salud, 2014a).

En contraste, las instituciones de la seguridad social abarcan prácticamente todas las necesidades de atención en salud. Por ejemplo, el IMSS cubre 10 494 diagnósticos y 9 609 padecimientos (Organización Panamericana de la Salud, 2013),¹⁸ y en el caso de Pemex se atienden incluso algunas intervenciones de cirugía cos-mética.

La construcción de un sistema universal de salud no significa, en el corto plazo, lograr la cobertura integral de los servicios en salud para todas las personas, pero sí implica la definición de un paquete básico de servicios cuyo acceso esté garantizado para toda la población.

Las distintas propuestas¹⁹ para avanzar hacia la cobertura universal han considerado esencialmente dos alternativas. Una consiste en definir un paquete de servicios explícito que tenga como piso los servicios que actualmente cubre el SPSS, y que se aplique en todas las instituciones del SNS. En este caso, los beneficiarios

de detección de diabetes mellitus e hipertensión en la SS por parte de afiliados al SPSS, en tanto que hubo un incremento en la demanda de estas pruebas en el sector privado. El INSP subraya la necesidad de determinar las causas de la reducción de la demanda de estos servicios en la SS por parte de los derechohabientes al SPSS, e indica como posibles explicaciones los problemas de disponibilidad y accesibilidad.

¹⁷ En 2013 se incorporó el diagnóstico y tratamiento de cataratas como intervención adicional en el Causas 2012 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2012). Ver: Secretaría de Salud (2014a).

¹⁸ Durán (2012: 588) indica que si se consideran los apartados de la Clasificación Internacional de Enfermedades, resulta que el Seguro Popular se hace cargo únicamente el 12.8% de los diagnósticos cubiertos por el IMSS y el ISSSTE.

¹⁹ Ver, por ejemplo, las propuestas de la Funsalud (2012), el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY, 2012 y 2013) y el Grupo Nuevo Curso de Desarrollo (2012).

de las instituciones de seguridad social podrían acceder a servicios adicionales a este paquete básico universal. La segunda alternativa considera, a través de modificaciones presupuestarias al SPSS, homologar el paquete de servicios del Seguro Popular con los servicios proporcionados a los asegurados del IMSS.²⁰

Transición demográfica y epidemiológica y situación actual de la salud

Las condiciones actuales de salud de la población mexicana y la demanda de servicios de atención en ese rubro están relacionadas con las transiciones demográfica y epidemiológica, que a su vez se vinculan con los factores de riesgo para la salud.

Transición demográfica

En México se vive un proceso de transición demográfica caracterizado por la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida (figura 1.3). Esto ha significado la consolidación de un proceso de envejecimiento de la población nacional,²¹ que ha sido heterogéneo entre las entidades federativas

²⁰ El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (Cruz Guerrero, 2012) estimó el gasto público adicional que hubiera representado la eliminación de las cuotas del Seguro Popular, del IMSS y del ISSSTE; la homogeneización de los paquetes de servicios en salud (tomando los servicios cubiertos por el IMSS como paquete básico) y la afiliación efectiva de la población sin seguridad social. Para 2010, este gasto público adicional se calculó en 723 552 millones de pesos, equivalentes a 5% del PIB. Para 2011, la estimación fue 690 836 millones de pesos (5.3% del PIB).

²¹ Con base en información del Conapo, la tasa bruta de natalidad (TBN) disminuyó de 27.9 en 1990 a 18.7 en 2014. Asimismo, la tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 3.4 en 1990 a 2.2 en 2014. La esperanza de vida al nacimiento (EVN) se incrementó de 70.4 años en 1990 a 74.7 años en 2014 (72.1 en el caso de los hombres y 77.6 para las mujeres). No obstante, en el periodo más reciente se ha observado casi un estancamiento de la EVN, con una tasa de crecimiento medio anual (TCMA) de 0.12% entre 2007 y 2014, e incluso cabe señalar la disminución de la EVN en 2008 y 2009, explicada por la reducción en la población masculina en estos dos años, así como en 2010. Estas disminuciones se pueden atribuir en gran parte al incremento de los homicidios en esos años (el mayor aumento corresponde al periodo 2007-2012, con un crecimiento total del 67.4%), que ha afectado particularmente a hombres jóvenes (ver Banco Mundial, 2012). El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés) también señala que los homicidios fueron la principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura entre los hombres en 2010 (ver Lozano *et al.*, 2013). En 1990, 4.3% de la población era mayor de 65 años; esta proporción fue de 6.7% en 2014.

(Gutiérrez *et al.*, 2013). Si estas tendencias continúan en el futuro,²² las posibles implicaciones para el sns serán:

- La reducción de la natalidad y la disminución porcentual de la población infantil podrían suponer una inflexión en los requerimientos de atención materna en los rubros perinatal y pediátrico, y menores presiones en el gasto público en salud relacionado con enfermedades que afectan particularmente a los niños. Sin embargo, es importante señalar el problema de salud pública relacionado con los numerosos casos de embarazo precoz.²³

Este fenómeno es preocupante ya que los riesgos de mortalidad materna son más elevados entre las menores de 20 años²⁴ y por la exposición a servicios insalubres, a los que se enfrentan quienes deciden interrumpir el embarazo. Los riesgos para la vida del neonato se incrementan en el caso de embarazos precoces. Asimismo, hay implicaciones en materia de pobreza, pues los estratos socioeconómicos bajos son los más vulnerables. Esta situación muestra las limitaciones de las políticas públicas en materia de educación y planificación demográfica.

- El envejecimiento poblacional podría acompañarse de una mayor demanda de atención geriátrica, con necesidades nuevas de cuidados de largo plazo y presiones crecientes en el gasto público. El sns requiere adaptarse al incremento previsible en los casos de enfermedad asociados a la vejez, con fuerte incidencia de padecimientos crónicos.²⁵ En especial, el incremento en la carga de la

²² El Conapo proyecta que la TBN será igual a 13.9 en 2050, mientras que la TGF será menor de 2.1, y se anticipa una EVN igual a 79.4 años (77.3 para los hombres y 81.6 en el caso de las mujeres). Con base en información de dicho organismo se puede anticipar que en ese año la población de 65 años y más representará el 16.2%. El mayor crecimiento en la población de la tercera edad ocurrirá en la década 2020-2030, con una TCMA de 3.67%. Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) tiene proyecciones más altas (21.2% de la población en 2050 tendrá 65 años y más) y señala que, entre los países de esa organización, México es el que está envejeciendo más rápidamente (OCDE, 2014).

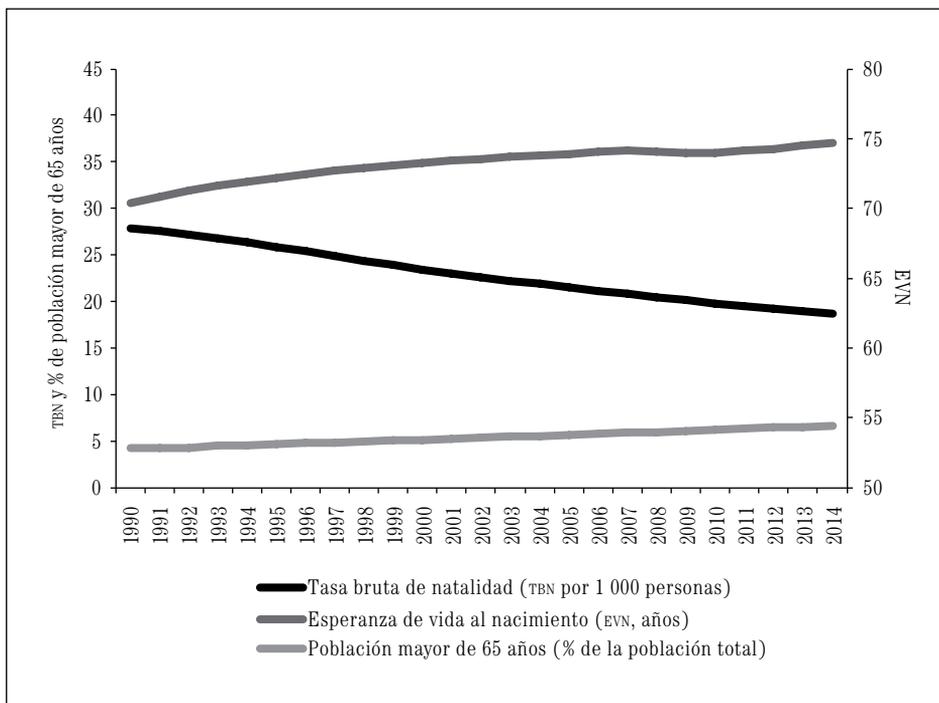
²³ México es el país de la OCDE con mayor incidencia de embarazos de adolescentes (entre 15 y 19 años), con una tasa de natalidad asociada igual a 64.2 por 1 000 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013). Según información del Conapo, el 16.4% de los nacimientos en 2010 correspondió al grupo de madres de entre 15 y 19 años, y se prevé que la importancia proporcional de los embarazos adolescentes en el total de nacimientos no disminuirá significativamente.

²⁴ El riesgo de que una adolescente fallezca debido a complicaciones durante el embarazo o el parto se duplica con respecto a una embarazada con una edad de 20 a 30 años. Ese riesgo se quintuplica entre las embarazadas menores de 15 años. El 10% de las muertes maternas ocurridas en México en 2010 fue de niñas y adolescentes de 10 a 18 años de edad (Unicef, ONU Mujeres, UNFPA, 2012).

²⁵ Por ejemplo, la presión arterial alta, las cardiopatías, la diabetes, el cáncer (en especial el de

discapacidad motriz y mental y dependencia en la vejez requerirá el desarrollo de nuevos servicios asistenciales y residenciales, y la generación de infraestructura física y capacitación de capital humano para prestar servicios profesionales de cuidados a la salud.^{26,27} Estos nuevos requerimientos de recursos físicos y humanos están asociados con incrementos en los costos de atención a la salud.

Figura 1.3. Indicadores demográficos de México, 1990-2014



Fuente: Elaboración propia, con información del Conapo.

próstata), los trastornos mentales y neurológicos –como son las enfermedades de Alzheimer y Parkinson y la demencia senil–, las enfermedades musculoesqueléticas –como la artritis– y las enfermedades de los sentidos –como las cataratas y la pérdida de audición–, entre otros padecimientos que son en su mayoría no transmisibles e incrementan la carga de morbilidad entre las personas de la tercera edad.

²⁶ Entre la población de adultos mayores, ya en 2012 poco más de cinco millones de personas (47.8% de este grupo) presentaban alguna discapacidad, y entre ellas 500 000 vivían en situación de dependencia (Gutiérrez Robledo *et al.*, 2013).

²⁷ La oms (2012) ofrece un análisis de los vínculos entre envejecimiento poblacional y necesidad de adaptación de los sistemas de salud, en particular para que se enfoquen en la atención primaria a largo plazo y para cuidados paliativos.

- La evidencia internacional indica que el gasto per cápita en salud y cuidados de largo plazo es superior en los grupos de población de mayor edad; en tanto, la OCDE (2013) señala que en 2060 cerca del 60% del gasto sanitario podría ser generado por la población mayor de 65 años. No obstante, no es el envejecimiento de la población en sí mismo el que genera presiones en el gasto público, sino el hecho de que la tasa de mortalidad es más elevada en los grupos poblacionales de edad avanzada, y la mayor parte del gasto en salud se concentra al final de la vida por el alto costo de los cuidados paliativos. De ahí se deriva la necesidad de fomentar el envejecimiento sano y activo de la población.

La OCDE (2013) ha llegado a la conclusión de que entre 2010 y 2060 el gasto público asociado a la salud y a los cuidados de larga duración en México podría experimentar un incremento de entre 4.5 y 9.1 puntos porcentuales del PIB, por arriba de las proyecciones para el promedio de los países miembros. Según el organismo, si se logra impulsar el envejecimiento sano, los cambios demográficos ejercerán una presión limitada en el gasto público en salud. Las presiones en el gasto asociado a cuidados a largo plazo podrían provenir de un incremento sustancial en la demanda de atención profesionalizada para apoyar a los enfermos.

Transición epidemiológica

México se encuentra en una etapa avanzada en su transición epidemiológica, en la que las enfermedades no transmisibles ya tienen el mayor peso porcentual en la carga global de enfermedad (CGE).²⁸ No obstante, los cambios en el perfil de salud de la población nacional han sido heterogéneos, condicionados en especial por su ubicación geográfica, su edad y su sexo, entre otras variables.

*Mortalidad*²⁹

Los indicadores de mortalidad señalan una disminución de las defunciones causadas por enfermedades transmisibles y un incremento de las muertes por enfer-

²⁸ El IHME mide la CGE a través del indicador de años de vida saludable perdidos (Avisa). Éste toma en cuenta los años de vida perdidos por muerte prematura (AVMP) y los años de vida asociados a discapacidad (AVD). En 2010, las enfermedades crónicas no transmisibles contribuyeron con 71% de la CGE en México (ver IHME 2013; Lozano *et al.*, 2013 y <<http://www.healthdata.org/>>).

²⁹ El análisis de las causas de mortalidad se realiza con sustento en la clasificación del Global Burden Disease (GBD).

medades crónico-degenerativas. Así, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, que en 1980 constituían 32.1% de las defunciones, en 2012 representaron casi la tercera parte de esta cifra, con 10.5%. Por el contrario, las enfermedades no transmisibles consolidaron su posición como principal causa de muerte al pasar de 45.4% en 1980 a 75.5% en 2012. Destacan, en particular, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y los tumores malignos, que en 2012 fueron causa de 24.0, 14.1 y 12.2% de las defunciones, respectivamente.³⁰

Desde la década de los noventa del siglo pasado se han incrementado de modo notable las tasas de mortalidad relacionadas con la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón.³¹ En tanto, la incidencia de mortalidad relacionada con el grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales ha disminuido (figura 1.4).

Hernández y Palacio (2012) analizan información similar para el periodo 1979-2009 (ver figura 1.A1 del Anexo 3) y encuentran que en la segunda parte de los años ochenta las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades respiratorias agudas dejaron de ser las dos principales causas de muerte en México, mientras la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón pasaron a ser las enfermedades asociadas con las tasas de mortalidad más elevadas.

Entre la población femenina, desde 1990 la diabetes constituye claramente la enfermedad con tasas de mortalidad más elevadas (73.2 por 100 000 personas en 2012), por delante de las enfermedades isquémicas del corazón (54.7) y la enfermedad cerebrovascular (27.3).

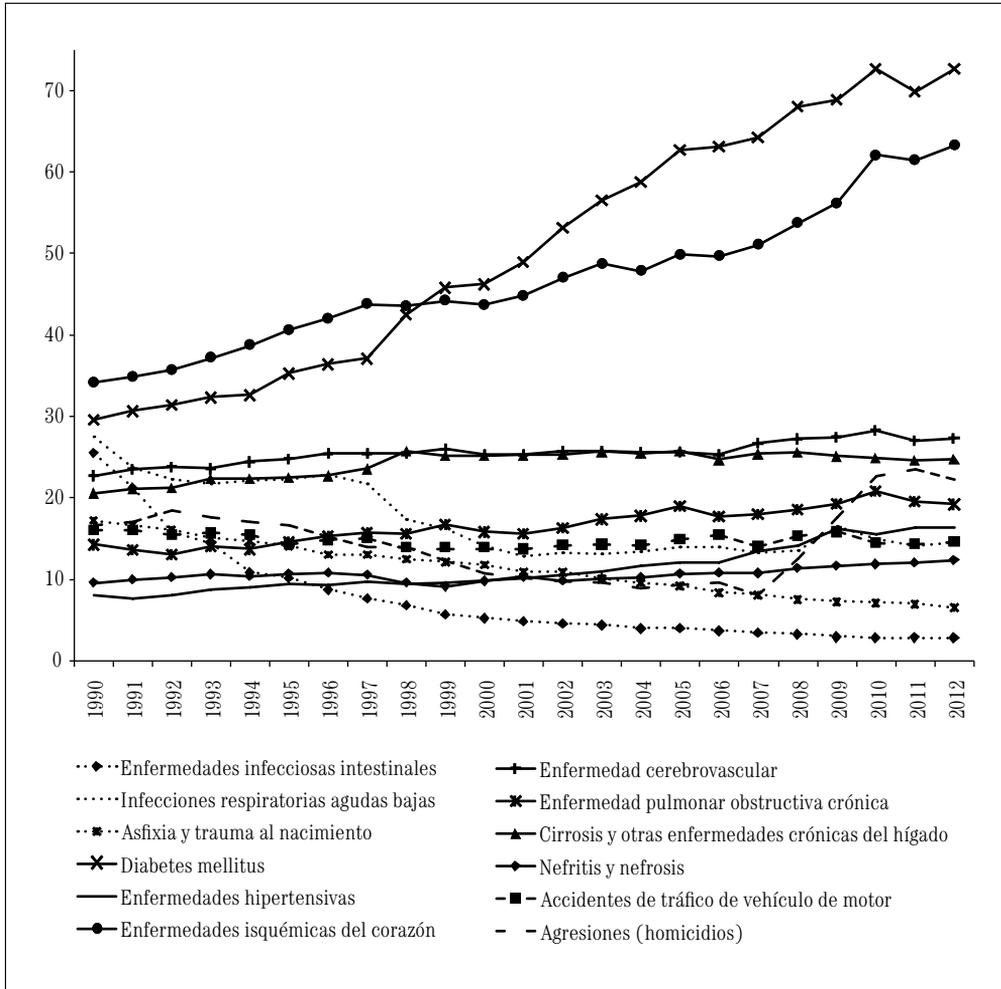
Hasta 2003, las enfermedades isquémicas del corazón tuvieron la mayor incidencia de mortalidad entre la población masculina. En los siguientes años, la tasa de mortalidad asociada a la diabetes fue la más alta. La información para 2012 señala que ambas enfermedades se relacionaron con una tasa de mortalidad de 72 por cada 100 000 hombres. Debido al fuerte repunte de los homicidios desde 2008, las agresiones constituyen la tercera causa de muerte entre los varones desde 2010, por delante de la cirrosis y otras enfermedades del hígado.³²

³⁰ En tanto, en 1980 su importancia porcentual fue 16.4, 3.4 y 6.1%, respectivamente.

³¹ La Dirección General de Información en Salud de la ss, en correspondencia con la literatura especializada en salud, distingue entre la tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad por causas. Información disponible en: <<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/mortdef.pdf>>.

³² Estas enfermedades estuvieron asociadas con la segunda tasa de mortalidad más elevada entre los hombres en casi toda la década de los años noventa, y la tercera en la primera década del siglo XXI. Desde principios del siglo actual su prevalencia se ha mantenido en casi 40 defunciones por cada 100 000 hombres.

Figura 1.4 Tasas de mortalidad por principales causas de muerte, 1990-2012
(por cada 100 000 habitantes)



Nota: En líneas de punto, enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. En líneas continuas, enfermedades no transmisibles. En líneas con guion, causas externas de mortalidad.
Fuente: Elaboración propia, con información de la ss y el Conapo.

Otro avance es la reducción de la tasa de mortalidad infantil³³ y el incremento relativo de la mortalidad en edades mayores.

³³ Aunque es posible que México no logre cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio vinculado con ese indicador.

La tasa de mortalidad de los niños menores de un año ha disminuido significativamente debido a las notables reducciones en los decesos provocados por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias agudas bajas. En 2012 la asfixia y el trauma al nacer constituyeron las principales causa de mortalidad en este grupo de edad. Entre los niños de uno a cuatro años, las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades respiratorias agudas bajas dejaron de ser las dos principales causas de defunciones. Los accidentes de tráfico de vehículo automotor y las malformaciones congénitas del corazón fueron las dos enfermedades asociadas con las mayores tasas de mortalidad; la leucemia ocupó el segundo lugar.

En 2012, los homicidios, los accidentes del transporte y la diabetes constituyeron, en este orden, las tres principales causas de muerte entre la población de 15 a 49 años, mientras que en el grupo de población de 50 a 64 años las tasas de mortalidad más elevadas estuvieron relacionadas con con la diabetes, la enfermedad isquémica del corazón, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Por su parte, la población de 65 años en adelante tuvo como principales causas de defunción las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes.

La prevalencia de las causas de mortalidad también varía según las regiones, e incluso entre áreas urbanas y rurales de una misma entidad federativa. Esto refleja los avances diferenciados que se han alcanzado en la transición epidemiológica (Cordera y Murayama, 2012; Hernández y Palacio, 2012).

La diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón constituyeron las dos principales causas de defunción en todas las regiones³⁴ en 2012, pero la región norte se singulariza por ser la única donde la tasa de mortalidad asociada a la segunda causa fue superior a la primera. Hernández y Palacio (2012) indican que la región centro registró el mayor incremento en la tasa de mortalidad asociada con diabetes entre 1980 y 2008. El Distrito Federal presenta la más elevada tasa de mortalidad asociada con diabetes. La peculiaridad de la región sur reside en que las enfermedades transmisibles tuvieron una contribución importante a la mortalidad hasta principios de los años noventa. Con esto se evidencia un avance menor de la región en la transición epidemiológica.

³⁴ La región norte incluye Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas. La región centro incluye Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas. La región sur incluye Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Se consideró al Distrito Federal como una región aparte.

Morbilidad y utilización de servicios de atención a la salud

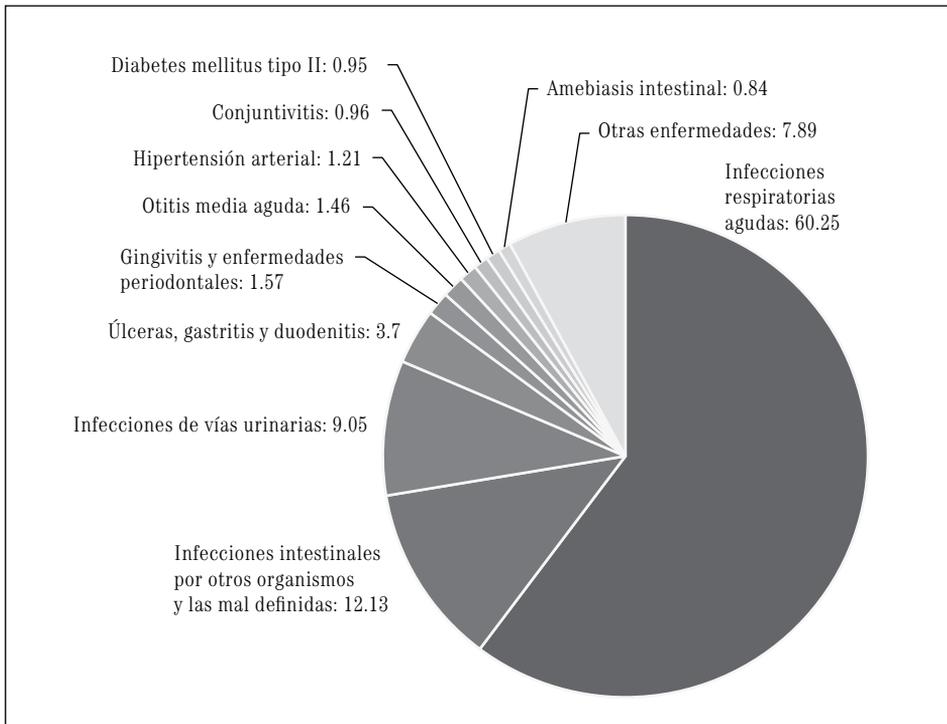
Con respecto a la morbilidad, la Ensanut 2012 (INSP 2013a) señala que los principales padecimientos, por grupos de edad, son los siguientes:

- Entre los niños persiste una alta incidencia de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, con marcada heterogeneidad entre entidades federativas. Los accidentes constituyen la tercera causa más importante de daño a la salud en este grupo de edad.
- Los accidentes y la violencia son las principales causas de morbilidad entre los adolescentes.
- El incremento en los daños a la salud por violencia es un hecho destacable entre la población adulta. No obstante, considerando que 9.2% de los adultos mexicanos cuentan con un diagnóstico médico previo de diabetes, este padecimiento constituye la principal causa de morbilidad en este grupo de edad. La hipertensión arterial es otra enfermedad con elevada incidencia entre la población adulta.
- La hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia son los tres padecimientos con el mayor autorreporte de diagnóstico médico entre la población de adultos mayores. En esta etapa de la vida también es elevada la prevalencia de padecimientos mentales.

La información epidemiológica de morbilidad recopilada por la Dirección General de Epidemiología de la ss³⁵ indica que el grupo de enfermedades transmisibles persiste como principal causa de atención médica, aunque las enfermedades no transmisibles cobran cada vez mayor importancia. De los 44 330 320 casos de enfermedad reportados en 2012 por las diversas instituciones públicas de atención a la salud, las infecciones respiratorias agudas representaron el 60.3%, las infecciones intestinales el 12.1% y las infecciones de las vías urinarias el 9.1% (figura 1.5). Ello refleja la relevancia de las enfermedades transmisibles en la morbilidad general. Sin embargo, las úlceras, gastritis y duodenitis, así como las gingivitis y enfermedades periodontales ocuparon los lugares cuarto y quinto, respectivamente, de mayor incidencia en 2012, mientras que en 1990 no alcanzaban a ser parte de las 20 principales causas de enfermedad. La diabetes, que era décima segunda causa de enfermedad registrada por la Dirección General de Epidemiología en 1990, se colocó en novena posición en 2012.

³⁵ Ver <<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>>.

Figura 1.5. Principales causas de morbilidad en México, 2012



Nota: Con base en la CIE 10ª revisión (Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión). Las enfermedades transmisibles son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, infección de vías urinarias, otitis media aguda, conjuntivitis y amebiasis intestinal. Las enfermedades no transmisibles son: úlceras, gastritis y duodenitis; gingivitis y enfermedades periodontales; hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.

Fuente: Elaboración propia, con información de la Dirección General de Epidemiología, ss.

En 2010, las enfermedades no transmisibles fueron responsables del 85.2% de los años de vida asociados a discapacidad (AVD) (IHME, 2013). Al respecto, Lozano *et al.* (2013) destacan que los trastornos mentales y problemas neurológicos, las enfermedades musculoesqueléticas, así como las enfermedades de la piel y órganos de los sentidos constituyen importantes causas de AVD, y que aunque estos padecimientos crónicos son de baja letalidad, saturan los consultorios de primer nivel de atención.

La información sobre egresos hospitalarios refleja más el estado de la oferta hospitalaria y de la demanda inducida que el de la morbilidad. Cabe destacar que desde 2004 más del 35% de los egresos hospitalarios han correspondido a causas

obstétricas directas (excepto aborto), y alrededor del 25% al parto único espontáneo. La atención de enfermedades digestivas y del sistema genitourinario y cardiovasculares, así como de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal constituyen los siguientes motivos de egresos hospitalarios.³⁶ Cordera y Murayama (2012) señalan que la información sobre egresos hospitalarios puede sugerir que es la oferta de servicios de salud la que tiende a definir la demanda, cuando, a la inversa, el sistema de salud es el que debería adecuarse para brindar respuestas a la altura de a las necesidades de atención de la población.³⁷

Sin embargo, la información de la Ensanut (Gutiérrez *et al.*, 2013) plantea cierta coherencia entre las principales causas de morbimortalidad en el país y la utilización de servicios hospitalarios y de primer nivel de atención. Indica que la causa más frecuente de hospitalización en 2012, incluyendo el sector privado, fue el tratamiento no quirúrgico de enfermedades³⁸ (31.5%), seguido de cirugía (22.7%) y parto (13.8%). También informa que el principal motivo de consulta de servicios ambulatorios curativos fueron las enfermedades y síntomas respiratorios agudos (36.5%). La diabetes, la enfermedad cardiovascular y la obesidad, conjuntamente, representaron 11.5% de las causas de consulta y constituyeron el principal motivo de consulta ambulatoria entre las personas a partir de los 50 años.

No obstante, un problema persistente es que la población no acude debidamente a servicios de salud para realizarse exámenes preventivos que puedan detectar indicios de hipertensión arterial y diabetes.³⁹

³⁶ Aunque en las últimas décadas el número de nacimientos totales se ha reducido, de acuerdo con la Información Histórica de Estadísticas Vitales (2011: 32), en 2010 se registraron 1.9 millones de nacimientos. Esto constituye un factor importante en la determinación de la demanda de servicios obstétricos, lo que, de igual forma, repercute en las necesidades de salud de índole pediátrica.

³⁷ Cabe señalar las diferencias en la importancia porcentual de la especialidad de ginecobstetricia en el total de egresos hospitalarios de las diferentes instituciones públicas de salud. En 2012, esta especialidad representó 24.9% de los egresos de las instituciones de seguridad social y 48.9% de los egresos de las instituciones de atención a la población no asegurada (en lo particular, 56.6% de los servicios hospitalarios otorgados a la población afiliada al Seguro Popular). De la misma forma, existe una diferencia entre la importancia porcentual de las especialidades de ginecobstetricia y pediatría en el total de consultas externas de especialidad realizadas en las instituciones de atención a la población asegurada (11.4 y 7.1%, respectivamente) y las proporcionadas en las instituciones para la población no asegurada (16.6 y 12.7%, respectivamente). Como lo sugiere la evaluación externa 2012 del SPSS (Lazcano *et al.*, 2013), en el caso del Seguro Popular la importante demanda de atención al embarazo y de la emergencia obstétrica puede estar vinculada con el enfoque estratégico del Seguro Popular hacia la atención a las mujeres gestantes.

³⁸ Incluye diabetes, infarto y crisis hipertensiva, entre otros padecimientos.

³⁹ El porcentaje de pacientes diabéticos con control adecuado se incrementó de 5.3% en 2006 a 24.5% en 2012 (INSP 2013a) pero lograr un mayor control de este padecimiento constituye un importante

Factores de riesgo

Para que el SNS contribuya a brindar respuestas más adecuadas a los nuevos perfiles de morbimortalidad también resulta importante prevenir los principales factores de riesgo a la salud vinculados con los estilos de vida de la población. De manera particular, la magnitud y el crecimiento de la prevalencia de diabetes están asociados con malos hábitos alimenticios, sedentarismo y atención inadecuada de quienes padecen esta enfermedad.

La incidencia de obesidad y de sobrepeso se ha incrementado marcadamente en el país. Estos padecimientos afectan a siete de cada 10 adultos mexicanos.⁴⁰ La obesidad constituye el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Barquera *et al.*, 2013). La ss (2013) reconoce que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población amenazan la sustentabilidad del sistema de salud debido a su vinculación con las enfermedades no transmisibles y los altos costos financieros que engendra.

Las mediciones elevadas del índice de masa corporal, las concentraciones altas de glucosa en la sangre, la presión arterial elevada y el consumo de alcohol constituían los cuatro principales factores de riesgo para la salud en 2010. Eran responsables de 64.7% del total de las defunciones y de 64.5% de los años de vida saludable (Avisa) perdidos (Lozano *et al.*, 2013).

Reforzar la sostenibilidad financiera del SNS y asegurar una mayor eficiencia y eficacia de la atención en salud, en correspondencia con las nuevas necesidades de la población requiere adaptar el modelo de atención para que esté acorde con la evolución demográfica y las principales causas de morbimortalidad. Asimismo, modificar el actual enfoque curativo de los servicios para fortalecer un modelo de prevención de enfermedades y riesgos de salud, con la promoción de estilos de vida saludable. La mejor detección temprana de la diabetes y de la hipertensión arterial, desde el primer nivel de atención en salud, y la

reto para el SNS. Barquera *et al.* (2013) señalan que solamente el 73.6% de los adultos diagnosticados recibe tratamiento farmacológico y menos de la mitad de éstos tiene la enfermedad bajo control.

⁴⁰ Los incrementos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos a escala internacional (ss, 2013). La Ensanut 2012 indica que 48.6 millones de adultos padecen sobrepeso (prevalencia igual a 38.8%) u obesidad (prevalencia igual a 32.4%). Según esta fuente, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se incrementó 14.3% entre 2000 y 2012 (ss, 2013). La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en 2012 fue 34.4% (cerca de 5.7 millones de niños). Según información publicada por *The Lancet* (Gakidou *et al.*, 2007 y Ng *et al.*, 2014), en 2013 la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México fue 28.4% entre los hombres menores de 20 años de edad, 29.3% entre las mujeres de hasta 19 años, 66.8% en el caso de los hombres de 20 y más años, y 71.4% entre las mujeres mayores de 19 años.

consolidación de programas de prevención de estos padecimientos constituyen desafíos específicos.

En este sentido, cabe destacar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, promovida por la ss (2013). Uno de sus méritos es señalar que la prevención, control y atención a los principales factores de riesgo y estilos de vida perjudiciales para la salud rebasan el marco de los servicios de salud y requieren una atención integral, multisectorial, y la participación de todos los actores de la sociedad.⁴¹

Por ello, la Estrategia propone la consolidación de una política pública sistémica de control de los entornos obesogénicos, que incluye la implementación de acciones de promoción de la salud y de la actividad física, campañas de comunicación y prevención, mejoramiento del acceso a alimentos y bebidas saludables, establecimiento de una mayor regulación sanitaria con exigencias de mejor etiquetado de los alimentos y bebidas, y reformas en materia de control de la publicidad de estos productos.⁴² Asimismo, la puesta en marcha de un modelo integral de atención médica de calidad con acceso efectivo, y medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional.⁴³

El diseño del nuevo SNS también requiere incluir estrategias enfocadas a atender otras enfermedades que tienen fuerte carga de discapacidad, como los padecimientos mentales y musculoesqueléticos.

Finalmente, es necesario avanzar en la consolidación de un Sistema Nacional Público de Salud en el que la demanda quede condicionada lo menos posible por la oferta (en función de listas de espera, disponibilidad de infraestructura física y equipamiento de los padecimientos cubiertos en los paquetes de atención, etcétera) y se relacione estrechamente con las necesidades de atención, para elevar los niveles de salud de la población.

⁴¹ Coincide, en este sentido, con los señalamientos del Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina en sus recomendaciones para una política de Estado (Rivera *et al.*, 2012).

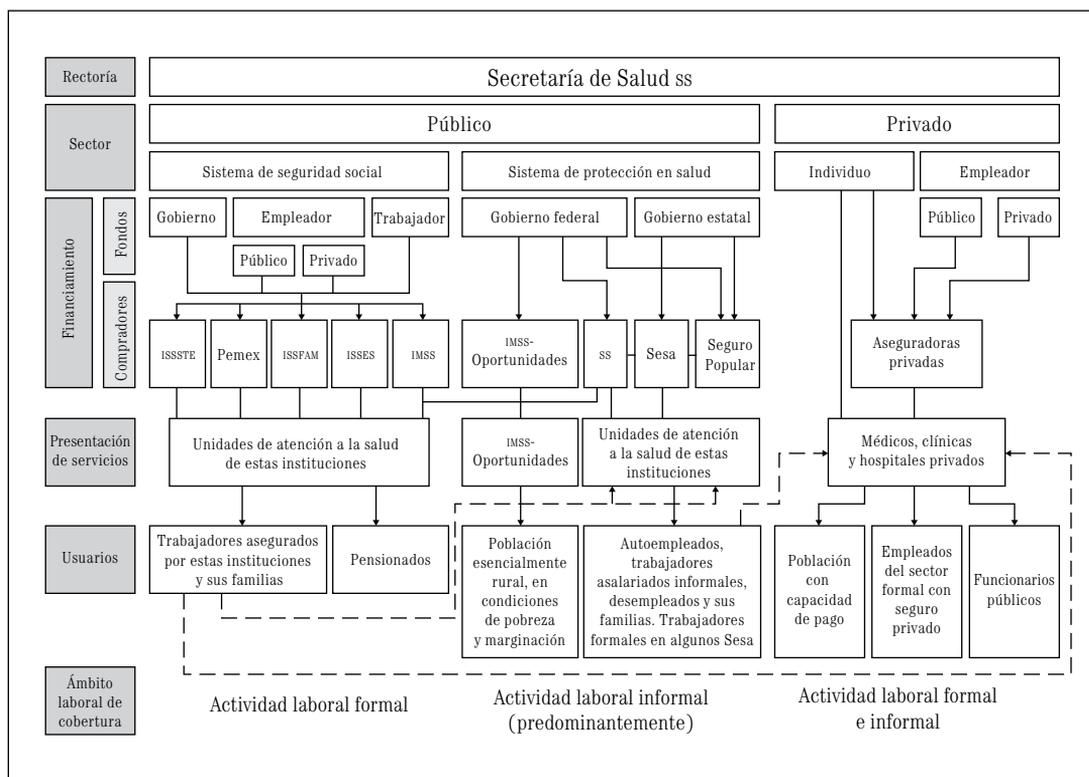
⁴² En este sentido, en abril de 2014 se publicaron en el *Diario Oficial de la Federación* lineamientos en materia de publicidad y etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas (DOF, 2014).

⁴³ En esta materia, en diciembre 2013 se publicó en el DOF (2013d) una reforma a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. Con ella se introdujo un gravamen de un peso por litro de bebida azucarada, así como en los concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores que al diluirse generen bebidas que contengan azúcar añadido, y un impuesto de 8% en alimentos no básicos con una densidad calórica de 275 kilocalorías o más por cada 100 gramos.

Estructura general del sistema mexicano de atención a la salud

De acuerdo con la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud está constituido por dependencias y entidades públicas, prestadores de servicios de salud del sector social y privado, y distintos mecanismos que permiten mantener la coordinación institucional para garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud (Ley General de Salud, 2015). En esta estructura, la ss es la dependencia del gobierno federal que debe asegurar la rectoría del Estado sobre la organización de las instituciones y servicios de salud de los sectores público y privado que componen el SNS (figura 1.6).

Figura 1.6. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México



Nota: El IMSS-Oportunidades, como comprador, puede recurrir a la provisión de servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, prestados por el IMSS, y a la provisión de servicios de atención de tercer nivel prestados por la ss.

Fuente: Elaboración propia, con base en Gómez Dantés *et al.* (2011) y Muñoz (2012).

Sector público

El SNS está basado en dos subsectores de carácter público. Por una parte, un subsector integrado por las instituciones de salud creadas en el marco del sistema de seguridad social, como son el IMSS, el ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) –que brinda servicios de atención médica integral a los militares de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y de la Secretaría de Marina (Semar)– y los servicios médicos de los trabajadores de Pemex. Por otra parte, un subsector para la protección social de la salud coordinado por la ss, que integra los Sistemas Estatales de Salud (Sesa) y en el que se incluye al SPSS (Seguro Popular). Asimismo, dentro de los dos subsectores públicos existen segmentaciones adicionales.

Sistema de seguridad social

Este sistema incluye a cuatro principales instituciones proveedoras de servicios de salud que reciben recursos de la hacienda pública y contribuciones obrero-patronales para financiar el gasto en salud y seguridad social. Dichas instituciones atienden las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales de manera formal.

- El IMSS atiende a los trabajadores formales que se desempeñan en el sector productivo privado, a los jubilados que hayan cotizado en el Seguro Social y a los familiares de ambos tipos de derechohabientes.
- El ISSSTE es la principal institución que financia y provee de servicios de salud a los trabajadores y pensionados del sector público, incluidos sus familiares derechohabientes. La dependencia da cobertura a los empleados de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, de los órganos autónomos, del Distrito Federal y a aquellos que laboran para las entidades federativas que hayan establecido un convenio con la institución.⁴⁴

⁴⁴ Adicionalmente, en el sistema de seguridad social se encuentran instituciones propias de los gobiernos estatales, como el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (Isstech), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Campeche (Issstecam), el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Yucatán (ISSTEY), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Gobierno y Municipio del Estado de Baja California (Issstecali), etcétera. Estos órganos, bajo condiciones particulares de afiliación, brindan a sus derechohabientes seguros de prestaciones médicas con características heterogéneas.

- El ISSFAM otorga el derecho al servicio médico integral a los trabajadores de la Sedena y la Semar que se encuentren en activo y retirados, y a sus familiares en línea directa.
- La Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos ofrece el servicio médico integral a los trabajadores de la entidad paraestatal, los retirados y sus derechohabientes.

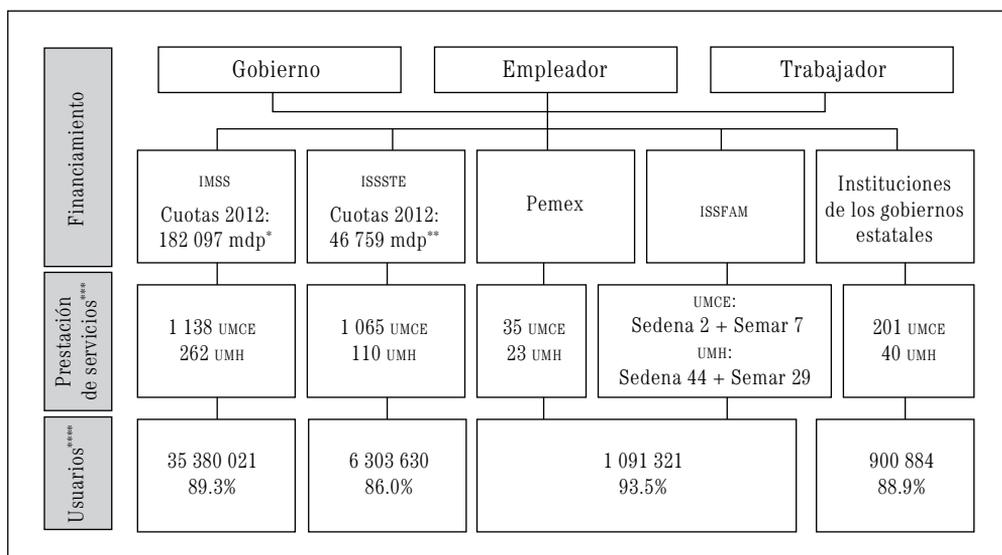
Las instituciones de seguridad social, a diferencia de las que integran el subsector para la protección de la salud, se financian con contribuciones sociales tripartitas (trabajador, empleador y gobierno) y proveen a su población derechohabiente respectiva servicios sanitarios de manera directa en sus establecimientos y con personal propios (ver en la figura 1.7 los recursos de cada institución). Aunque se establecen convenios con otras instituciones, esencialmente públicas pero en algunas ocasiones también privadas, la provisión indirecta de servicios subrogados es excepcional y la institución que paga casi siempre funge como proveedor siguiendo una estructura vertical y segmentada.

Los servicios médicos ofrecidos por las instituciones de la seguridad social presentan diferencias en calidad y amplitud de cobertura. Los beneficios sanitarios del IMSS y del ISSSTE suelen ser mayores a los ofrecidos a la población abierta por el sistema de protección en salud, aunque menores a los de los otros esquemas, como el de Pemex, que en algunos casos incluye una prima de seguro de gastos médicos mayores.⁴⁵

A esta segmentación interinstitucional se agrega una estratificación interna de los organismos de seguridad social, con mayores beneficios otorgados explícita e institucionalmente a ciertos grupos jerarquizados de trabajadores (Valencia *et al.* 2013). De acuerdo con Salazar (2012), esta organización propicia que existan regímenes de garantía que implican discriminación, aunque la titularidad del derecho sea idéntica.

⁴⁵ Por ejemplo, mientras que el Contrato Colectivo de Trabajo 2013-2015 firmado por Pemex y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (2013) y el Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios (Pemex 2000) contemplan la especialidad de “cirugía plástica, estética y cosmética” como una de las prestaciones para los trabajadores de la empresa paraestatal, incluyendo cirugía reconstructiva a juicio del médico del patrón, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (DOF, 2006) excluye la cirugía estética como prestación cubierta por el Seguro de Enfermedades y Maternidad. Asimismo, el SEM del IMSS no cubre la dotación de anteojos, de aparatos auditivos, de prótesis dentales, ni tratamientos de ortodoncia, mientras los trabajadores de Pemex sí se pueden beneficiar de este tipo de prestaciones.

Figura 1.7. Financiamiento y atención en salud del sistema de seguridad social



Notas:

* Corresponde a las cuotas obrero-patronales del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM): 125 002 millones de pesos (mdp) + contribuciones y transferencias del Estado correspondientes al SEM: 57 095 mdp.

** Se refiere al Seguro de Salud. Incluye cuotas: 10 533 mdp, aportaciones: 23 858 mdp y cuota social: 12 368 mdp.

*** Información referente al año 2012. UMCE: Unidades médicas de consulta externa; UMH: Unidades médicas de hospitalización. Con base en información de la Secretaría de Salud (2014b).

**** Número y proporción de derechohabientes que usan los servicios de salud de su institución de afiliación. Con base en información del Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI. No existe información desglosada entre Pemex, Sedena y Semar.

Las cifras están actualizadas a enero de 2014.

Fuente: Elaboración propia.

Sistema de Protección Social en Salud

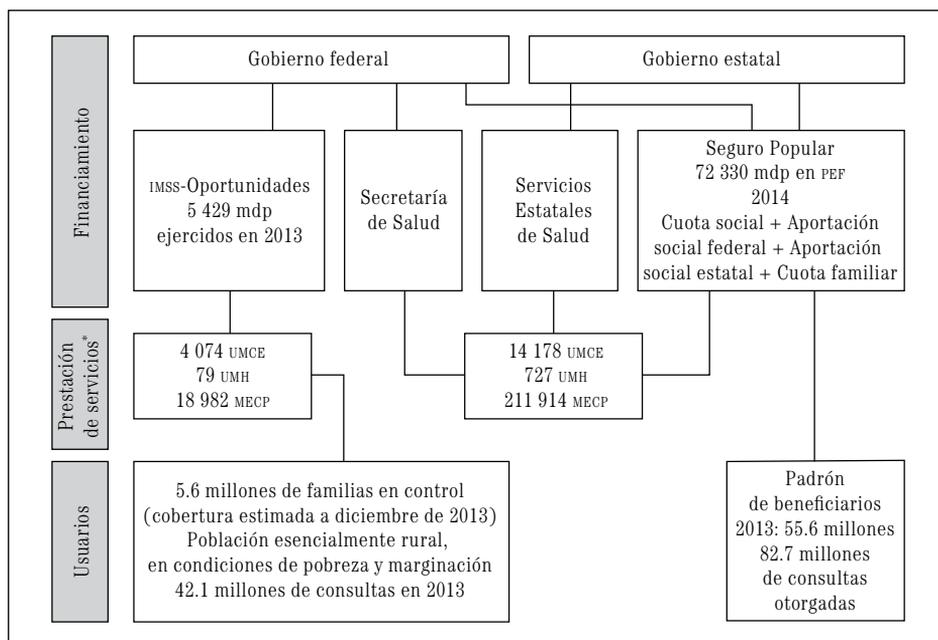
El segundo subsector público de protección sanitaria del SNS, que se sustenta esencialmente a través de contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, se dirige de manera fundamental a las personas que por su condición laboral no son derechohabientes de la seguridad social. La SSA encabeza la coordinación de los Sesa y del Seguro Popular, que integran este subsector.

El Seguro Popular no constituye propiamente una institución sino más bien un programa presupuestal para el financiamiento de un conjunto de servicios de

salud a la población afiliada por inscripción al SPSS, y en pocos casos, mediante el pago de una cuota por derechohabiente. El Seguro Popular utiliza la infraestructura, los recursos humanos y materiales de la SS y de los Sesa (figura 1.8), aunque ocasionalmente también los del IMSS. La atención de la salud se realiza mediante diferentes esquemas de aseguramiento, como el Seguro Médico Siglo XXI (antes Seguro Médico para una Nueva Generación), el Fondo para la Estrategia Embarazo Saludable y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. En este subsector del SNS también se incluye el componente de salud del programa de transferencias monetarias condicionadas Oportunidades, que ofrece a las poblaciones de mayor marginación un paquete básico de servicios de primer nivel de atención en salud.

Los diversos criterios demográficos, económicos y administrativos que se aplican para definir el acceso a los diferentes servicios de protección en salud generan al interior de este componente público del SNS una segmentación de la atención con paquetes de servicios heterogéneos.

Figura 1.8. Financiamiento y atención del Sistema de Protección Social en Salud



* Información referente al año 2012. UMCE: Unidades médicas de consulta externa; UMH: Unidades médicas de hospitalización; MECP: Médicos y enfermeras en contacto con el paciente.

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud (2014b).

Los esfuerzos realizados hasta ahora para avanzar en la cobertura universal en salud no han logrado resolver los problemas de fragmentación del SNS. Sigue siendo marcada la segmentación entre el esquema de seguridad social, el servicio público de salud correspondiente al SPSS y el sector privado, cuyas funciones de financiamiento y provisión de servicios se integran verticalmente.

El acceso a los servicios de salud del sistema de seguridad social sigue condicionado por el empleo formal, que representa el principal factor de segmentación del SNS. También existe una fuerte estratificación entre las instituciones de este subsector así como prácticas de jerarquización en el acceso a los servicios de salud que se dan en función del sector de ocupación, pues no es igual la atención sanitaria que recibe un funcionario público, que la que se otorga a los trabajadores de las Fuerzas Armadas.

De la misma forma, en el SPSS la atención es heterogénea,⁴⁶ no sólo por las diferencias geográficas –por ejemplo, la atención recibida en el Distrito Federal es diferente a la de Chiapas– sino por las diferencias en la administración y eficiencia operativa que se observa entre los niveles de atención.

En esta estructura fragmentada del SNS aún no se ha logrado establecer un paquete básico universal de servicios de salud al que toda persona, independientemente de su condición socioeconómica o laboral, pueda acceder sin tener que realizar gasto de bolsillo. A este respecto, Durán (2012: 614) propone como primer paso para solucionar la fragmentación del sistema, proporcionar una cobertura universal en el primer nivel de atención, sin ninguna restricción y sin paquetes priorizados de beneficios, con la figura del médico de cabecera o médico familiar como componente básico.

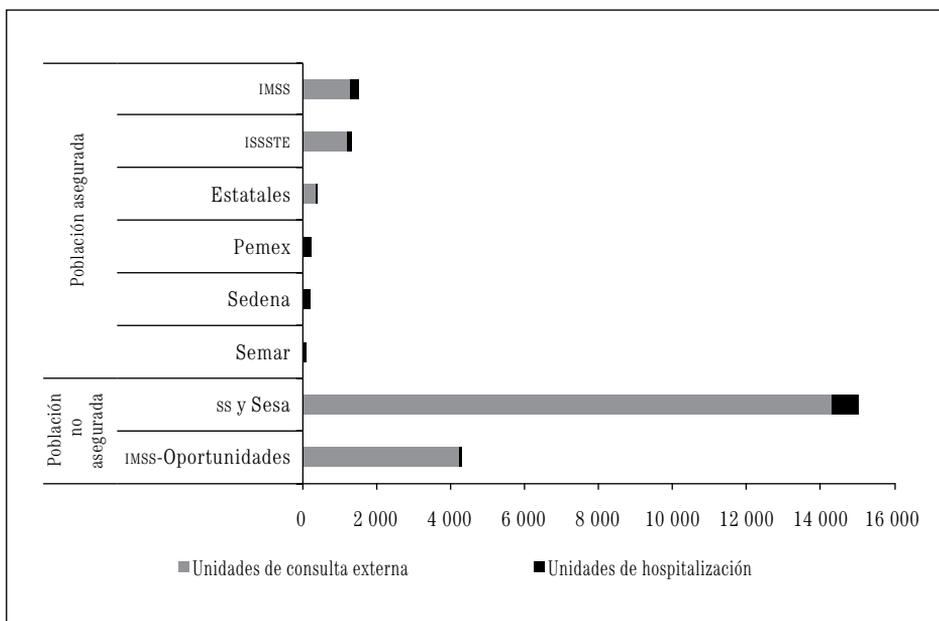
Infraestructura

Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) de la ss (2014b), en 2012 había en el país un total de 22 031 unidades de salud del sector público,

⁴⁶ A través de la construcción de índices de calidad sobre la atención médica que se otorga en unidades de primer y segundo nivel del SPSS, Durán demuestra que existen diferencias importantes entre entidades, aunque esta situación no es exclusiva de este subsistema (Durán, 2012: 589-594 y 615). Asimismo, con base en los indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, que realizó el Coneval en 2014, si se atienden indicadores como número hospitalares, camas censables o personal médico por cada 1 000 personas afiliadas, se encuentran diferencias regionales relevantes. Por ejemplo, en 2010 la entidad con mayor número de camas censables era el Distrito Federal, con 4.97, mientras Sonora, que ocupa la segunda posición, tenía 2.10 camas. Para el mismo año, Durango contaba con más de 0.04 hospitales por cada 1 000 afiliados al SPSS; en contraste, Querétaro tenía menos de 0.01. Esta desigualdad entre entidades se repite para todos los indicadores del SPSS (Coneval, 2014).

15.4% del total. Como se puede observar en la figura 1.9, la ss y los servicios de salud de las entidades federativas (que son las instituciones encargadas de proveer la mayor parte de los servicios cubiertos por el Seguro Popular) incluyen al mayor número de unidades de salud, pero solamente 727 de ellas (4.9%) son unidades hospitalarias. El 98% de las unidades de atención del IMSS-oportunidades también son de consulta externa.

Figura 1.9. Número de unidades de salud por tipo de institución, 2012



Nota: El Boletín de Información Estadística 2012 del Sistema Nacional de Salud presenta, además, información correspondiente a unidades médicas de universidades (cuatro unidades que ofrecen servicios de atención ambulatoria y cuatro unidades hospitalarias) y del Sistema de Transporte Colectivo de la Ciudad de México (13 unidades médicas de consulta externa).

Fuente: Elaboración propia, con información del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais), Secretaría de Salud.

En el caso de las instituciones de seguridad social, aunque el número total de unidades de salud es más reducido, proporcionalmente hay mayor infraestructura hospitalaria. En especial en la Semar, donde más del 80% de los establecimientos brindan atención hospitalaria. En el IMSS, únicamente 18.7% de la infraestructura corresponde a unidades hospitalarias, pero entre los 262 hospitales contabilizados

por la ss (2014b) en 2012, un 26.3% contaba con 180 camas censables⁴⁷ o más, es decir, eran hospitales con gran capacidad de atención. En cambio, el 72.4% de las unidades hospitalarias pertenecientes a la ss tenía menos de 60 camas censables.

En 2012 había un promedio de 20 unidades médicas por cada 100 000 habitantes en el país, con un importante diferencial entre la población asegurada (5.9 por cada 100 000) y la población no asegurada (31.8 por cada 100 000) (Secretaría de Salud, 2014b). Pero al considerar únicamente los hospitales, se observa que a escala nacional solamente existían 1.2 hospitales por cada 100 000 habitantes, y que la disponibilidad para la población no asegurada no es sustancialmente mayor a la que se observa para la población asegurada: 1.4 por cada 100 000 y 1.0 por cada 100 000, respectivamente.

El pronunciado incremento de la afiliación al SPSS puede provocar una presión sobre la capacidad instalada que no logre una respuesta favorable en servicios. Los avances experimentados en la consolidación y modernización de la infraestructura física en la ss y los Sesa no han resultado suficientes para resolver los importantes problemas de infraestructura, en particular la hospitalaria, en ciertas entidades federativas, y cubrir cabalmente la creciente demanda de servicios de salud.

En 2012 había un total de 85 656 camas censables en el país. La tasa de crecimiento medio anual (TCMA) fue solamente 0.96% entre 2000 y 2012. En ese último año, el promedio fue 0.78 camas censables por cada 1 000 habitantes (Secretaría de Salud, 2014b), con importantes diferencias entre entidades federativas. En este indicador, México permanece en el último lugar entre los países miembros de la OCDE.

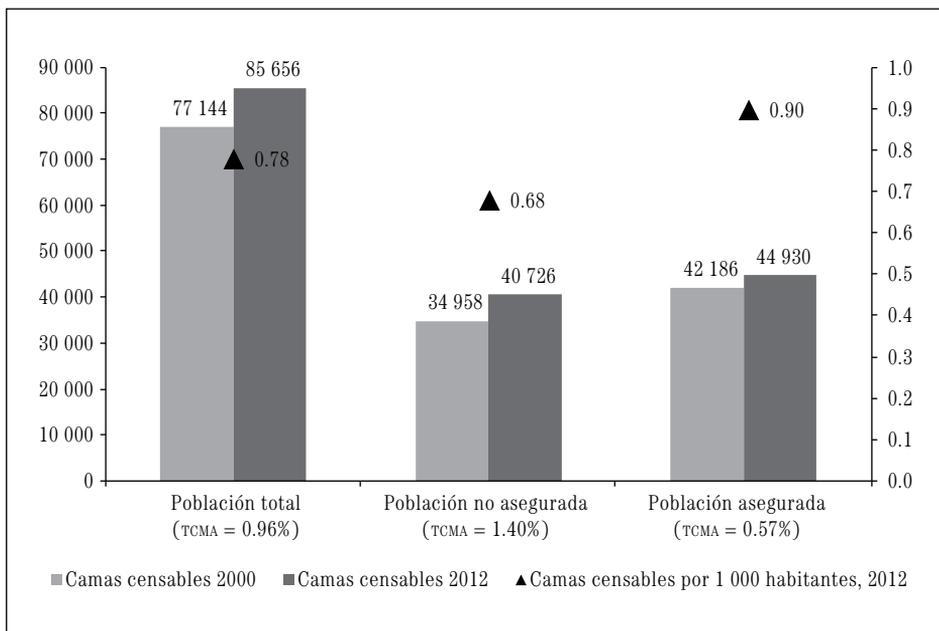
La mejora en la disponibilidad se explica particularmente por el incremento en el número de camas censables en las instituciones de atención a la población no asegurada (TCMA = 1.4%) pero en 2012 se mantenía una mejor disponibilidad en los establecimientos de atención a la población asegurada, tanto en el número total de camas censables como en la proporción de la población a atender (figura 1.10).

En cuanto a otros equipamientos y materiales en las instituciones públicas de salud, el número de consultorios creció a una TCMA de 2.5% entre 2000 y 2012. La

⁴⁷ La cama censable es aquella instalada en el área de hospitalización que aloja al paciente, posterior a su ingreso a la unidad, para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. La cama censable se considera la unidad funcional para la prestación de servicios toda vez que su instalación debe acompañarse de los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente (Secretaría de Salud, 2011b).

evolución fue mayor en las instituciones de atención a la población no asegurada.⁴⁸ Sin embargo, en 2012 había solamente 0.6 consultorios por cada 1 000 habitantes. La disponibilidad per cápita era mayor en las instituciones que atienden a la población no asegurada, en comparación con el número de consultorios por cada 1 000 personas aseguradas.

Figura 1.10. Camas censables, 2000 y 2012



TCMA: tasa de crecimiento medio anual.

Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud (2014b).

Aunque el número de quirófanos creció a un ritmo promedio anual de 2.2%, debido particularmente al incremento en unidades de atención a la población no asegurada (la capacidad instalada en el subsector rebasó el número de quirófanos que hay en hospitales de la seguridad social), en 2012 había solamente 3.3 quirófanos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional, aunque esta capacidad, ponderada por la población, seguía siendo menor en las unidades de atención a la población no asegurada.

⁴⁸ Ver cuadro 1.A1 del Anexo 3.

También se experimentaron tendencias positivas en el número de equipos de tomografía y de resonancia magnética; sin embargo, en 2012 solamente había 2.9 tomógrafos por cada millón de habitantes. La disponibilidad de este equipo de alta complejidad permanecía particularmente limitada para atender a la población no asegurada.⁴⁹

Existen diferencias significativas en la disponibilidad de otros equipos de atención a la salud entre las instituciones de la seguridad social y aquellas que brindan atención a la población no asegurada.⁵⁰ Particularmente, el promedio de máquinas para hemodiálisis en 2012 fue de 35.3 por cada millón de derechohabiente a la seguridad social y solamente 4.4 por cada millón de personas no aseguradas. De manera similar, había 42.1 equipos de rayos X por millón de habitantes con seguridad social y únicamente 19.0 equipos por cada millón de no asegurados.

Además de contar con una infraestructura física y recursos materiales suficientes y modernos, para brindar la atención pública con calidad a la salud se requiere de los recursos humanos adecuados en términos cuantitativos y cualitativos. Si bien a nivel nacional se cumplen las recomendaciones de la oms en cuanto al número de médicos por habitantes y se han registrado avances en las cifras de personal médico y de enfermería, existe heterogeneidad entre las entidades federativas, y México permanece rezagado en esta materia con respecto a los demás países de la ocde.

La ss reporta que en 2012 había en el país 203 688 médicos, de los cuales el 50.5% brindaba atención a la población no asegurada y el 49.5% a la población afiliada a la seguridad social. La ss era la institución con mayor número de médicos, seguida del mss (figura 1.11).

En ese año había 2.0 médicos por cada 1 000 derechohabientes a la seguridad social y 1.7 por cada 1 000 habitantes no asegurados. Si se considera el número de médicos en contacto con el paciente, persiste el diferencial de capacidad de atención médica entre población con y sin seguridad social, pues en 2012 había un promedio de 1.8 médicos en contacto con pacientes por cada 1 000 derechohabientes y sólo 1.6 médicos en contacto con el paciente por cada 1 000 habitantes sin seguridad social.⁵¹

También se puede advertir un problema de inadecuación cualitativa del personal médico en el país. Mientras que en 2012 había 0.8 médicos especialistas por

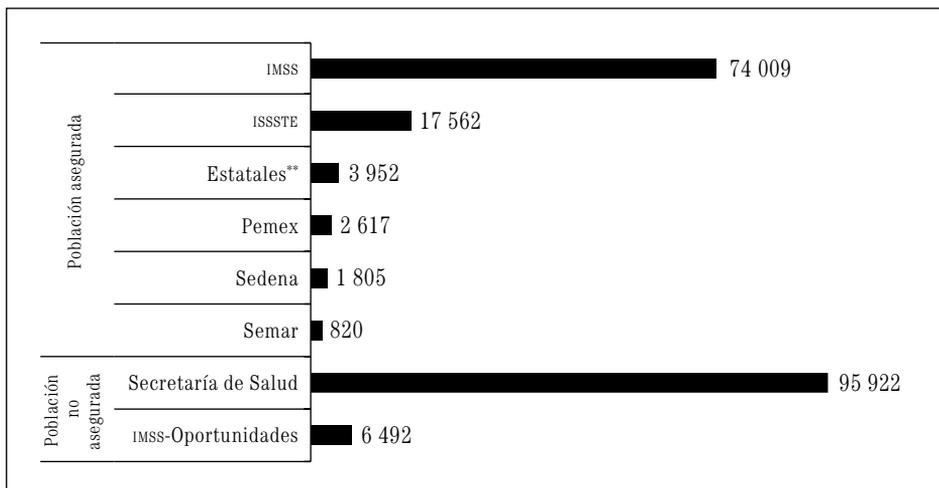
⁴⁹ Ver cuadro 1.A2 del Anexo 3.

⁵⁰ Ver cuadro 1.A2 del Anexo 3.

⁵¹ Entre 2000 y 2012 el crecimiento promedio anual en el número de médicos en contacto con el paciente fue mayor entre el personal de las instituciones de atención a la población no derechohabiente a la seguridad social (TCMA = 4.5%) comparado con el personal médico de las instituciones de seguridad social (TCMA = 2.8%). (Ver figura 1.A1 del Anexo 3).

cada 1 000 habitantes,⁵² se tenía una disponibilidad de sólo 0.5 médicos generales o familiares por cada 1 000 habitantes.

Figura 1.11. Personal médico por institución, 2012*



Notas:

* Incluye médicos generales, especialistas, formación y médicos en otras actividades.

** Se refiere a unidades médicas del gobierno estatal.

En la información referente a médicos de las instituciones de salud para la población no derechohabiente, la ss incluye adicionalmente a 351 médicos de unidades médicas en universidades. Por ello, reporta un total de 102 765 médicos en el conjunto de instituciones que brindan servicios a la población no asegurada.

En la información referente a médicos de las instituciones de salud de la seguridad social, la ss incluye adicionalmente a 158 médicos de unidades médicas del Sistema del Transporte Colectivo Metro. Por ello, reporta un total de 100 923 médicos en el conjunto de instituciones que brindan servicios a la población asegurada.

Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud (2014b).

En cuanto a enfermeras, con base en información de la ss, en 2012 eran 276 953 en total en el país, 48.8% de ellas en instituciones de la seguridad social y 51.2% en los establecimientos de atención a la población no asegurada. El crecimiento promedio anual del total de enfermeras entre 2000 y 2012 fue de 3.2%, con una TCMA en las instituciones para población no asegurada de 4.6% y de 1.9% en las instituciones de

⁵² 0.9 médicos especialistas por cada 1 000 derechohabientes a la seguridad social y 0.6 por 1 000 habitantes sin seguridad social.

seguridad social. Pese a estos incrementos, sigue habiendo carencias de personal de enfermería en algunas entidades federativas, particularmente en establecimientos de la ss y de los Sesa. De acuerdo con el informe de Coneval (2014: 41-42), sólo el Distrito Federal rebasó en 2008 y 2010 la cifra de 9.7 enfermeras por cada 1 000 habitantes –tasa promedio que tienen los países de la OCDE con sistema de cobertura universal–, en tanto que el resto de las entidades federativas, a excepción de Aguascalientes, tienen menos de cinco enfermeras por cada 1 000 habitantes.

En 2012 había solamente 2.7 enfermeras por cada 1 000 derechohabientes de la seguridad social y 2.4 en los establecimientos que brindan atención a la población no derechohabiente.⁵³ Asimismo, existen insuficiencias de personal de enfermería para apoyar a los médicos en contacto con los pacientes, particularmente en los Sesa de algunos estados, y se requiere de mayor capacitación permanente de este personal y mejorar su especialización para atender a los pacientes. Aunque no se cuenta con recomendaciones de los organismos internacionales sobre el nivel óptimo del personal médico por cada cierto número de habitantes, es posible considerar los datos de la OCDE de 2012, que señalan que nuestro país tenía 2.6 enfermeras por cada 1 000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE era de 8.8, Canadá tenía 9.4, el Reino Unido 8.2 y España 5.2.⁵⁴

La OPS (2013) señala que el principal problema en materia de recursos humanos para la salud en México no es la escasez crónica de profesionales de la salud sino fallas en la distribución e inadecuaciones en las competencias y capacidades del personal de acuerdo a las necesidades del país para que se brinde una atención resolutiva y de calidad.

Otro reto peculiar para mejorar la calidad de la atención en las instituciones públicas de salud es el tiempo de espera para recibir esta atención. Según información reportada por la Presidencia de la República (2013), este indicador no ha mejorado significativamente.⁵⁵

El surtimiento adecuado de recetas médicas constituye otro importante desafío que se está atendiendo a través de iniciativas de compras consolidadas entre

⁵³ Los indicadores son aún más bajos cuando se consideran a las enfermeras en contacto con el paciente: 2.5 por cada 1 000 para la población asegurada y 2.3 por cada 1 000 para la población no asegurada.

⁵⁴ Información disponible en: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>>; (OECD. Stat).

⁵⁵ El tiempo de espera promedio en el primer nivel de atención fue de 29.0 minutos en 2000 y 26.6 en el primer cuatrimestre 2013. En el segundo nivel de atención, el tiempo de espera se incrementó de 22.0 minutos a 27.0 minutos, Presidencia de la República (2013).

diferentes instituciones públicas de salud. De acuerdo con cifras oficiales, el suministro completo de medicamentos recetados ha empeorado entre 2000 y 2013.⁵⁶ La Ensanut 2012 indica que el IMSS es la institución que provee en mayor proporción (86.1%) la totalidad de medicamentos recetados durante una consulta médica ambulatoria. Pero las personas atendidas en los servicios estatales de salud y el ISSSTE lograron que se surtiera por completo su prescripción médica en sólo 63.7 y 66% de los casos, respectivamente. Cabe destacar que, según la ss (2014a), únicamente el 53% de los usuarios del SPSS en 2013 admitieron que estaban satisfechos o muy satisfechos respecto al abasto de medicamentos, y el 72.2% manifestó que se les habían proporcionado todos o casi todos los medicamentos recetados. En la evaluación de las unidades de primer nivel de atención en los Sesa, la ss (2009) señaló que una proporción importante de centros de salud carecía de medicamentos básicos para atender a los usuarios de los servicios ambulatorios de los Sesa y que algunos centros carecían de los insumos básicos para la atención prenatal.

Sector privado

Por otra parte, el SNS incluye las actividades de financiamiento y prestación de servicios de salud del sector privado. El sector se compone de compañías aseguradoras, redes hospitalarias privadas, clínicas y consultorios de servicios médicos particulares que prestan atención sanitaria a personas que carecen de la cobertura de salud pública o seguridad social, y a usuarios que de forma voluntaria solicitan los servicios, aun si cuentan con afiliación al sistema público de salud.

El acceso a este sector depende de la capacidad de pago de los individuos para realizar la contratación de los seguros médicos particulares o el pago directo de los servicios médicos adquiridos, conocidos como gasto de bolsillo. Según la ss (Secretaría de Salud, 2009), una tercera parte del gasto privado en salud corresponde a recursos destinados a la compra de medicamentos.

Algunas personas que acuden de forma voluntaria al sector privado disponen de un seguro particular contratado por su cuenta o financiado por su empleador, ya sea privado o del sector gubernamental, que se ofrece como una prestación laboral adicional en el mercado de trabajo formal. Este sector representa la opción de atención de la salud para aquellos que por su condición laboral no cuentan con

⁵⁶ Mientras que para el año 2000 en el primer nivel de atención se reporta que 95.2% de las recetas médicas fueron surtidas en forma completa, en el primer cuatrimestre de 2013 la proporción fue 81.5%.

acceso a la seguridad social (autoempleados, trabajadores asalariados informales, desempleados), no están inscritos en el Seguro Popular, no reciben atención en los servicios públicos de salud y en los sistemas de salud estatales, o no son beneficiarios del programa IMSS-Oportunidades.

En el estudio de Puentes *et al.* (2005) se señala que los seguros privados son utilizados por poco más del 1.5% de la población, y según la información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., el total de beneficiarios con cobertura de gastos médicos mayores asciende a 3.4 millones habitantes. De acuerdo con información del Sinais, en 2012, la contribución de los seguros médicos privados al gasto total en salud fue de 4.1%.

Financiamiento

La ampliación y reconocimiento de derechos sociales por parte del Estado ha significado un avance importante en los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Sin embargo, estos avances no se han acompañado con medidas fiscales que fortalezcan la hacienda pública para brindar el soporte financiero necesario y hacer frente al gasto público derivado de la instrumentación de las reformas sociales. De hecho, como se aprecia en el cuadro 1.1, las condiciones tributarias de la hacienda pública en México, en comparación con otros países de Latinoamérica, presentan una importante debilidad como fuente de financiamiento para el cumplimiento de las obligaciones del Estado y la instrumentación de políticas de desarrollo económico y bienestar social.

Por ello, la construcción de un SNS que garantice el acceso universal a los servicios de salud implica contar con un diagnóstico de las condiciones del gasto en salud, considerar las necesidades de financiamiento público y explorar los mecanismos institucionales que permitan asegurar la sostenibilidad del nuevo modelo de salud en México.

El financiamiento actual del SNS presenta distintos desequilibrios importantes, que reflejan las anomalías propias del diseño y operación del sistema. Por ejemplo, la proporción entre el gasto privado y el gasto público destinado a la población no asegurada. En la distribución del gasto en salud en México se observa que hasta 2010 el gasto privado (51%) era superior al gasto realizado por el Estado (49%). No obstante, esta situación se empezó a corregir a partir de 2011,⁵⁷ y ya en 2012

⁵⁷ Ver cuadro 1.A10 del Anexo 3.

el gasto público fue ligeramente mayor (51.8%) al gasto privado (48.2%) (figura 1.12.⁵⁸ Asimismo, en la composición del gasto público se registra una asignación importante de recursos a la población no asegurada (23.3%), aunque persiste el predominio del gasto destinado a los distintos sistemas de seguridad social que ofrecen cobertura a la población asegurada, que en conjunto suman el 28.6%.

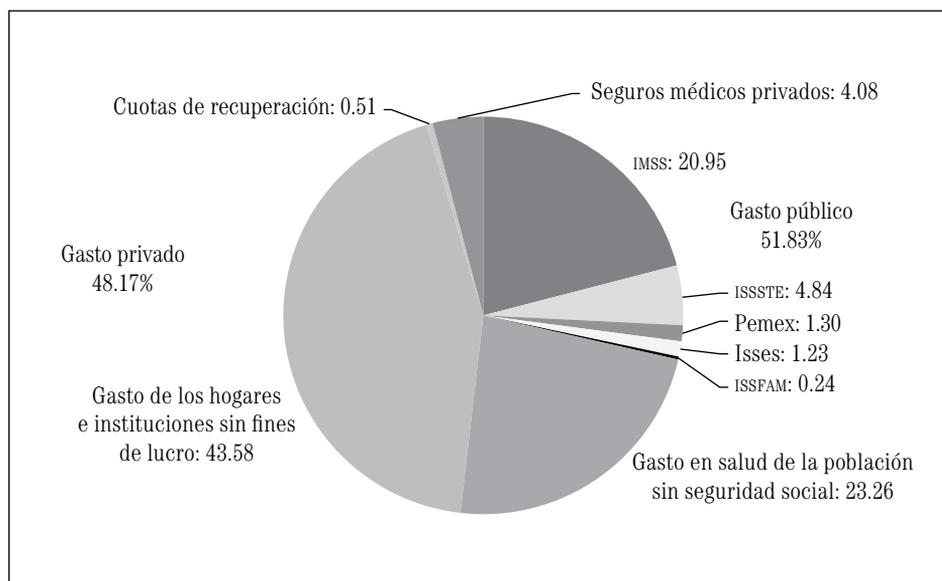
Cuadro 1.1. Ingresos tributarios por tipo de impuestos en países seleccionados de América Latina, 2011 (porcentajes del PIB)

	<i>Argentina</i>	<i>Brasil</i>	<i>Chile</i>	<i>Colombia</i>	<i>México</i>
Total ingresos tributarios	27.2	26.0	18.7	13.5	9.7
Ingresos tributarios directos	9.4	10.5	8.2	6.9	6.0
Impuestos sobre ingreso, utilidades y ganancias de capital	6.0	7.6	7.4	5.4	5.6
Personas físicas	1.9	0.5	1.4	--	2.7
Corporaciones y empresas	3.8	3.7	3.9	--	2.4
No clasificables	0.2	3.4	2.2	--	0.5
Impuestos sobre la propiedad	3.4	2.1	0.8	1.5	0.4
Otros impuestos directos	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0
Ingresos tributarios indirectos	17.5	15.3	10.3	6.6	3.5
Impuestos generales sobre bienes y servicios	11.9	13.6	7.8	5.6	3.7
Impuestos específicos sobre bienes y servicios	1.8	1.0	2.2	0.3	-0.5
Comercio y transacciones internacionales	3.8	0.6	0.2	0.7	0.2
Otros indirectos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otros impuestos	0.4	0.2	0.2	0.0	0.2
Contribuciones sociales	7.4	8.8	1.3	1.7	1.6
Total ingresos tributarios (incluyendo contribuciones sociales)	34.6	34.8	20.1	15.1	11.3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepalstat).

⁵⁸ A partir de 2012, la información reportada en el Sinais incluye modificaciones metodológicas en la contabilización de las diversas partidas del gasto público en salud. El gasto público para la población con seguridad social incluye el gasto del IMSS, ISSSTE, Pemex, así como de las instituciones de seguridad social estatales (Issses) y del ISSFAM. El gasto público en salud para la población sin seguridad social incluye el gasto de la SS (Ramo 12), del IMSS-Oportunidades, del FASSA, el gasto estatal, así como el gasto en salud de la Sedena y de la Semar.

Figura 1.12. Distribución del gasto en salud en México, 2012



Nota: Las cuotas de recuperación corresponden al importe pagado por el usuario de los servicios médicos cuyo costo no está cubierto en su totalidad por el sistema de salud al que está afiliado. Las instituciones sin fines de lucro son entidades sociales separadas institucionalmente del gobierno, creadas para producir bienes y servicios, cuyo estatuto jurídico no les permite obtener ganancias. Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud (2014b).

Gasto público total en salud en poblaciones con y sin seguridad social

De acuerdo con los datos del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas),⁵⁹ el gasto público total que se destina al financiamiento del sistema

⁵⁹ El Sicuentas incluye información de los siguientes tipos de gasto en salud:

- Gasto total en salud = gasto público en salud + gasto privado en salud.
- Gasto público total en salud = gasto público en salud para la población con seguridad social + gasto público en salud para la población sin seguridad social.
- Gasto estatal en salud = gasto en salud efectuado con recursos propios de los estados.
- Gasto público en salud para la población sin seguridad social = gasto estatal en salud + gasto del Ramo 12 + gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades, y a partir de 2012 se integra el gasto en salud de la Sedena y de la Semar.
- Gasto público en salud para la población con seguridad social = gasto del IMSS + gasto del ISSSTE + gasto de Pemex, y para 2012 se integra el gasto del ISSFAM y de las Isses.
- Gasto privado en salud = gasto en salud de los hogares e instituciones sin fines de lucro + cuotas de recuperación + seguros médicos privados. Las cuotas de recuperación correspon-

de salud en México ha sostenido un crecimiento importante desde el año 2000 (figura 1.13). En poco más de una década, se duplicó el gasto público total en salud a precios constantes, pues pasó de tener una erogación de 234 100 millones de pesos en 2000, a 493 800 millones de pesos en 2012. La TCMA durante esos años fue de 6.3%, y observó un ritmo mayor (7.7%) en los primeros cuatro años de la década pasada.⁶⁰

El crecimiento del gasto público total ha favorecido principalmente a la población sin seguridad social, que se incrementó entre 2000 y 2012, a una TCMA de 9.2%, con una particular aceleración desde 2004 por la introducción del Seguro Popular. Éste marcó un cambio estructural en el comportamiento de las cifras de financiamiento del sistema de salud. No obstante, el gasto público total en la población con seguridad social sigue siendo mayor que el destinado a la población sin seguridad social, pues más de la mitad de los recursos públicos (55.1%) se aplicó a ese segmento demográfico. Cabe señalar que la brecha entre ambos se ha venido cerrando (en 2000 el 67.6% del gasto público en salud se destinaba a la población asegurada) debido al menor dinamismo en el gasto público en los asegurados, que registró una TCMA de 4.5% en el periodo 2000-2012.

La participación porcentual del gasto público total para la población con seguridad social y sin seguridad social varía claramente entre entidades federativas. Estas diferencias pueden ser explicadas por la importancia específica del empleo asalariado formal en los mercados laborales de cada estado y por los rezagos en la cobertura de salud a la población en general. De tal manera, en 2012 en el estado de Nuevo León el 78.9% del gasto público correspondió a la población con seguridad social y fue de 74.4% en Sonora y de 73.5% en el Distrito Federal. En el otro extremo, en Chiapas y Oaxaca, entidades donde el trabajo no asalariado y la actividad económica informal tienen notable relevancia,⁶¹ la participación del gasto público en salud para la población con seguridad social en el gasto público total en salud fue solamente de 28.6 y 24.3%, respectivamente.⁶²

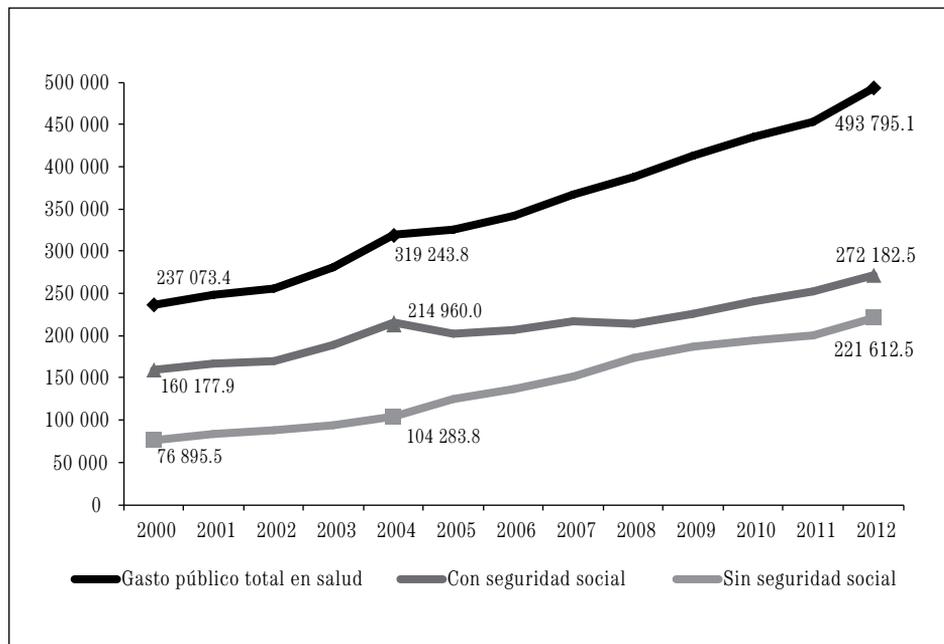
den a montos cubiertos por los usuarios de servicios hospitalarios por concepto de consulta, procedimientos médicos o estudios auxiliares de diagnóstico, cuyo costo no es cubierto en su totalidad ya que se relaciona con un porcentaje de subsidio diferenciado para cada nivel socioeconómico en función del tabulador de costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

⁶⁰ Ver el cuadro 1.A3 del Anexo 3.

⁶¹ Ver las tasas de informalidad y de ocupación en el sector informal por entidad federativa reportadas en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) de INEGI (2014).

⁶² Ver el cuadro 1.A4 del Anexo 3.

Figura 1.13. Gasto público total en salud en poblaciones con y sin seguridad social (millones de pesos constantes, 2012 = 100)



Nota: Hasta 2012, el gasto público en salud para la población con seguridad social sólo incluía el gasto del IMSS, del ISSSTE y de Pemex. A partir de ese año las cifras incluyen el gasto correspondiente al ISSFAM y a las ISSes.

Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Es importante señalar que si bien entre 2000 y 2012 la participación del gasto dirigido a la población sin seguridad social en el total de gasto público en salud aumentó en 12.4 puntos porcentuales (de 32.4 a 44.9%) a escala nacional, la evolución fue heterogénea entre entidades federativas.⁶³

⁶³ En Guanajuato, Estado de México, Puebla, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz el crecimiento fue superior a 20 puntos porcentuales, lo cual indica esfuerzos importantes por atender las necesidades de su población sin seguridad social en materia de salud. Por el contrario, en Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Jalisco y Nuevo León el aumento en la participación fue menor al 10%. En el caso del Distrito Federal, la evolución de la participación del gasto público para la población no asegurada fue negativa debido a que el incremento en el gasto público en salud para la población con seguridad social fue mayor al aumento registrado en el gasto para la población no asegurada. (ver el cuadro 1.A4 del Anexo 3).

El crecimiento registrado en el gasto público en salud para la población con seguridad social en el periodo 2000-2012⁶⁴ se explica en buena parte por el aumento del gasto del ISSSTE,⁶⁵ que creció a una TCMA de 6.8% en ese periodo, con un aumento promedio aún más pronunciado a partir de 2004 (7.4%). Como resultado de la evolución de su gasto, el ISSSTE pasó de representar el 13.1% del gasto público en salud para la población con seguridad social en 2000, a 17.0% en 2012. Este incremento se explica por el aumento en el número de derechohabientes, particularmente de los pensionistas y de sus familiares, lo que se traduce en un envejecimiento de la población derechohabiente e incide en los costos de atención,⁶⁶ y el aumento en el gasto corriente, en especial de servicios generales, y de capital.⁶⁷ La transición epidemiológica, que ha significado un aumento en la prevalencia de las enfermedades de alto impacto financiero (por ejemplo las crónico-degenerativas) también podría haber inducido un gasto mayor por la adquisición de nuevas tecnologías, medicinas e insumos médicos en general.⁶⁸

El incremento en el gasto del IMSS entre 2004 y 2012 (TCMA = 1.4%), fue notoriamente menor en comparación al del ISSSTE. Mientras que en 2000 el IMSS concentraba el 82.4% del gasto público total en salud para la población con seguridad social, en 2012 su participación fue de 73.3% (figura 1.14). En este último año, el 4.6% del gasto público para la población con seguridad social correspondió a Pemex.⁶⁹ Las instituciones de seguridad social estatales (Isses) y el ISSFAM representaron 4.3 y 0.8%, respectivamente, del gasto público total en salud para la población asegurada.

La participación porcentual del gasto del IMSS, ISSSTE y Pemex en el total del gasto público para la población con seguridad social es variable entre entidades federativas. En estados con importante actividad petrolera, el gasto porcentual

⁶⁴ Las tendencias observadas en el periodo 2000-2012 también se ven influidas por el cambio metodológico introducido en 2012 en la información reportada por el Sinais.

⁶⁵ Ver el cuadro 1.A5 del Anexo 3. La información presentada en todo este capítulo se refiere únicamente al gasto de las instituciones de seguridad social destinado a la función salud. Excluye toda forma de prestaciones sociales como pensiones, servicios de préstamos hipotecarios y financiamiento en general de vivienda, seguros de invalidez y vida, y seguros para el retiro, entre otras prestaciones y servicios.

⁶⁶ Ver el cuadro 1.A6 del Anexo 3.

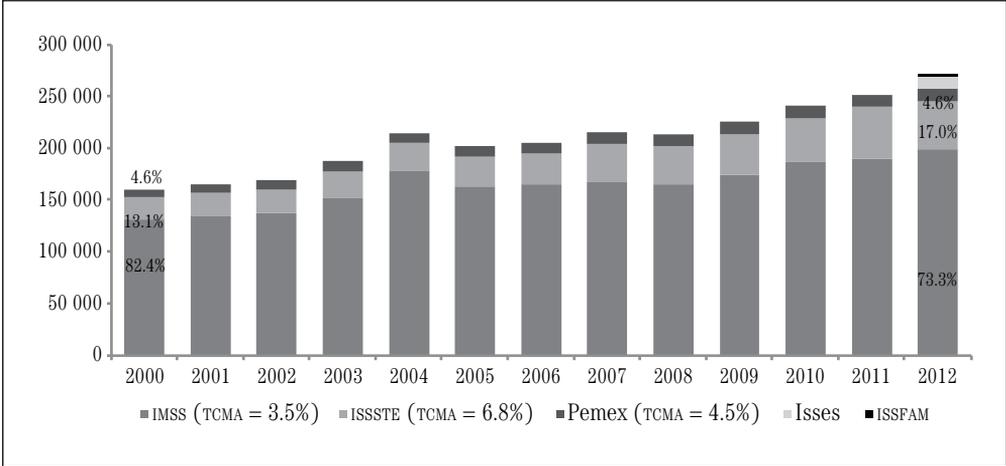
⁶⁷ Con base en información del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) referente al gasto del issste en la función Salud de las cuentas de la hacienda pública federal, se calculó que la TCMA del gasto corriente fue igual a 8.0% entre 2000 y 2011 mientras que el gasto de capital se incrementó 12.4% en promedio anual.

⁶⁸ Ver ISSSTE (2013) y CEFP (2013).

⁶⁹ Ver el cuadro 1.A7 del Anexo 3 para el desglose por entidad federativa.

correspondiente a Pemex es claramente mayor al promedio nacional: 38.9% en Tabasco, 28.8% en Campeche y 19.2% en Veracruz (figura 1.15).

Figura 1.14. Evolución del gasto público en salud para la población con seguridad social, por tipo de institución, 2000-2012 (millones de pesos constantes de 2012 y en %)



TCMA: tasa de crecimiento medio anual entre 2000 y 2012.

Nota. La información de las Isses y el ISSFAM se incluye en 2012 como resultado de los cambios metodológicos del Sinais.

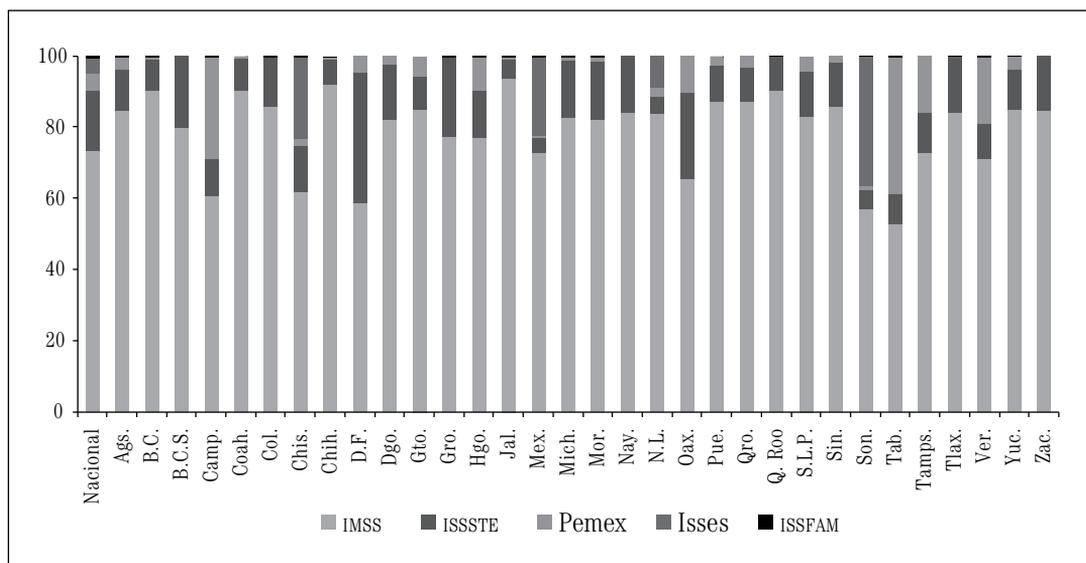
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

La participación porcentual del ISSSTE en el gasto público en salud para población con seguridad social en el Distrito Federal (36.8%) es mucho mayor a la participación nacional (17.0%), lo cual se explica por la fuerte concentración de instituciones públicas en la capital de la República. Esta participación elevada también se observa en Oaxaca, Guerrero y Baja California Sur, donde el ISSSTE concentra más del 20% del gasto en salud para la población asegurada, lo que muestra la importancia del sector público en cada economía estatal y una actividad privada caracterizada por fuertes niveles de informalidad laboral.⁷⁰ En el otro extremo, Baja California, Coahuila, Chihuahua, Jalisco y Quintana Roo son las entidades federativas con mayor importancia porcentual del IMSS, pues más del 90% del gasto público en salud para la población

⁷⁰ La informalidad laboral puede estar asociada en estos casos a la participación de trabajadores por cuenta propia (autoempleados) sin acceso a la seguridad social y la existencia de trabajadores asalariados no registrados en el IMSS.

con seguridad social corresponde a este instituto, lo que revela la importancia de la actividad productiva del sector privado en estas economías locales.

Figura 1.15. Distribución del gasto en salud para la población con seguridad social, 2012 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

Gasto en salud como proporción del PIB y del gasto público total

No obstante la evolución positiva del gasto público total en salud, los esfuerzos son aún insuficientes. El comportamiento del gasto público total en salud con respecto al PIB,⁷¹ da cuenta del crecimiento entre 2000 (2.6%) y 2012 (3.2%), que no alcanza ni un punto porcentual en más de una década.⁷²

A pesar del aumento relativo de la participación pública en el gasto total de acuerdo con la información de la ss, el gasto público total destinado a la salud

⁷¹ Ver el cuadro 1.A8 del Anexo 3.

⁷² La información desglosada a nivel estatal se presenta en el cuadro 1.A9 del Anexo 3, donde se puede observar que en las entidades federativas donde la actividad económica es mayor, ya sea por el petróleo, la industria o el turismo, la cobertura de los servicios básicos de salud se alcanza con menor presión en el PIB estatal que en los estados con una actividad económica más débil.

como porcentaje del gasto público total, sufrió una reducción entre 2000 y 2011 de 2.7 puntos porcentuales y considerando los cambios metodológicos de 2012, la disminución en el periodo 2000-2012 fue de 0.8 puntos porcentuales.⁷³ Lo que significa, dada la restricción de los recursos públicos presupuestales, que es una asignación relativamente mayor a otros rubros del gasto social.

Según información del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) de la Cámara de Diputados, relativa a la cuenta de la hacienda pública federal para los años 2003 a 2011, el gasto programable total del sector público presupuestal experimentó un crecimiento promedio anual de 5.1% en términos reales. De acuerdo con la clasificación funcional, el gasto dirigido al desarrollo social creció 5.3%, pero la función salud tuvo un crecimiento menor, de 4.9%.⁷⁴

Por otra parte, se observa un comportamiento favorable del gasto público total en salud como porcentaje del gasto total en salud, que pasó de 46.6% en 2000 a 51.8% en 2012.⁷⁵ Esto supone una mayor participación del Gobierno en el financiamiento de la salud, pero que no logra todavía reducir trascendentalmente el esfuerzo relativo del sector privado en el gasto total.⁷⁶ En el periodo 2000-2012, el gasto total privado en salud⁷⁷ experimentó una TCMA de 4.5% en términos rea-

⁷³ En el cuadro A9 se presenta información referente a la participación del gasto público en salud en el total del gasto público, a nivel nacional y en cada entidad federativa, en 2000 y 2012. Mientras que en 2000 se reportó un gasto público en salud igual a 16.6% del gasto público total, en 2012, a pesar de los cambios metodológicos en la contabilización del gasto público en salud a partir de ese año, la proporción fue solamente 15.8%, con importantes diferencias entre entidades federativas, pues en Campeche el gasto público en salud representó únicamente 3.6% del gasto público total de la entidad, mientras que en el Estado de México, la proporción fue 36.0%.

⁷⁴ El crecimiento de la función salud fue mayor al de la función educación (TCMA = 3.2%) pero contrasta con las tasas registradas en las funciones de agua potable (20%) y alcantarillado y asistencia social (14.5%). Asimismo, el crecimiento en el gasto de la función salud fue inferior al registrado en las principales funciones de desarrollo económico, que en conjunto experimentaron un crecimiento anual medio de 6.6%. Ello revela la prioridad en la asignación de mayores recursos a actividades asociadas al desarrollo económico, como las funciones de energía, comunicaciones y transportes y servicios financieros.

⁷⁵ Ver el cuadro 1.A8 del Anexo 3.

⁷⁶ No obstante, los datos de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (2008-2011) del INEGI indican que desde 2011 la importancia relativa del gasto del sector privado en el total del gasto en salud ha pasado a ser minoritaria (48.9%) y que las administraciones públicas representan el mayor peso (51.1%), ver el cuadro 1.A10 del Anexo 3.

⁷⁷ El total de gasto privado en salud corresponde a la suma del gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro, las cuotas de recuperación y los seguros médicos privados. Con información del Sicuentas, en 2012 el gasto en salud de los hogares e instituciones sin fines de lucro se constituyó en un 67.2% en gastos por productos, artefactos y equipos médicos, un 18.6% por gastos de servicios ambulatorios, y un 14.2% por gastos de hospitalización.

les, con un crecimiento notoriamente menor en el periodo 2004-2012 (TCMA = 2.1%) comparado con el periodo 2000-2004 (TCMA = 9.3%).⁷⁸ La evolución comparada del gasto privado y del gasto público indica que las tendencias de crecimiento van en el sentido correcto, pero aún falta esfuerzo y recursos, para que el gasto público se consolide como fuente principal de financiamiento del sistema de salud.

Estas tendencias se confirman con los datos de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México del INEGI, pues se observa, entre 2008 y 2011, una disminución del gasto privado en salud a precios constantes. Mientras que el gasto de las administraciones públicas experimentó un crecimiento anual promedio de 4.7% en términos reales en el periodo mencionado, el gasto privado registró una reducción anual promedio del 0.1%, y de manera particular, los pagos directos realizados por los hogares para cubrir sus gastos de salud disminuyeron con una TCMA de 0.5%.⁷⁹

No obstante, el gasto de bolsillo realizado por los mexicanos en el momento de recibir la atención médica permanece entre los más altos de los países miembros de la OCDE.⁸⁰ El hecho de que el acceso a servicios de salud y medicamentos todavía dependa en casi un 50% de la capacidad privada de compra de los hogares, refleja los problemas de inequidad persistentes en el acceso a la salud.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del INEGI, en 2006 el 69.5% del número total de familias realizaron gastos para los cuidados de la salud, proporción que se redujo al 50.2% en 2012. Asimismo, el gasto asignado a los cuidados médicos y la conservación de la salud representó el 2.6% del total de los gastos e ingresos de los hogares en 2006 y en 2012, la presión en los ingresos totales se había reducido a un nivel de 1.6%.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS (2010), el objetivo a largo plazo es reducir el nivel de pagos directos (privados) por debajo del 15 o 20% del gasto total en salud, ya que ese es el rango en el que la incidencia de catástrofe financiera y empobrecimiento de la población, desciende a niveles insignificantes; lo que supone que el gasto público debe representar como mínimo, el 80% del total. Ante la restricción de los recursos públicos, distintos países (particularmente del este asiático) han optado por reducir los pagos directos a un rango entre el 30 y 40%.

⁷⁸ Ver el cuadro 1.A8 del Anexo 3.

⁷⁹ Ver el cuadro 1.A10 del Anexo 3.

⁸⁰ Desde hace varios años, México es el país de la OCDE con la mayor importancia del pago de bolsillo en el total del gasto nacional en salud y en 2009, México era el tercer país miembro con mayor gasto de bolsillo expresado en proporción del gasto total de las familias. Ver CIDE (2013).

Es importante tener en cuenta que la disminución en el gasto privado en salud de los hogares mexicanos puede estar relacionada con la situación económica adversa de los últimos años, particularmente por el impacto de la crisis de 2009 en los niveles de gasto de las familias y por los incrementos en los precios de los alimentos, que generan desequilibrios en el presupuesto de los hogares. En este sentido, en los datos del Sinais se observa un menor incremento anual del gasto en seguros médicos privados desde 2008, en comparación con el periodo anterior a la crisis económica, una TCMA negativa de los gastos correspondientes a cuotas de recuperación en el periodo 2008-2012 y una inflexión del gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro (TCMA = 0.9% entre 2008 y 2012, en comparación con 5.6% entre 2000 y 2008).⁸¹

A pesar de los avances logrados en la afiliación a los sistemas de salud y el crecimiento del gasto público, siguen pendientes importantes retos para hacer efectivo el derecho constitucional a la atención de la salud y subsanar los problemas de inequidad en el sistema de financiamiento. Ello supone que el gasto público en salud en México permanece por debajo de lo esperado para un país de nivel medio de desarrollo, lo que ha impedido reducir las brechas en los indicadores básicos de salud con respecto a las economías de mayor desarrollo económico y humano.

De manera especial, es importante realizar esfuerzos para atender los bajos niveles de salud observados en poblaciones que viven en condiciones de pobreza, y contribuir a la mitigación de la persistente heterogeneidad en materia de desarrollo social y humano. Aunque la existencia de gastos catastróficos por motivos de salud ha ido disminuyendo en la sociedad mexicana,⁸² existen hogares en los que

⁸¹ Cabe destacar que el INSP (2013b) identificó una disminución del gasto de bolsillo por hogar entre 2006 y 2010, pero refuta que esta reducción pueda ser imputada a un efecto de ingresos vinculado con la crisis económica, al constatar que toda la población experimentó una disminución de su gasto de bolsillo, pero que para el quintil I, la reducción fue menor.

⁸² De acuerdo con Sales (2011), el porcentaje de los hogares que incurrieron en gastos catastróficos (definido como el gasto destinado a la salud y que rebasa el 40% del ingreso disponible) disminuyó de 3% en el año 2000 a 0.76% en 2010; pero estos gastos se concentran particularmente en los hogares en los deciles más bajos de ingresos y los que no tienen seguro de salud o que están afiliados al Seguro Popular. Por su parte, Díaz (2011) señala que la proporción de hogares que presentaron gastos catastróficos en salud (definidos como gastos superiores al 30% de la capacidad total de pago del hogar), independientemente de que reportaran o no gasto en salud, registró una reducción de 0.8 puntos porcentuales entre 2000 y 2010. Pero al considerar solamente los hogares con gasto en salud, en el mismo periodo se observa un incremento de 0.4 puntos porcentuales en el porcentaje de hogares con gasto catastrófico. Otros estudios han demostrado que los hogares afiliados al Seguro Popular tienen una menor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en comparación con los hogares no afiliados (ver, por ejemplo, Hernández Torres *et al.*, 2008;

el acceso a la atención médica genera riesgos de caer en situación de pobreza o intensificar su grado de marginación. Por ello, se requiere de una relación más eficiente y oportuna, entre los recursos públicos asignados para la atención integral de la salud y el grado de pobreza en las entidades federativas.

Comparación internacional

En las cifras del gasto total en salud como proporción del PIB (que incluye el gasto privado en salud) se observa una tendencia creciente hasta llegar al 6.2% en 2011, pero en comparación con otros países el gasto que se ejerce en el país es notablemente menor, tal como se ilustra en la figura 1.16. Mientras que Canadá o Costa Rica alcanzan tasas cercanas al 11%, en México apenas se supera el 6%. Asimismo, las tasas de crecimiento medio anual muestran una dinámica menor en México (1.1%) que en otros países como Costa Rica (3.3%) o Reino Unido (2.0%). Cabe destacar que en el año 2000 la brecha entre el gasto total en salud de México y el del resto de los países observados era de por lo menos dos puntos porcentuales. En 2011, y con excepción de Chile, esa brecha se amplió a más de 3 puntos porcentuales.

A pesar del ligero incremento de la participación del sector público en el financiamiento total de la salud, la mayor contribución al financiamiento de la salud en México le correspondió hasta 2010 al sector privado, en contraste con otros países. Por ejemplo, en 2011 el gobierno del Reino Unido financiaba el 82.7% del gasto total en salud y en Costa Rica solamente el 29.9% del gasto total en salud correspondía al financiamiento privado.⁸³ Entre los países seleccionados, solamente en Chile la participación porcentual del sector privado se ha mantenido por encima de lo observado en México.

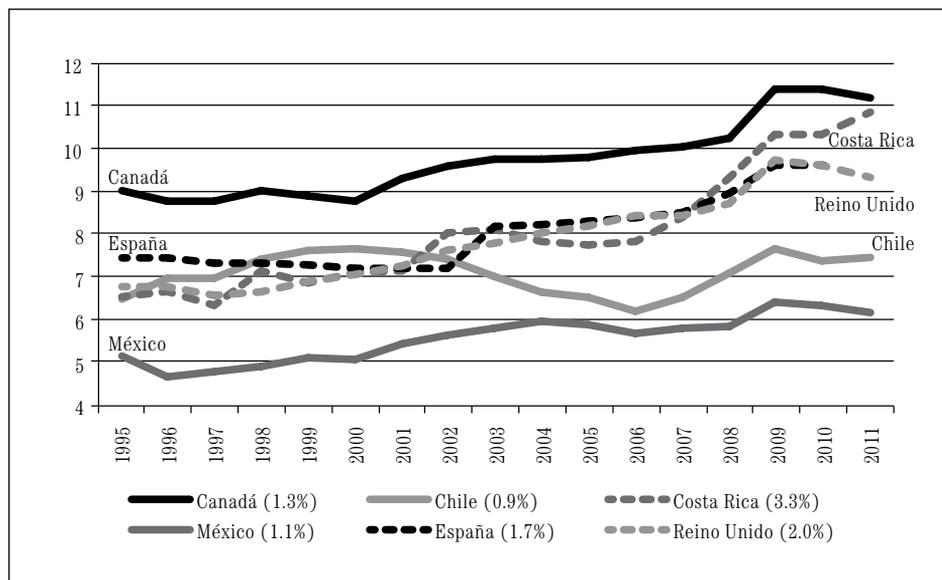
De esta manera, mientras que en México el gasto público en salud como proporción del PIB se ha mantenido en no más de 3.1%, en España, Reino Unido y Canadá, desde 1998 este gasto ha representado más de 5.0% del PIB y ha registrado

y Knaul *et al.*, 2013). Se menciona que existen evidencias que muestran avances relevantes en la disminución de los gastos catastróficos (superiores a 30% del ingreso disponible) así como en los gastos en salud empobrecedores (gastos que empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza o que sumen aún más en la pobreza a un hogar pobre). Señalan que mientras que en 2000, 3.1% de los hogares tuvieron gasto catastrófico, la proporción se redujo a 2% en 2010. Entre 2004 y 2010, los gastos catastróficos disminuyeron de 0.2% a 0.1% para hogares con seguridad social, mientras que se redujo de 2.1 a 1.6% para los hogares sin seguridad social. En cuanto al gasto empobrecedor, la proporción de hogares pasó de 3.3% a 0.8% en el periodo 2000-2010.

⁸³ Ver la figura 1.A2 del Anexo 3.

una tendencia creciente.⁸⁴ En 2009, antes de sufrir los efectos de la crisis, el gasto público representaba en Reino Unido el 8.1% del PIB y en Canadá el 8.0%. La brecha entre el gasto público en salud de México y los demás países, con excepción de Chile, también se ha ampliado, ya que en el año 2000 se registró una diferencia de 3.7 puntos porcentuales a favor de Canadá (el país con mayor gasto público en salud expresado en porcentaje del PIB entre los países de comparación seleccionados) y en 2009 la diferencia era de 4.8 puntos porcentuales.

Figura 1.16. Gasto total en salud como proporción del PIB, 1995-2011 (en porcentajes)



Nota: Tasas de crecimiento media anual, entre paréntesis.

Fuente: Elaboración propia, con información de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Observatory.

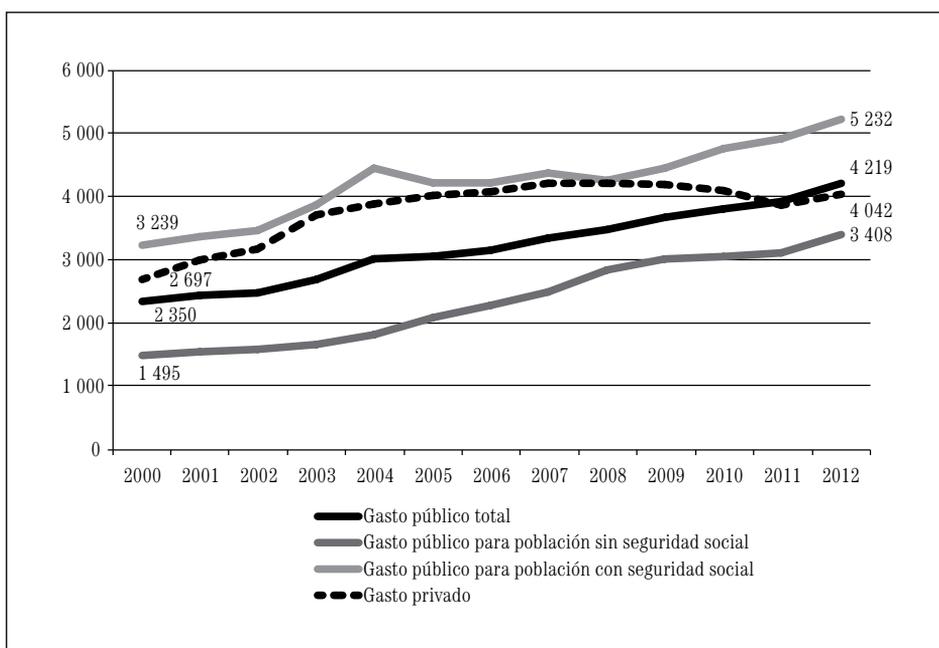
Si bien la parte del gasto público total que corresponde al gasto en salud en México fue superior al de Canadá, Chile, España y Reino Unido en años pasados,⁸⁵ esta participación siguió una tendencia promedio decreciente entre 1995 y 2009. Para este último año, la oms reporta que el gasto público en salud representó única-

⁸⁴ Ver la figura 1.A3 del Anexo 3.

⁸⁵ Ver la figura 1.A4 del Anexo 3.

mente 11.9% del gasto público total en México, muy por debajo en especial, de los niveles en Canadá (18.2%) y Costa Rica (30.6%). Es decir, en estos países se asignan mayores y crecientes proporciones de los recursos públicos totales disponibles para consolidar un sistema nacional de asistencia sanitaria que garantice el acceso universal a los servicios de salud; mientras que en México, el reconocimiento de la necesidad de otorgarle mayor atención pública a la salud de toda la población no se ha acompañado de una mayor proporción de recursos públicos hacia esta función presupuestaria, a pesar de las asignaciones realizadas con el Seguro Popular.

Figura 1.17. Gasto público y privado en salud per cápita (pesos constantes, 2012 = 100)



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

Gasto per cápita en salud

Como se observa en la figura 1.17, aunque el gasto público per cápita real ha sido creciente desde 2000, su nivel se ubicó por debajo del gasto privado per cápita durante toda la década pasada. El gasto privado per cápita sostuvo una tendencia creciente desde 2000 hasta 2008, año en que su comportamiento empieza a ser

ligeramente descendente. Este cambio de tendencia significó a partir de 2011, que el gasto privado per cápita perdió importancia relativa frente al gasto público per cápita, aunque su nivel sigue siendo alto (4 042 pesos constantes en 2012) y la diferencia entre ambos no es elevada.

Mientras que en el año 2000, se erogaba un peso de gasto público en salud per cápita por cada 1.15 pesos de gasto privado, en 2012, la relación se había invertido: 0.95 pesos de gasto privado per cápita por cada peso de gasto público. Aunque estas tendencias son favorables para reducir la carga de las familias en el financiamiento de la salud, la responsabilidad del Estado en la atención sanitaria debe implicar un gasto público mucho mayor al privado, que se vea reflejado en las erogaciones per cápita.

Por otra parte, permanece una diferencia importante entre el gasto público per cápita para las poblaciones sin seguridad social y con seguridad social, a pesar de que la relación pasó de 1 por 2.2 en 2000 a 1 por 1.5 en 2012.

Aunque en el Sicuentas se reporta un gasto en salud per cápita para la población con seguridad social de 5 232 pesos,⁸⁶ el sistema no presenta información desglosada por institución de seguridad social. Con base en cálculos propios realizados con los montos totales de gasto reportados en el Sicuentas para el IMSS y el ISSSTE, y del total de derechohabientes que cada una de estas instituciones reporta, se obtiene que en 2012, el gasto promedio per cápita para la atención en salud en el IMSS fue de 3 472 pesos y de 3 707 pesos en el ISSSTE.

Es importante señalar que el gasto público total en salud per cápita sigue presentando fuertes diferencias entre entidades federativas. En 2012, en el Distrito Federal fue de 11 374 pesos y de sólo 2 664 pesos en Puebla; es decir, en la capital del país se gasta 4.3 veces lo que se gasta en Puebla. Las diferencias se amplían cuando se compara el gasto per cápita para la población asegurada y la no asegurada, pues el gasto para un derechohabiente de la seguridad social en el Distrito Federal es de 14 926 pesos y para una persona no asegurada es de sólo 6 850 pesos, lo que supone una relación de 2.1 a 1 (cuadro 1.2).⁸⁷

⁸⁶ Este monto incluye el gasto del IMSS, del ISSSTE, de Pemex, del ISSFAM y de las Isses.

⁸⁷ Lomelí (2010:44) subraya la diferencia de gasto per cápita existente entre la población asegurada y no asegurada, la cual se profundiza al tomar los casos extremos –entidad con mayor gasto para población asegurada y el estado con menor gasto para las personas no aseguradas-. Aunque en el estudio de Narro *et al.* (2010) se menciona que en los últimos años se ha reducido la brecha entre el gasto público de salud para personas con y sin seguridad social, estas diferencias regionales persisten. Si se tiene en cuenta que en 2012 el gasto para un derechohabiente de la seguridad social en el Distrito Federal fue de 14 926 pesos y el gasto para una persona no asegurada de Puebla fue de 2 052 pesos, la diferencia de gasto entre ambas entidades es de 7.3 veces.

**Cuadro 1.2. Gasto público per cápita según condición de aseguramiento
en entidades federativas, 2012 (pesos)**

	<i>Gasto total</i>	<i>Población con seguridad social</i>	<i>Población sin seguridad social</i>
Aguascalientes	4 498.9	4 546.2	4 437.3
Baja California	3 546.0	4 080.6	2 733.3
Baja California Sur	5 504.3	5 891.9	4 891.5
Campeche	5 350.9	5 930.9	4 881.4
Coahuila	3 767.2	4 056.9	3 148.8
Colima	4 814.0	4 578.8	5 093.5
Chiapas	3 107.9	4 102.1	2 833.4
Chihuahua	4 032.2	4 140.9	3 876.7
Distrito Federal	11 374.2	14 926.4	6 850.5
Durango	3 938.2	4 098.8	3 773.4
Guanajuato	3 200.5	3 570.5	2 959.8
Guerrero	3 135.2	4 671.2	2 654.7
Hidalgo	3 115.6	3 550.5	2 910.7
Jalisco	3 537.1	4 364.8	2 700.8
México	3 155.0	3 210.5	3 111.3
Michoacán	2 743.0	3 915.9	2 213.0
Morelos	3 672.3	5 044.5	2 789.3
Nayarit	3 949.6	3 942.9	3 955.4
Nuevo León	4 147.1	4 778.7	2 774.9
Oaxaca	3 151.0	3 037.7	3 189.3
Puebla	2 664.0	4 197.1	2 052.1
Querétaro	3 168.6	3 219.5	3 119.2
Quintana Roo	3 968.5	3 909.4	4 039.9
San Luis Potosí	3 256.8	3 564.8	3 023.0
Sinaloa	3 726.0	4 004.7	3 406.0
Sonora	5 321.0	6 524.7	3 465.3
Tabasco	4 620.0	4 412.3	4 726.0
Tamaulipas	4 236.2	4 256.1	4 212.0
Tlaxcala	3 593.5	4 190.8	3 344.3
Veracruz	3 338.4	4 682.7	2 600.6
Yucatán	4 514.6	5 050.2	3 974.1
Zacatecas	3 513.7	3 850.2	3 317.7
Estados Unidos Mexicanos	4 218.5	5 232.1	3 407.7

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

Estas fuertes disparidades confirman la fragmentación del SNS, con desequilibrios entre población con y sin seguridad social debido a su condición laboral. El sesgo en el gasto público per cápita a favor de la población con seguridad social implica la persistencia de la regresividad en el acceso a los servicios públicos de salud.

Algunas de las entidades federativas que cuentan con mayor actividad económica y menor nivel de pobreza e informalidad que el promedio nacional, registran altos niveles de gasto público en salud per cápita, mientras que otros con fuertes rezagos de desarrollo económico y social se encuentran entre los de menor gasto público en salud per cápita. Esto indica desequilibrios y deficiencias en la distribución y uso de los recursos para la atención de la salud entre las entidades federativas, que pueden estar asociados a la debilidad en los criterios que privilegian la equidad en las asignaciones presupuestarias y el ejercicio mismo de los recursos.

De acuerdo con datos del Sicuentas, en el periodo 2000-2012, el gasto público en salud per cápita en México se incrementó a una tasa promedio anual del 5.0% en términos reales, que resulta menor a la del gasto público total en salud (6.3%). Este crecimiento menor del gasto per cápita podría estar relacionado con el crecimiento demográfico del total de la población, que según cálculos realizados con la información del Conapo fue del 1.2% en promedio anual entre 2000 y 2012, y por la evolución en el número de derechohabientes de los distintos sistemas de salud. En especial, el crecimiento promedio anual de la población inscrita al SPSS fue de 33.3% entre 2004 y 2012, lo que sin duda, ha introducido presiones importantes para generar los suficientes recursos para cubrir la demanda adicional representada por cada nuevo afiliado.

En el periodo 2000-2004, el aumento en el gasto per cápita correspondió en mayor medida a incrementos en el destinado a la población con seguridad social, mientras que en 2004-2012, el aumento del gasto público total en salud per cápita fue menor que los años anteriores, y se explica esencialmente por el ritmo de crecimiento del gasto destinado a la población sin seguridad social.

Entre 2000 y 2004, la TCMA del gasto privado en salud per cápita fue de 9.5%, tasa que se redujo a 0.5% en los años posteriores a 2004. Si esta reducción está asociada a la disminución del gasto en servicios médicos y en la proporción de gasto que realizado, el efecto puede ser explicado por el impacto de la crisis y por el crecimiento del gasto público.

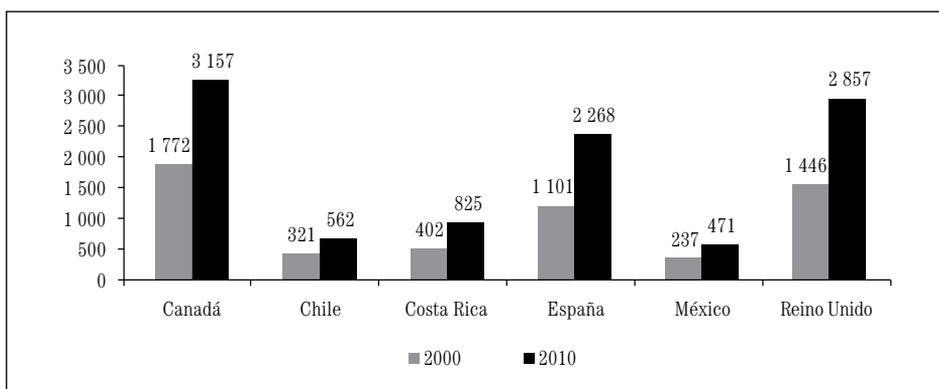
Algunos estudios señalan que los cambios positivos en el gasto público en salud, en particular los del Seguro Popular, han permitido limitar el gasto de bolsillo que realizan quienes no están asegurados y con ello reducir los riesgos de empobrecimiento de las familias por enfermedad.

Por otra parte, estudios como el de Grogger *et al.* (2011) y de Aguilera y Scott. (2010) señalan que a pesar de los avances en la reducción del gasto de bolsillo en salud, el Seguro Popular no ha logrado revertir totalmente el incremento en el gasto privado per cápita, y advierten la falta de evidencias para sostener que la implementación del Seguro Popular haya mejorado la salud de los afiliados y la eficiencia en el uso de los servicios sanitarios.

Cabe destacar que si bien la TCMA del gasto público total en salud para la población no asegurada fue de 9.2% entre 2004 y 2012, el número de afiliados al SPSS creció a un ritmo promedio mayor, lo que muestra un crecimiento de la demanda de servicios médicos de la población no asegurada muy por encima del esfuerzo que ha venido haciendo el Estado en este tipo de egresos. Para hacer frente a las necesidades de atención médica de este segmento demográfico, hasta alcanzar la cobertura universal del sistema de salud, se hace evidente la necesidad de generar ingresos crecientes para su financiamiento.

La comparación internacional del gasto del gobierno en salud per cápita (figura 1.18), da cuenta del bajo nivel de financiamiento público para la salud en México, no solamente con respecto a países industrializados sino también en relación con otros países de América Latina. Según la información de la OMS, en 2010 el gasto per cápita realizado por el gobierno mexicano en materia de salud fue equivalente a 471 dólares (a paridad de poder adquisitivo), lo que representó menos del 15% del gasto per cápita realizado en Canadá y no más del 84% del gasto realizado en Chile.

Figura 1.18. Gasto del gobierno en salud per cápita (USD, PPP)



PPA: paridad de poder adquisitivo.

Fuente: Elaboración propia, con información de la OMS. Estadísticas sanitarias mundiales, 2013.

A medida que el gasto público en salud per cápita se incrementa, en especial el de la población no asegurada, se tendrá la posibilidad de reforzar la provisión de servicios de salud como bien público y derecho social, avanzar hacia la cobertura universal de salud, por lo menos en servicios de primer nivel de atención, y reducir los gastos catastróficos en salud que afectan la economía y el bienestar de las familias más pobres.

Aportaciones federales y gasto estatal en salud para población sin seguridad social

El gasto público en la población sin seguridad social tiene como principales fuentes de financiamiento las aportaciones federales canalizadas a través del Ramo 12 Salud, las asignaciones de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa) incluido en el Ramo 33 (Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios) y las erogaciones realizadas por los gobiernos estatales.⁸⁸

Ramo 12: Salud

Los egresos del Ramo 12 corresponden al presupuesto aprobado para la ss, que tiene entre sus objetivos la promoción del acceso universal a servicios integrales de salud de alta calidad, a fin de contribuir en el cumplimiento del derecho constitucional a la protección de la salud para todos los mexicanos y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Desde la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) en 1997, se ha buscado fomentar la descentralización del gasto en salud mediante la transferencia de recursos y atribuciones federales a las entidades federativas y municipios.

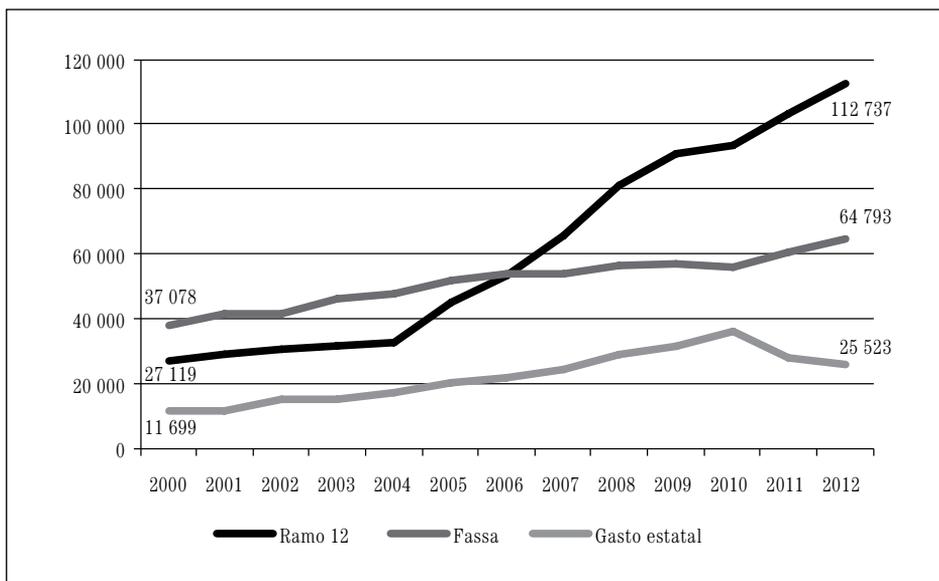
Los recursos del Ramo 12 se destinan principalmente a:

- Financiar programas de acción en materia de salud, conforme a convenios establecidos entre los tres órdenes de gobierno,
- Cubrir la cuota social correspondiente a cada persona afiliada al Seguro Popular, en cumplimiento al artículo 77 de la Ley General de Salud (en la actualidad el Seguro Popular constituye la partida presupuestaria más importante de este ramo),
- Complementar los recursos federales recibidos a través del Fassa para cubrir la aportación solidaria federal conforme al artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud.

⁸⁸ Ver cuadro 1.A14 del Anexo 3.

- Financiar el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Figura 1.19. Aportaciones federales (Ramo 12 y Fassa) y gasto estatal en salud (millones de pesos constantes, 2012 = 100)



Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

Como se observa en la figura 1.19, el aumento del gasto público en salud para la población sin seguridad social se explica principalmente por la creciente asignación de recursos federales a través del Ramo 12, particularmente en el periodo 2004-2012 en el que experimentó una TCMA de 16.7% en términos reales, lo que se explica por el aumento de los recursos asignados al financiamiento del Seguro Popular.⁸⁹ El presupuesto asignado para el Seguro Popular se incrementó a una

⁸⁹ Ver el cuadro 1.A15 del Anexo 3. Mientras que en el pef 2009, el 48.6% del gasto total programable de la ss correspondió al Seguro Popular, en el presente año, la participación de este último es igual a 55.5% del total. Incluso en 2012, el Seguro Popular representó el 56.8% del gasto programable total aprobado en el pef para el Ramo 12. El Seguro Popular aparece como programa específicamente identificado (como programa U005) en el análisis funcional programático económico del PEF y en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, solamente a partir del año fiscal 2009. La Subfunción (05) de Protección Social en Salud se puede identificar en el PEF y en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal desde 2006 (ver cuadro 1.A16 del Anexo 3).

TCMA de 11.8% en términos reales entre 2009 y 2014, mientras que el total del gasto programable del Ramo 12 aumentó a un ritmo medio anual de 8.9%.

En el periodo 2000-2012, el 52.8% del gasto del Ramo 12 se concentró solamente en seis entidades federativas.⁹⁰ Si bien esta concentración de recursos en algunos estados se puede explicar en parte por su densidad demográfica, cabe destacar algunas diferencias estatales con respecto a la asignación per cápita de los recursos correspondientes a la ss.

En 2012, sólo tres entidades federativas tenían un financiamiento del Ramo 12, por persona afiliada al SPSS, superior al promedio nacional (2 131 pesos). El gasto per cápita del Distrito Federal (7 077 pesos) en ese año fue equivalente a 3.3 veces la media nacional. Las otras entidades federativas con nivel superior de gasto por afiliado fueron el Estado de México (2 421 pesos) y Guanajuato (2 280 pesos). En el otro extremo, cuatro estados (Quintana Roo, Nayarit, Zacatecas y Sonora) tuvieron un gasto del Ramo 12 menor a 1 500 pesos por persona afiliada al SPSS. Esta heterogeneidad sugiere un problema de criterios en la asignación de recursos federales en salud.

Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

Por otra parte, el Fassa se crea en 1998⁹¹ con la introducción de la figura de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios y surge como resultado de las estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que plantearon la necesidad de descentralizar las responsabilidades y los recursos para acercar los servicios básicos de salud a la población. El Fassa constituye la materialización del acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud en cada entidad federativa, suscrito por la federación y los gobiernos estatales en 1996. Con la implementación del Seguro Popular, el Fassa se distribuyó en dos fondos: el Fondo

⁹⁰ El 18.0% fue destinado al Distrito Federal (ello está directamente influenciado por la importancia de los recursos dirigidos hacia los hospitales de especialidades administrados por la ss ubicados en la capital del país), 12.9% al Estado de México y 6.2% a Veracruz. Las entidades federativas con menor asignación fueron: Baja California Sur, Colima, Quintana Roo, Aguascalientes, Campeche y Nayarit, que recibieron menos de 1% del gasto del Ramo 12.

⁹¹ El Fassa se crea con la publicación en el *Diario Oficial de la Federación*, el 29 de diciembre de 1997, del Decreto por el que se reforma la Ley de Coordinación Fiscal a través de la adición de un capítulo que crea la figura de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. La creación del Fassa se sustenta en el artículo 4° constitucional que prevé que esta Ley establecerá la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general.

de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (Fassa-P) y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (Fassa-C)

El principal objetivo del Fassa es contribuir a la lucha contra las enfermedades y mejorar la calidad de los servicios de salud en los estados, a través de esfuerzos de federalización del gasto, para elevar el bienestar y la calidad de vida de la población. Este fondo debe contribuir a disminuir las diferencias en los servicios de salud que se prestan a la población abierta que no está incorporada a ningún régimen de seguridad social, a través de la implementación de mecanismos que respalden las actividades de protección contra riesgos sanitarios, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud, así como el abasto y la entrega de medicamentos de manera oportuna.

Para ello, los recursos del Fassa se destinan a la atención médica a través de los tres niveles de atención a la salud (prioritariamente el primer y segundo nivel), para cubrir las necesidades de análisis clínicos y proveer medicamentos y otros insumos para la salud. Asimismo, se asignan recursos para realizar acciones integrales tendientes a contribuir a la salud de la infancia, disminuir la tasa de prevalencia de VIH/sida e ITS, elevar la calidad de vida de los adultos mayores en cuanto a enfermedades crónico-degenerativas, cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus, detectar de manera temprana el cáncer y desarrollar la vacunación con esquema completo, entre otras acciones.

Parte de los recursos del Fassa se destinan a pagar los servicios del personal médico y el mantenimiento, rehabilitación y construcción de infraestructura médica en las entidades. Los incrementos en los recursos del Fassa⁹² fueron menores

⁹² De acuerdo al artículo 30 de la LCF, el monto del fassa se determina cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) a partir de los siguientes criterios:

- El inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social.
- Los recursos con cargo a Previsiones para Servicios Personales transferidos a las entidades federativas en el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones presupuestarias que en el transcurso de ese ejercicio se hubieren autorizado por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que, en su caso, se requieran para integrar el ejercicio fiscal que se presupueste.
- Los recursos que la federación haya transferido a las entidades federativas en el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la federación y las entidades

a los registrados en el Ramo 12, especialmente en el periodo 2004-2012, con una TCMA de solamente 3.9%. Debido a ello, desde 2007 el Ramo 12 ha sustituido al FASSA como primera fuente de gasto público para la población sin seguridad social (ver figura 1.19 y cuadros 1.A14 y 1.A15 del Anexo 3).

Entre 2000 y 2012, las principales entidades federativas destinatarias de recursos del Ramo 33 a través del Fassa⁹³ fueron el Estado de México (11.3% del total), Jalisco (6.1%), Veracruz (6.0%), el Distrito Federal (5.3%) y Guerrero (5.0%). En el otro extremo, los estados de Baja California Sur, Colima y Tlaxcala recibieron cada uno menos de 1.5% de los recursos federalizados a través del FASSA en los 12 años considerados. Esta distribución es parcialmente coherente con la afiliación al Seguro Popular, pues el Estado de México y Veracruz eran en 2012 los dos estados con mayor población afiliada al SPSS, 12.5 y 7.8% del total, respectivamente, mientras que entre los estados con menor población afiliada se encuentran Baja California Sur y Colima, las dos entidades federativas con menor número de afiliados.

La concentración de recursos hacia Guerrero puede justificarse por la importancia relativa de la población estatal afiliada al SPSS (2.22 millones de personas, equivalente a 4.2% del total nacional) y porque una razón de ser del FASSA es contribuir a otorgar más recursos para la salud en las entidades con mayores niveles de marginación y rezagos sanitarios. De hecho, la fórmula de asignación de recursos del FASSA -P toma en cuenta la población afiliada al SPSS, ajustada por necesidades de salud.

Ahora bien, Chiapas y Puebla, que fueron la tercera y cuarta entidades federativas con mayor población afiliada al SPSS en 2012, respectivamente, y que se caracterizan por tener altas tasas de marginación, recibieron menor cantidad de recursos del Fassa que Jalisco. Ello se debe a que la distribución per cápita de los recursos del Fondo presenta desequilibrios importantes. En 2012 el gasto del FASSA per cápita (calculado como el total del gasto entre la población afiliada al SPSS) fue de 1 225 pesos en promedio anual, pero alcanzó un nivel máximo de 3 620 pesos en

correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente; así como otros recursos que la federación destine para promover la equidad en los servicios de salud.

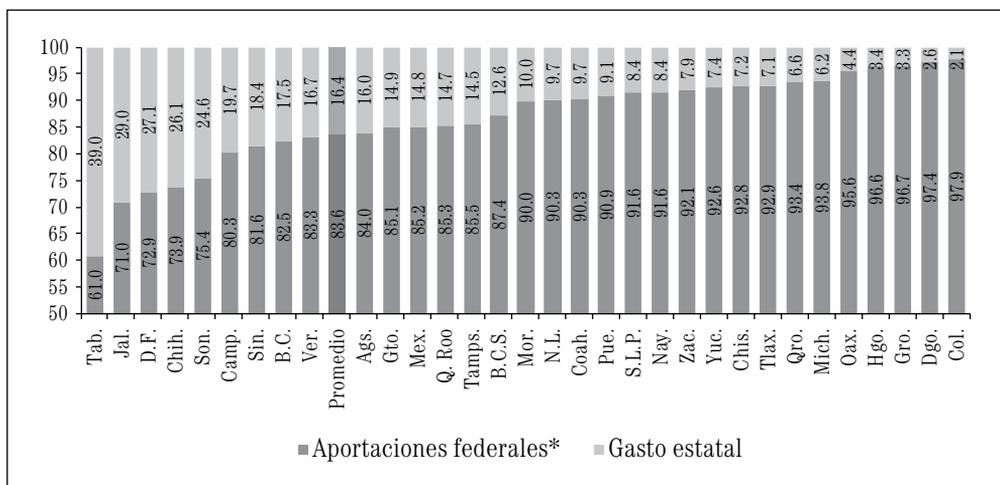
⁹³ Los recursos del Fassa se distribuyen entre las entidades federativas conforme a la fórmula establecida en el artículo 31 de la LCF y el artículo 87 del reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud. Los criterios de distribución consideran: población abierta, presupuesto mínimo por habitante, razón estandarizada de mortalidad, índice estandarizado de marginación y gasto total federal para la población abierta ejercida en las entidades federativas. La fórmula de asignación de recursos del fassa-p también considera el esfuerzo estatal y el desempeño.

Baja California Sur, mientras que en cinco estados, incluyendo Michoacán, Chiapas y Puebla, este gasto per cápita fue menor a 1 000 pesos.

Gasto estatal

Desde el año 2000, el gasto financiado por las entidades federativas se ha caracterizado por significar una parte limitada del gasto público nacional en salud dirigido a la población sin seguridad social. En 2012, la contribución de los estados fue de sólo el 12.6%, mientras que las aportaciones federales⁹⁴ constituyeron el 87.4% del total. Este gasto estatal experimentó un crecimiento anual promedio en términos reales del 6.7% en el periodo 2000-2012, por debajo de la TCMA de los recursos federales (Ramo 12 y Fassa. Ver figura 1.19).

Figura 1.20. Distribución del gasto público en salud para la población sin seguridad social, por entidad federativa (promedio 2000-2012, en %)



* Ramo 12 y Fassa.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

En este periodo, como se puede observar en la figura 1.20, existieron fuertes diferencias entre entidades federativas en la distribución del gasto público en

⁹⁴ Incluye el Ramo 12 y el Fassa. Si se considera la información de IMSS-Oportunidades, Semar y Sedena, que a partir de 2012 se incluyen en las aportaciones federales debido al cambio metodológico en el Sinais, las cifras serían de 11.5% de gasto estatal y 88.5% de aportaciones federales.

salud para la población sin seguridad social según la procedencia de las aportaciones. Así, mientras que en Tabasco el 39.0% del gasto correspondió a aportaciones estatales,⁹⁵ en economías estatales de menor tamaño como las de Colima, Durango, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, se presentó una elevada dependencia a los recursos federales para la salud pues más del 95% del gasto correspondió a aportaciones federales.

En 2012, con solamente 0.4% de su PIB, Tabasco fue la entidad federativa con mayor esfuerzo de gasto estatal en salud para la población sin seguridad social, seguida de Tlaxcala, Chihuahua, el Estado de México y Quintana Roo; mientras que en Colima, Nuevo León, Chiapas, Michoacán, Baja California, Campeche y Puebla, el gasto estatal en salud fue menor a 0.05% de su PIB estatal respectivo.

Las aportaciones muy reducidas de las entidades federativas al gasto público en salud pueden estar asociadas a la baja recaudación de ingresos propios, la falta de prioridades que se establecen para el sector salud en la ejecución del presupuesto estatal y la fuerte dependencia a las aportaciones federales.

Si bien la TCMA a nivel nacional fue de 6.7% en términos reales en el periodo 2000-2012, los esfuerzos de las entidades federativas por realizar aportaciones propias al sistema de salud variaron según el estado y el año. Por ejemplo, el Estado de México es la entidad federativa que ha registrado el mayor crecimiento promedio anual en el periodo considerado (TCMA = 31.3%).⁹⁶ Desde 2007, ha compartido con el Distrito Federal los dos primeros lugares por monto de aportaciones estatales para la salud. En contraste, en Nuevo León, Puebla y Morelos, se registró una evolución negativa de su gasto en salud, que decreció en torno al 1%.

Gasto corriente e inversión en salud

Es importante observar, de acuerdo con la clasificación económica del gasto, la evolución de los recursos públicos distribuidos entre gasto corriente e inversión, particularmente de los dos principales fondos de financiamiento de la salud

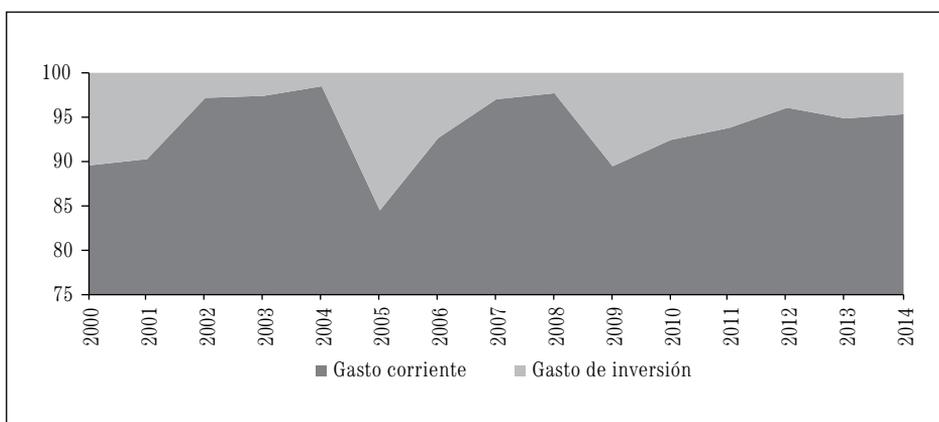
⁹⁵ Cabe destacar que la situación particular de Tabasco podría explicarse por aportaciones importantes del Estado realizadas a través de Pemex. Campeche y Veracruz, que son otros estados con actividad petrolera, también presentan una participación porcentual del gasto estatal en el gasto público total por arriba del promedio nacional.

⁹⁶ En este periodo destaca el gasto realizado en 2010, equivalente a 12 753 millones, que puede estar vinculado a la construcción del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango (HRAEZ) y del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. La realización de obras de infraestructura importantes supone el crecimiento abrupto en el gasto de algunas entidades en algunos años en particular.

(Ramo 12 y Fassa). Si bien es vital que el sistema de salud tenga la disponibilidad necesaria de recursos humanos, con niveles adecuados de calidad y cantidad, así como suministro apropiado de materiales y servicios generales, la inversión en infraestructura básica y equipamiento médico es imprescindible para asegurar el fortalecimiento de un sistema accesible a toda la población, que proporcione un servicio efectivo, oportuno y de calidad.

En el caso del Ramo 12, los recursos asignados a la ss en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para los años 2000 a 2014 se dirigieron esencialmente a gasto corriente, que en promedio alcanzó el 93.7% en el periodo estudiado. Las proporciones más altas correspondieron a los años 2002 a 2004, así como 2007 y 2008 (figura 1.21), que se caracterizan por tener los niveles más bajos de recursos aprobados para inversiones en salud.⁹⁷

Figura 1.21. Distribución de los egresos del ramo 12 por tipo de gasto, PEF 2000-2014 (en %)



Fuente: Elaboración propia, con información del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2000 a 2014.

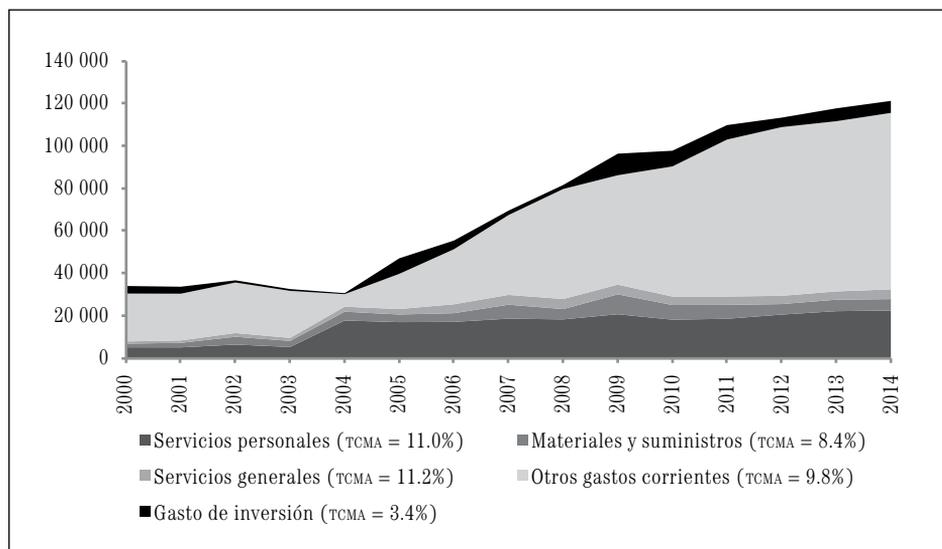
De forma excepcional, en 2005 se registró un fuerte incremento del presupuesto destinado al gasto en inversión correspondiente en gran parte, al programa de

⁹⁷ Cabe señalar que, con base en información de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, el gasto ejercido correspondiente al Ramo 12, en ciertos años presentó diferencias con el monto aprobado en el PEF. Estas diferencias implican cambios en la distribución entre gasto corriente y gasto de capital. Por ejemplo, en 2012, se ejerció el 90.7% de gasto corriente, mientras que en el PEF se tenía presupuestado para este gasto el 96.1%.

Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (Foross), que se orientó el equipamiento y mantenimiento preventivo y correctivo de las unidades médicas, y a la construcción y fortalecimiento hospitalario y de alta especialidad en la mayoría de las entidades federativas.⁹⁸

En 2009, también se realizaron destacables esfuerzos en materia de inversión, mediante la ampliación presupuestal, determinada por la Cámara de Diputados, destinada al Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud, como parte del programa anti cíclico del gobierno federal para disminuir los efectos negativos de la recesión económica mundial. Aunque este programa sigue existiendo en la actualidad, sus asignaciones presupuestarias no se enfocan a inversiones físicas sino a gasto corriente.

Figura 1.22. Evolución del Ramo 12 en el PEF por tipo de gasto, 2000-2014 (millones de pesos de 2012)



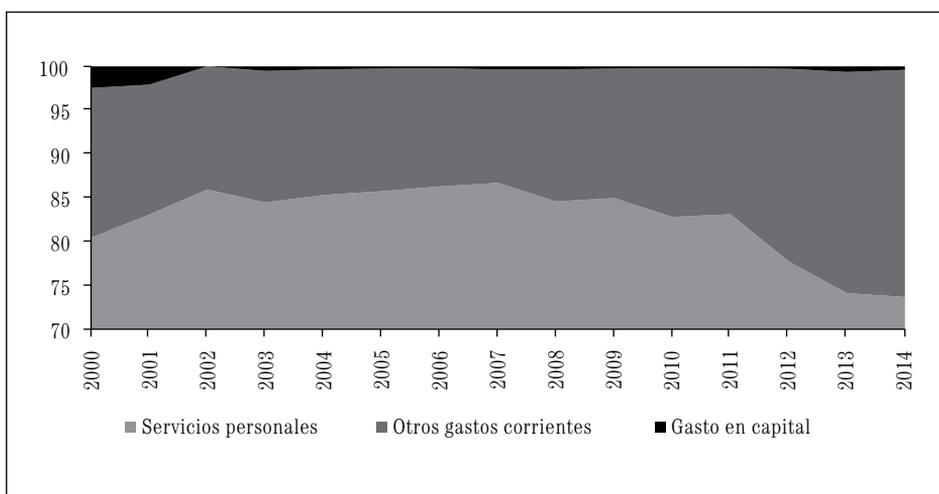
TCMA: tasa de crecimiento medio anual en el periodo 2000-2014

Fuente: Elaboración propia, con información del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2000 a 2014

⁹⁸ El Foross sigue vigente en la actualidad con el objetivo planteado de apoyar la operación del SPSS mediante actividades de desarrollo de infraestructura y equipamiento y sustentar gastos de operación, para lo cual se firman convenios específicos con las entidades federativas. Sin embargo, con base en información de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la SS, en 2012 solamente tres estados (Durango, Estado de México y Sonora) tenían convenios específicos para financiar obras y equipamientos determinados.

La TCMA del gasto de inversión presupuestado en el Ramo 12 en el periodo 2000-2014 fue de solamente 3.4%, mientras que el crecimiento anual promedio del gasto corriente presupuestado fue de 10.0%, impulsado en todo el periodo por el crecimiento en el gasto en servicios personales (TCMA = 1.0%). La brecha entre los niveles de inversión y gasto corriente se amplió a más del doble entre 2000 y 2014, ya que pasó de tener una relación de 8.6 pesos de gasto corriente por uno en inversión en el año 2000, a 20.4 pesos por uno en 2014; la relación incluso fue muy superior en algunos años, en especial en 2004 cuando alcanzó un nivel de 65.0 a uno. Este fuerte aumento, particularmente desde 2004, se explica en gran parte por el incremento de los subsidios incluidos en la partida de “otros gastos” corrientes, que registraron una TCMA de 30.3% (figura 1.22), en los que los recursos destinados a financiar el Seguro Popular cobran una alta relevancia.⁹⁹

Figura 1.23. Distribución de los recursos del Fassa por tipo de gasto, PEF 2000-2014 (en %)



Fuente: Elaboración propia, con información del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2000 a 2014

Al igual que los recursos aprobados para el Ramo 12, los recursos asignados al Fassa se dirigen en mayor medida a gasto corriente (servicios personales y otros gastos), 99.4% en promedio en los años 2000 a 2014 (figura 1.23). Ello aunque

⁹⁹ El Seguro Popular constituyó entre el 91.4 y el 94.5% del monto incluido en “otros gastos” en los pef correspondientes a los años 2009 a 2014.

el Fassa tiene entre sus principales atribuciones contribuir a la construcción y conservación de infraestructura médica en las entidades federativas. La partida de servicios personales ha constituido el rubro de mayor importancia en todo el periodo considerado, aunque en los PEF 2012 a 2014, su importancia relativa disminuyó.

Otro punto crítico en la problemática de la baja inversión en salud es la diferencia entre los recursos presupuestales asignados en el PEF y el presupuesto ejercido para mejorar la infraestructura. La LGS dispone que para el mantenimiento y creación de nueva infraestructura de atención primaria y especialidades básicas (especialmente en las entidades federativas con mayores grados de marginación) deben asignarse recursos adicionales a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) del Ramo 12. Sin embargo, en el estudio de Fundar (2009) se evidencia que no se ha invertido todo el presupuesto aprobado para infraestructura, ya que entre 2004 y 2009 menos del 25% del total de recursos se destinó a obras y equipamiento, mientras que tres cuartas partes se dedicaron a otros rubros, sin que se rindieran cuentas de las causas del subejercicio de los recursos aprobados para inversión física.

Tendencias y reformas en marcha

La consolidación de un SNS que permita asegurar el acceso a un nivel básico de atención sanitaria de calidad para todos los ciudadanos, se ha reforzado como un tema de alta relevancia en la agenda internacional.¹⁰⁰ A lo largo de los últimos 70 años, el sistema de salud mexicano ha experimentado cambios sin lograr, hasta el momento, un verdadero sistema de atención universal.

Desde 1943, año en el que se estableció la primera institución de seguridad social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (convertida en la Secretaría

¹⁰⁰ Desde 1948, cuando se constituyó la OMS, se planteó a la salud como un derecho humano fundamental. A partir de 1978, con la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), el principio de “salud para todos” fue cobrando importancia y se puso especial énfasis en la necesidad de fomentar el acceso de toda la población a la atención primaria en salud. La OMS define la cobertura universal en salud como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud (OMS, 2010). Este tema ha ido cobrando fuerza en muchos países, especialmente desde 2005, cuando los estados miembros de la OMS establecieron el compromiso de desarrollar sistemas de financiamiento para la salud que permitieran avanzar hacia la cobertura universal (OMS, 2010).

de Salud en 1985), se propició una profunda segmentación del SNS basada en la condición laboral de los ciudadanos. Desde su creación, el IMSS brinda servicios de atención a la salud (entre otras prestaciones sociales) esencialmente a trabajadores asalariados formales del sector privado,¹⁰¹ a los jubilados que realizaron actividades laborales formales en este sector y a sus familiares. Por su lado, la actual SS presta atención médica a la denominada “población abierta” que, al no ser trabajadores con actividad asalariada formal, carece de un esquema de aseguramiento público prepagado.

En 1960, con la creación del ISSSTE, se complementó el sistema de seguridad social. Sin embargo, a la vez se consolidó la segmentación del SNS. El acceso a la atención en salud de esta nueva institución se limitó fundamentalmente a los trabajadores y jubilados del sector público y a sus familias. La creación de otras instituciones dedicadas a atender grupos específicos de trabajadores del sector público, como las Fuerzas Armadas o la actividad petrolera, incrementó la complejidad del SNS. Hasta la fecha, éste ha funcionado sin reales interrelaciones funcionales entre los diversos subsistemas.

Un paso importante en la configuración del SNS se dio en 1983, cuando se estableció en la Constitución que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Ello marcó el inicio de un proceso de actualización legislativa y cambios en la organización del SNS, que empezó con la promulgación de la LGS. La visión fue iniciar una reorganización del sistema por funciones, con enfoques en la calidad, eficiencia y mejora en la cobertura efectiva en salud de la población. En este marco se empezaron a plantear discusiones conceptuales sobre la transición de la seguridad social, basada en la actividad laboral formal, hacia la protección social de la salud como derecho universal de acceso efectivo a la atención de la salud. En los años posteriores a la promulgación de la LGS, se dieron pasos hacia la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada.

En 2003 se modificó la LGS para establecer el SPSS con objeto de resolver los problemas de fragmentación y desigualdad social en materia de salud en el país. La finalidad fue garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de aquellas que estén incluidas en los catálogos de atención del SPSS.

¹⁰¹ Se entiende por asalariados formales los empleados debidamente registrados ante el IMSS y que participan en el esquema de aseguramiento público financiado por las cotizaciones obrero-patronales y el Estado.

Se asumió que, para asegurar una atención en salud como derecho verdaderamente universal, era necesario desvincular el acceso a los servicios sanitarios del empleo formal y adoptar una visión integral de protección social en salud que integrara tres dimensiones principales: *a)* la protección contra los riesgos para la salud a través de actividades de vigilancia, prevención y regulación; *b)* la protección individual en salud a través de la garantía de una atención médica de calidad, y *c)* la protección financiera contra las consecuencias económicas de la enfermedad.

El Estado reconoció en ese momento los problemas de cobertura en salud de las instituciones de seguridad social y se planteó el objetivo general de avanzar gradualmente hacia la cobertura universal en salud mediante la inclusión al SNS de más de 50 millones de personas que no tenían acceso a la seguridad social. Conocido comúnmente como Seguro Popular, el esquema calificado como universal, entró en vigor el 1 de enero de 2004. Su finalidad ha sido desde entonces, ofrecer acceso a un seguro de salud para la población abierta a fin de brindarle protección financiera y contribuir a reducir la desigualdad social entre afiliados a la seguridad social y población no derechohabiente. Se garantizó por ley el acceso a un paquete explícito de servicios esenciales, y se constituyó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para cubrir intervenciones médicas especializadas y costosas.

Paralelamente, durante la primera década de los años 2000, tanto el IMSS como el ISSSTE experimentaron reformas dirigidas a solventar sus deficiencias institucionales y reforzar la sostenibilidad financiera de su modelo institucional para el largo plazo, en particular para garantizar la sustentabilidad de las pensiones.

En los años recientes, diversas instituciones, centros de investigación y especialistas –Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud, 2012), Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY, 2012 y 2013), Coneval (Muñoz, 2012), INSP (2011) y Levy (2010), entre otros– han generado propuestas de política pública para una reforma del sector salud que garantice la cobertura de servicios sanitarios esenciales para todos.

Los diversos trabajos señalan la necesidad de superar los problemas de fragmentación e ineficiencia del actual SNS al realizar adecuaciones al marco normativo que lo rige, en especial la importancia de desvincular el derecho a la atención en salud de la condición laboral. El elemento común a varias de estas propuestas es establecer un sistema universal de salud que otorgue un piso básico de protección social en salud para todos, financiado mediante impuestos, lo que supondría eliminar las cotizaciones obrero-patronales para el financiamiento de la atención básica en salud.

Asimismo, en las propuestas se tiene un relativo acuerdo para dar prioridad a la atención primaria y a la prevención, mediante la estructuración de redes integradas de servicios de salud. No obstante, existe controversia respecto a la participación de prestadores privados de servicios en el SNS. Mientras que unas instituciones abogan por el diseño de un modelo mixto de prestación de servicios de salud a través de redes plurales, otras proponen modelos públicos de atención en salud con una regulación estricta de la participación del sector privado.

El Pacto por México,¹⁰² firmado a finales de 2012, integró algunas de estas consideraciones. Señaló la necesidad de una nueva reforma del sector para establecer un Sistema de Seguridad Social Universal mediante la creación de una “red de protección social” que garantice la atención en cualquier institución de salud del Estado, independientemente del organismo de afiliación. La propuesta fue reorganizar la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados (incluyendo el Seguro Popular) puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud y asegurar la convergencia de los diversos esquemas de salud, para igualar gradualmente su cobertura y calidad.

En la iniciativa de Reforma Social y Hacendaria presentada por el Ejecutivo al Congreso de la Unión en septiembre de 2013 se planteó la necesidad de fortalecer la capacidad financiera del Estado, con progresividad y simplificación del sistema impositivo, para que el Estado tenga la capacidad de cumplir con sus obligaciones de desarrollo, entre ellas, la de proveer servicios de salud con cobertura universal. Se planteó que el derecho a la protección de la salud requiere vincularse con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos. Sin embargo, ni las propuestas de modificación a la LGS, ni la iniciativa de reforma a la Ley del Seguro Social plantean modificaciones concretas en este sentido y no hacen referencia a la necesidad de incrementar la cobertura de los servicios de salud.¹⁰³

Las reformas propuestas a la LGS buscan una redefinición y aclaración de las funciones de los actores del SPSS. Se plantea una reorganización más horizontal del sistema y la separación de las funciones de prestación y financiamiento. También se aclaran los mecanismos de financiamiento del sistema y se propone la consolidación de los dispositivos de seguimiento, rendición de cuentas y sanciones en

¹⁰² <<http://pactopormexico.org/acuerdos/>>.

¹⁰³ La cobertura de servicios de salud debe ser entendida, no tanto en términos de afiliación a las instituciones de seguridad social (incluyendo el Seguro Popular) sino en cuanto al acceso efectivo y oportuno a servicios y prestaciones de salud de calidad.

el SPSS, y se atiende la problemática de portabilidad de servicios en el marco del SPSS. Sin embargo, la iniciativa de Reforma Social y Hacendaria no incluye ninguna propuesta de erogación específica para el sistema universal de salud y no atiende concretamente la problemática de fragmentación del esquema nacional de salud al carecer de propuestas para la integración de los diferentes esquemas públicos de atención sanitaria en un verdadero sistema integral universal y garantizar su viabilidad financiera en el largo plazo.

En 2013, las autoridades federales anunciaron que en los periodos de sesiones del Congreso, llevados a cabo durante 2014, se presentarían propuestas concretas para reformar el sector salud.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (DOF, 2013c), la política de salud en los próximos años tiene entre sus objetivos avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal y asegurar el acceso a los servicios de salud. Para cumplir estos objetivos se proponen líneas de acción como reforzar la coordinación de competencias entre la federación y las entidades federativas, consolidar la infraestructura para la atención en salud, adecuar la formación de los recursos humanos a las necesidades de la población y garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad.

En particular, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2014b), establece seis objetivos vinculados con la consolidación de las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal: *a)* consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades¹⁰⁴; *b)* asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; *c)* reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; *d)* cerrar las brechas en salud existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país; *e)* asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y *f)* avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la ss.

Análisis DAFO sobre la atención a la salud en México

A modo de resumen de lo analizado en este capítulo sobre la atención a la salud en México, se desarrolla a continuación un ejercicio interpretativo siguiendo las

¹⁰⁴ Entre las estrategias que destacan para fomentar hábitos de vida saludables y mejorar el panorama epidemiológico nacional, se encuentra la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Secretaría de Salud, 2013).

pautas del análisis DAFO que recoge la interpretación de los investigadores sobre las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades a las que se enfrenta el sistema de atención actual en la perspectiva de los requerimientos de todo orden para la construcción de un Sistema Nacional Público de Salud con las características apuntadas en este capítulo. Sin duda, ello supone incorporar los objetivos establecidos para alcanzar dicho estadio de protección a la salud en México, a partir de lo cual se establecen comparaciones entre ese horizonte ideal y la situación actual estudiada en detalle.

Debilidades

En la perspectiva de alcanzar un modelo de atención pública universal, son numerosas las debilidades o carencias que el análisis realizado ha encontrado en las estructuras de atención sanitarias existentes en la actualidad. Una síntesis de lo investigado se expone a continuación.

- Excesiva fragmentación territorial y funcional del sistema de atención a la salud, particularmente en su vertiente pública.
- Confusión funcional entre el sistema de seguridad social (pensiones y otras prestaciones laborales) y el sistema de salud bajo el control de una misma institución, con posibles interferencias en lo que a uso de los recursos financieros se refiere.
- Debilidad de los criterios de planeación de la oferta de servicios de salud derivada de la insuficiencia de diagnósticos y decisiones de política que permitan definir estrategias de salud que respondan a las previsiones demográficas y epidemiológicas del país.
- Deficiencias en el modelo de atención a la salud asociadas a la organización institucional, limitado acceso al sistema de salud, limitaciones de infraestructura y recursos humanos, y en la calidad y efectividad de la atención médica.
- Atención a la salud de naturaleza predominantemente curativa en vez de preventiva.
- Inadecuación de la oferta de servicios de salud con la demanda, que supone la desvinculación entre las condiciones epidemiológicas y geográficas del país y la atención efectiva de servicios médicos de las instituciones de salud pública, lo que facilita que los servicios de salud sean determinados por el lado de la oferta más que de la demanda.

- Persistencia de grupos de población sin cobertura por afiliación y duplicidad en el registro de derechohabientes.
- Desigualdad y problemas de acceso efectivo para toda la población, asociados a la condición de aseguramiento, el funcionamiento institucional y la ubicación geográfica.
- Inexistencia de un paquete básico de servicios de salud de calidad que implique la atención a las necesidades médicas elementales de toda la población.
- Elevada participación del sector privado sin regulación rigurosa, lo que implica la intervención competitiva de servicios privados de salud con el sector público, en lugar de ser complementaria.
- Insuficiencia del gasto público y baja capacidad fiscal de la hacienda pública para hacer frente a los requerimientos de un SNS con estándares internacionales.
- Ejercicio deficiente del gasto público y de las administraciones institucionales, distracción de recursos públicos y falta de rendición de cuentas, particularmente a nivel estatal.
- Elevado gasto privado y de bolsillo, lo que está relacionado con la debilidad del gasto público en el SNS.
- Descentralización asimétrica entre los estados derivada de las diferencias en la responsabilidad asumida sobre la delegación de competencias de salud, que ha propiciado desigualdades en el acceso a los servicios de salud.
- Existencia de sistemas de información desarticulados y parciales en las distintas instituciones del sistema público.
- Escasa e inadecuada inversión en infraestructura física en salud, que contrasta con los recursos públicos asignados a gasto corriente.
- Desequilibrios en la dotación y calidad de recursos humanos, financieros y materiales con respecto a las necesidades de cada entidad federativa.
- Falta de capacidad de rectoría de la SS en funciones de planeación, regulación y dirección institucional.
- Falta de articulación entre los niveles de atención (principio de médico referente) que regularía la canalización de los pacientes desde las unidades de atención primaria hasta las unidades de alta especialización.
- Ausencia de claridad en el proceso de construcción de un Sistema Nacional Público de Salud, ya que no existe consenso sobre la cobertura, financiamiento y la participación del sector privado en el modelo de salud a seguir.

Amenazas

Simultáneamente, los reformadores mexicanos habrán de enfrentarse a una amplia gama de problemas en el camino hacia un SNS el horizonte de un modelo avanzado y moderno de SNS al servicio de la sociedad mexicana. Entre otras cuestiones se habrán de abordar temas como:

- Transición demográfica y epidemiológica, con cambios en las necesidades para el cuidado de la salud.
- Acelerada evolución tecnológica en el sector de la salud que enfatiza la necesidad de economías de escala, pero al tiempo incorpora rendimientos decrecientes (costes marginales crecientes) en la gestión económica del sistema.
- Lo anterior se traduce en incrementos significativos en los costos de atención derivados de la incorporación de tecnologías aplicadas a la salud (escasa generación de economías de escala).
- Baja recaudación fiscal y posible reducción de los ingresos petroleros y de la permanencia de una alta dependencia de la hacienda pública respecto a estos ingresos durante un dilatado periodo de tiempo.
- Incertidumbre en la evolución de los recursos para financiar los servicios públicos de salud en el largo plazo (sostenibilidad).
- Permanencia de altos niveles de evasión fiscal y bajos niveles de inscripción a la seguridad social por informalidad laboral.
- Horizonte de baja recaudación fiscal (ingresos propios) de las entidades federativas.
- Determinación de la oferta de servicios de salud exclusivamente por criterios de mercado, lo que dificulta el objetivo final de eficiencia en términos de mejora generalizada de la salud y la calidad de vida de los mexicanos.
- Falta de precisión en los catálogos de padecimientos y de procedimientos a los que tienen derecho los pacientes, lo que da lugar a procesos judiciales por parte de quienes que se queden fuera de la atención médica por indefinición de los procedimientos a los que tienen derecho.
- Creciente influencia de los grupos de interés en la definición de la política de salud, lo que introduce dificultades adicionales al desarrollo del proceso reformista en camino hacia el SNS.
- Resistencia de las corporaciones a las reformas institucionales, tanto internas como externas al sistema público de atención a la salud, que podrían surgir

de grupos de interés (asociados, por ejemplo, a la industria farmacéutica, aseguradoras y redes hospitalarias privadas) y colectivos laborales ante las decisiones de regulación en la participación del sector privado en servicios médicos y la reconfiguración del sistema público de salud.

- Percepción negativa de la población sobre el funcionamiento de las instituciones públicas de atención a la salud, que puede cercenar apoyos políticos al desarrollo de la reforma del sistema hacia un modelo universal demandante, obviamente, de recursos fiscales de mucha mayor importancia que en la actualidad.

Fortalezas

La atención a la salud en México goza de una serie de fortalezas de cara a un futuro de universalización del sistema sanitario público, que se sintetizan en los siguientes puntos.

- Atención a la salud como derecho constitucional.
- Avances en la cobertura universal de salud en los últimos años (incremento de la población cubierta mediante la afiliación al SPSS).
- Establecimiento de un mecanismo legal para la asignación de recursos del SPSS que intenta corregir inequidades (gasto irreductible).
- Asignación per cápita de recursos públicos en el SPSS.
- Incorporación de poblaciones vulnerables al SPSS.
- Ampliación del paquete de servicios de salud para los afiliados al SPSS, incluyendo intervenciones de alto costo que pueden generar gasto catastrófico.
- Avances en la descentralización hacia las entidades federativas de la gestión de los servicios de salud para propiciar una atención más eficaz.
- Fiscalización de los procesos financieros y administrativos de las instituciones de salud, incluyendo los regímenes estatales de protección social en salud (REPS).
- Crecimiento del gasto público en salud en los últimos años.

Oportunidades

No obstante lo dicho, a tenor de lo interpretado como fortalezas del sistema mexicano de atención a la salud y en el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve, es posible identificar un conjunto de oportunidades que, de aprovecharse

adecuada y eficientemente, contribuirán a facilitar el tránsito hacia un SNS de carácter universal, en los términos que se propone en esta investigación:

- Clima político favorable para la creación de una reforma al sistema de salud.
- Avances en la discusión sobre la regulación para separar las funciones financieras y de prestación de servicios e incrementar la eficacia y eficiencia del sector salud, entre otros temas.
- Plan estratégico para el desarrollo de la infraestructura en salud.
- Estudios y propuestas sobre la creación de un sistema universal de salud.
- Coincidencias para diseñar un modelo de salud pública basado en la atención primaria en el que la medicina preventiva desempeñe un papel central.
- Regulación de la compra de medicamentos.
- Impulso a la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno.
- Fortalecimiento de programas de detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas.

Traectoria tipo de inserción de un paciente en el sistema de atención a la salud en México

Cuadro 1.3. Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema de atención a la salud México

Vía entrada	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel	
	Ambulatorio	Copago	Especialista	Copago	Hospital	Copago
		Farmacia		Farmacia		Farmacia
Asegurados del IMSS y sus familiares	Sí	No Se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del cuadro básico de insumos.	Sí	No Se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Catálogo de insumos.	Sí	No Se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Catálogo de insumos.
Asegurados del ISSSTE y sus familiares	Sí	No Se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Catálogo Institucional de Insumos para la Salud.	Sí	No Se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Catálogo Institucional de Insumos para la Salud.	Sí	No Se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Catálogo Institucional de Insumos para la Salud
Asegurados de Pemex y sus familiares	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Asegurados de las Fuerzas Armadas y sus familiares	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Asegurados de las instituciones de seguridad social estatales	Sí	No En el ISSEMYM se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del cuadro básico de medicamentos; en el ISSTECH se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.	Sí	No En el ISSEMYM se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del cuadro básico de medicamentos; en el ISSTECH se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.	Sí	No En el ISSEMYM se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del cuadro básico de medicamentos; en el ISSTECH se brinda el acceso sin copago a los medicamentos del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.
Seguro Popular	Sí A través de unidades de los Sesa y de la ss	No Acceso a medicamentos del Catálogo Universal de Servicios: 634 medicamentos al mayo de 2014	Sí	No	Sí	No
% Total público	51.8% del gasto total en salud 2012					

Fuente: Elaboración propia

	<i>Otros copagos</i>	<i>Limitan cartera</i>
		<p>El Seguro de Enfermedad y Maternidad no cubre cirugía estética, oftalmología, tratamientos dentales de endodoncia, ortodoncia, parodoncia; procedimientos y tratamientos médico-quirúrgicos no considerados en los instrumentos normativos de la atención médica, los basados en fundamentos no aceptados por la ciencia médica o de dudosa eficacia en el correcto tratamiento de los enfermos. Asimismo, todos aquellos que no cuenten con la aprobación de la Secretaría de Salud para su implantación tanto en instituciones públicas como privadas, así como los que requieran de traslado al extranjero para ser realizados.</p>
		<p>El Seguro de Enfermedades no cubre los aparatos de prótesis, órtesis, ortopedia y ayuda funcionales que no deriven de los accidentes de trabajo.</p>
		<p>Los servicios de atención médica del ISSMM no incluyen: 1) cirugía estética; 2) dotación de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos e implantes cocleares, prótesis y órtesis externas; 3) Estética y/o prótesis bucodentales.</p> <p>Las prestaciones brindadas a los derechohabientes del Issstecam no incluyen servicios de cirugía cosmética, provisión de dentífricos, cosméticos, lentes de corrección de defectos visuales y aparatos de prótesis.</p> <p>El seguro de enfermedades del ISSTECH no cubre: 1) Los procedimientos y tratamientos médicos, quirúrgicos y odontológicos estéticos y los procedimientos para la atención de la esterilidad secundaria y fertilización asistida, y 2) Los aparatos de prótesis, órtesis, ortopedia, implantes y ayudas funcionales que no deriven de los accidentes de trabajo.</p>
		<p>El Seguro Popular no cubre, entre otras cosas, los siguientes servicios: renta de prótesis, órtesis, aparatos ortopédicos y zapatos ortopédicos; traslados en ambulancia aérea y terrestre; servicios de enfermeras y cuidadoras personales; lentes de contacto y anteojos; cama extra; ortodoncia y cirugía maxilofacial, así como prótesis dental; cirugía estética; sangre y hemoderivados.</p> <p>Tampoco cubre las siguientes enfermedades: apnea del sueño, cirugía por alteraciones de la refracción, síndromes cromosómicos, trasplante renal en mayores de 18 años, enfermedades lisosomales en mayores de 10 años, hemofilia en mayores de 10 años, leucemia en mayores de 18 años, melanoma, trastornos psiquiátricos mayores que requieren hospitalización y trasplantes de órganos.</p> <p>Conceptos de gasto no cubiertos por el Seguro Médico Siglo XXI: oftalmología, ortopedia, padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares no prescritas por un médico, rehabilitación y educación especial para síndromes cromosómicos, traslados en ambulancia aérea, odontología, cirugía estética.</p> <p>En el caso específico de VIH/sida, el FPG sólo cubre el tratamiento ambulatorio (medicamentos antirretrovirales y análisis de carga viral).</p>

Anexo 1. Principales hitos en la consolidación del esquema de atención a la salud en México

- El principio de establecimiento de un sistema de seguridad social está planteado desde la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (5 de febrero de 1917) a través de su artículo 123, que señala la utilidad pública de una ley del seguro social y el establecimiento de seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, entre otros.
- También en 1917 se crearon el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública.
- En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública.
- El 19 de enero de 1943, mediante publicación en el *Diario Oficial de la Federación* de la Ley del Seguro Social, nació el IMSS, con la misión de ser el instrumento básico de la seguridad social; fue establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Ofrece desde entonces servicios médicos a trabajadores asalariados bajo un esquema de aseguramiento público financiado por los trabajadores, patrones y el Estado. La creación del IMSS dio la pauta a un proceso de segmentación del sector salud, que se dividió entre los trabajadores asalariados y la población abierta.
- En el mismo año se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud,¹ cuyo propósito es brindar atención médica a la población no asalariada, carente de un esquema de aseguramiento público prepagado.
- En 1960 se complementó el sistema de seguridad social con la creación del ISSSTE para otorgar a los trabajadores al servicio del Estado y a sus familiares atención integral en materia de seguridad social, cubriendo la asistencia a la salud y prestaciones sociales, económicas y culturales.

¹ Desde la reforma constitucional de 1984.

- En marzo de 1973 se aprobó la nueva Ley del Seguro Social, en la que se ampliaron los beneficios del régimen obligatorio, se extendió la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados, y se implantó el ramo de guarderías en todo el país.
- En 1976 se estableció el ISSFAM.
- En 1979 se creó el Programa IMSS-Coplamar, hoy IMSS-Oportunidades.
- En 1983, la reforma al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos instituyó que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Ese año marcó el inicio de un proceso de actualización legislativa y cambios en la organización del sistema de salud.
- En 1984 se promulgó la Ley General de Salud y en los años siguientes se establecieron las leyes estatales de salud.
- En estos mismos años se consolidaron las estrategias de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada.
- Este proceso de descentralización culminó en los años 1995 a 1998, particularmente mediante la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), realizada en 1997 con el objetivo de fomentar la descentralización del gasto en salud mediante la transferencia de recursos y atribuciones federales a las entidades federativas y municipios, lo que fortalece el Ramo 12. Asimismo, con la adición de un capítulo a la LCF se creó la figura de Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios (Ramo 33) y específicamente se estableció el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa) a fin de generar concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general y avanzar en la descentralización de los recursos financieros y humanos para la salud. Con ello los servicios estatales de salud adquirieron mayor libertad para disponer de los recursos transferidos por el gobierno federal.
- En 1995, el Congreso de la Unión aprobó una nueva Ley del Seguro Social, que entró en vigor en julio de 1997. Ésta modificó radicalmente el sistema de pensiones con el objetivo de asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos. Entre las innovaciones fundamentales estuvo la creación de las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores. El régimen obligatorio se extendió a los jornaleros agrícolas. También se creó el Seguro de Salud para la Familia para trabajadores no asalariados.
- En 2001 se introdujeron nuevas reformas a la Ley del Seguro Social para mejorar la autonomía fiscal del IMSS a través del otorgamiento de mayores

facultades presupuestarias; se fortaleció la transparencia y la rendición de cuentas; se sentaron las bases para la modernización tecnológica del Instituto; se creó un Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales a favor de los trabajadores del Instituto; se estableció un nuevo régimen de reservas para el IMSS en su carácter de administradora de seguros, y se reformó el régimen de servicios personales. Asimismo, esta reforma estableció la indexación de todas las pensiones al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

- Entre mediados de los años 1990 y principios del siglo XXI fueron elaborados por varios organismos, particularmente la Funsalud, estudios sobre la fragmentación del sector salud y propuestas de política pública y de reformas para consolidar un SNS que extendiera la cobertura sanitaria pública a la población no derechohabiente a la seguridad social.
- El Programa Nacional de Salud 2001-2006, subtítulo “La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud” incluyó un análisis sobre la salud de la población y el sistema de salud, en el que se evidenciaron desequilibrios e inequidades entre el sistema de salud existente y las necesidades de la población. Como prueba piloto de un nuevo esquema de aseguramiento médico se implementó el Seguro Popular de Salud en Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.
- El 15 de mayo de 2003, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de desintegración y desigualdad social en materia de salud en el país se modificó la LGS para establecer la implantación gradual del SPSS. Mediante este sistema el Estado debe garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Se establecieron las competencias y responsabilidades de la federación y de las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud. Se fortaleció la función rectora de la SS. Los gobiernos estatales y del Distrito Federal y la SS empezaron a celebrar acuerdos de coordinación para la ejecución del SPSS en los que se definieron las prioridades en materia de salud y se incluyeron las reglas para las transferencias financieras del nivel federal al estatal. Se determinó que el SPSS sería financiado de manera solidaria por la federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud fueron señalados como

los responsables de proveer de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados.

- Conocido comúnmente como Seguro Popular, este esquema de seguridad presentado como universal entró en vigor el 1 de enero de 2004 para ofrecer acceso a un seguro de salud para la población no asalariada, brindarle protección financiera y contribuir a reducir la desigualdad social entre derechohabientes de los sistemas de seguridad social y población abierta. La reforma puso énfasis en la mejora de calidad de los servicios; como corolario se consolidó el proceso de certificación de la calidad de los establecimientos de salud por parte del Consejo de Salubridad General y la acreditación expedida por la ss se volvió un requisito obligatorio para poder prestar servicios en el Seguro Popular
- En marzo del 2007, ante sus notorios riesgos financieros, el Congreso aprobó las reformas a la Ley del ISSSTE, con el objetivo de devolver viabilidad al sistema de pensiones del Instituto y lograr gradualmente su auto sostenibilidad. Se planteó el principio de separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios médicos y se establecieron las bases para la competencia interna y externa entre prestadores de servicio a través de un modelo de financiamiento en el que el flujo de los recursos estuviera determinado en función de la evaluación del desempeño; se constituyó un régimen de reservas; se incrementó la edad de jubilación; se introdujo el incremento gradual de las contribuciones del trabajador y se estableció un nuevo sistema de pensiones basado en cuentas individuales, obligatorio para los trabajadores de nuevo ingreso y opcional para los trabajadores en activo. También se concentraron, buscando una homologación con el sistema del IMSS, los 21 servicios, seguros y prestaciones de los trabajadores en cuatro seguros y cuatro prestaciones. Además se creó un organismo desconcentrado que funciona como una Afore para administrar los fondos de los pensionados del estado: Pensión ISSSTE.
- En julio de 2009 se reformaron y adicionaron diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, por medio de las cuales estableció un nuevo marco jurídico que involucra a las empresas de *outsourcing*.
- En años recientes, se generaron propuestas de política pública y para una nueva reforma del sector salud que garantizara una cobertura de servicios sanitarios esenciales para todos. Las proposiciones se enfocaron en la necesidad de romper con la segmentación de la atención en salud y establecer un Sistema Universal de Salud, financiado mediante impuestos. Las principales proposiciones se resumen en el Anexo 2.

Anexo 2. Estudios y propuestas para mejorar el sistema de salud

Centro de Estudios Espinosa Yglesias

El CEEY propuso un nuevo sistema de protección social que incluye como paquete mínimo: un ingreso mínimo, seguros de salud, de vida y de invalidez, y una pensión mínima de retiro. Se estimó que este “seguro social universal” requeriría un financiamiento de 5.0% del PIB, financiado a través de recursos adicionales al gasto público actual provenientes de la eliminación de los regímenes tributarios especiales, la generalización del impuesto al valor agregado (IVA), la eliminación de los subsidios a la gasolina y la mejora de la administración fiscal. Bajo este esquema, se anularían las contribuciones obrero patronales correspondientes al IMSS e ISSSTE.

Fundación Mexicana para la Salud

A partir del 2010 Funsalud inició el Proyecto para la Universalidad de los Servicios de Salud a través del cual se propuso:

- Sustituir la integración vertical que conlleva la segregación de grupos sociales, por una organización horizontal por funciones, en la que el financiamiento se separa de la prestación de servicios de salud y se fortalece la función rectora de la Secretaría de Salud.
- La vinculación entre el financiamiento y la prestación de servicios queda asegurada mediante instituciones articuladoras acreditadas y la prestación de los servicios estaría a cargo de unidades médicas públicas y privadas, certificadas y organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.
- Financiar este nuevo SNS a través de impuestos generales y eliminar las cuotas obrero-patronales. Asimismo, propone crear o reenfocar impuestos especiales a la producción y consumo de artículos que representan un riesgo para la salud y etiquetarlos para financiar el sistema de salud universal.
- Plantea crear un fondo único para financiar tanto las acciones generales de salud pública dirigidas a la comunidad como las aportaciones para servicios universales de salud. En este segundo componente, las instituciones articuladoras recibirían directamente los recursos de acuerdo con la población afiliada. Para atender enfermedades e intervenciones de alto costo, Funsalud

plantea la creación de un fondo de atención de alta especialidad que mancomune los riesgos financieros de toda la población.

Santiago Levy

Más que ofrecer exclusivamente una propuesta para la atención universal en salud, Santiago Levy somete la implementación de un Sistema de Seguridad Social Universal que incluye: 1) un seguro de salud, un seguro de vida, una pensión para el retiro y un seguro de invalidez, para todos los trabajadores, independientemente de su condición laboral; 2) un seguro de riesgos de trabajo y un esquema de indemnizaciones por despido para los trabajadores asalariados, además de contribuciones complementarias para pensiones de retiro y seguro de invalidez y vida para estos trabajadores; y 3) transferencias directas a las familias pobres para compensar el incremento en el IVA pagado, y transferencias directas al ingreso condicionadas a la inversión en capital humano para familias pobres.

La propuesta se basa en la idea que resulta fundamental romper con el esquema donde el acceso a la seguridad social depende de la condición de ser o no un trabajador asalariado y a la vez corregir errores de diseño de la política social que generan desincentivos para la creación de empleos y empresas formales, e impactan al final en la productividad y el crecimiento económico.

El nuevo sistema de seguridad social debe ofrecer pisos mínimos de prestaciones sociales para todos los trabajadores, rompiendo con la tradicional diferencia entre derechos adquiridos por los trabajadores formales y los otorgados a los trabajadores informales.

La propuesta es financiar este nuevo sistema a través de la generalización del IVA de 16%, mediante eliminación de los regímenes especiales del IVA (en lo particular las exenciones a alimentos y medicinas) y eliminar las contribuciones a la seguridad social que tienen que pagar las empresas

Este nuevo esquema de financiamiento, resulta, según S. Levy, más transparente, eficaz, sostenible y equitativo, y representaría un costo total estimado de 4.3% del PIB, con un incremento neto de 1.6% del PIB en la recaudación fiscal, y la implementación de nuevos mecanismos de redistribución hacia las personas de menores ingresos.

Específicamente en materia de salud la propuesta es establecer para todos los ciudadanos un seguro de salud igual al que reciben en la actualidad los trabajadores asalariados formales registrados ante el IMSS.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

El Coneval también elaboró una propuesta de Sistema de Seguridad Social Universal que incluye el acceso efectivo y universal al sistema de salud, un seguro de desempleo contributivo y el reforzamiento de políticas activas de empleo, una pensión de vejez universal y un piso mínimo de ingresos para todos.

Específicamente en materia de salud, el Coneval propone la creación de un sistema universal, centrado en la atención de primer nivel y con un enfoque preventivo. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) sería financiado a base de impuestos generales con destino específico, a través de un subfondo del Fondo Nacional de Seguridad Social Universal.

La visión es que la atención en salud debe enfocarse en el individuo, orientarse especialmente hacia los grupos vulnerables y con alto grado de marginación, incluir cierta libertad de elección y promover el empoderamiento y la corresponsabilidad.

La propuesta se articula alrededor de seis componentes:

1. *La reorganización del sector salud*, enfocada al fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud, el financiamiento de los servicios de salud con impuestos generales y la integración funcional de las instituciones con base en los principios de portabilidad de derechos de los beneficiarios y convergencia de los servicios prestados.
2. *Evaluación de Desempeño del Sistema*, con énfasis en la efectividad técnica, la seguridad y la atención centrada en el paciente.
3. *Estrategias de mejora de la calidad*, a través de mejoras en los sistemas de información y evaluación.
4. *Propuesta de programas de los servicios de salud del SNSS* en cuatro vertientes: atención a la salud pública; atención a la salud individual y familiar con énfasis en grupos vulnerables; atención a la salud individual y familiar en áreas urbanas; y mejora de la capacidad de oferta de servicios hospitalarios.
5. *Políticas de suministro de medicamentos e insumos para la salud* que garanticen la gestión eficiente y el acceso efectivo.
6. *Política de producción social de la salud*, con base en una participación intersectorial para impactar la salud de la población con enfoque en: a) el rezago en salud de las poblaciones en pobreza; b) adultos mayores; c) adolescentes con actitudes de riesgo; d) sobrepeso y obesidad; e) accidentes, violencia y lesiones.

Según el Coneval, el primer paso para la universalización del SNS incluye unificar el financiamiento y lograr la integración funcional de los proveedores de servicios mediante la portabilidad y convergencia. Específicamente, las estrategias para lograr la portabilidad deben incluir: la adscripción a una unidad de primer nivel de atención a la salud con libertad de elección, la elaboración de un padrón único de beneficiarios y la constitución de un expediente clínico electrónico. En cuanto a la convergencia, se propone: una homologación para todos los ciudadanos de las prestaciones en salud ofrecidas actualmente a los derechohabientes a la seguridad social; el establecimiento de un sistema de compensación económica y transferencias de recursos entre instituciones proveedoras de servicios de salud; la implementación de guías de práctica clínica para todas las instituciones proveedoras de servicios y el reforzamiento de los procesos de acreditación y certificación de unidades médicas; la consolidación de una política de medicamentos para mejorar los procedimientos, desde la compra hasta la dispensación y garantizar una provisión oportuna en todas las farmacias, y adecuaciones al esquema de formación de recursos humanos a fin de responder mejor a las necesidades del sector y de la población.

Esta mayor integración funcional requiere acompañarse de mejoras en la cobertura efectiva en salud así como en el acceso efectivo a los servicios sanitarios ofertados, lo cual supone reforzar los atributos de disponibilidad, accesibilidad, adecuación, capacidad de compra y aceptabilidad.

El nuevo sistema se debe caracterizar por su calidad y eficiencia, y basarse en la evidencia y la rendición de cuentas. Entre las estrategias de mejora, el Coneval propone: implementar un mecanismo de auditoría clínica y organizacional a nivel nacional; crear un centro de difusión de buenas prácticas y establecer un sistema de recolección e información sistemática de datos basados en expedientes electrónicos articulados y mecanismos de retroalimentación; *benchmarking*, alertas y guías clínicas; generar incentivos monetarios y no monetarios al desempeño; y establecer un sistema generalizado de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención y esquemas de priorización de los pacientes referidos a consulta de especialidades y a cirugía.

Grupo Nuevo Curso de Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de México

La propuesta, incluida en sus Lineamientos de Política para el Crecimiento Sustentable y la Protección Social Universal, considera la creación de un régimen de protección social universal con dos pilares:

- Un sistema de salud pública de cobertura universal, financiado a través de impuestos generales, y que se base en un sistema público no fragmentado de atención en salud, sin excluir los servicios de prestadores del sector privado.
- Un sistema de protección al ingreso de los individuos y de las familias frente a los costos o la pérdida de ingresos generados por circunstancias como la maternidad, la enfermedad, la invalidez, la edad avanzada, viudez y orfandad. También se propone que el financiamiento de este esquema de prestaciones se asegure con base en impuestos generales.

El nuevo SNS propuesto sería único, público, de cobertura universal, descentralizado, fundamentalmente orientado a la prevención, la atención primaria y la hospitalización, y escalonado.

Para crear este sistema, la recomendación es que durante toda la década se incremente sistemáticamente en términos reales la inversión pública en salud. El grupo considera necesario duplicar el gasto en salud como proporción del PIB para brindar una cobertura de salud universal y de calidad. Asimismo, plantea la necesidad de un ejercicio de planeación de los recursos disponibles y de los requerimientos de la población de abajo hacia arriba, a fin de garantizar: primero, la existencia de un esquema de atención primaria con al menos un médico por cada 3 000 habitantes; enseguida, la consolidación de unidades de salud para crear centros de salud; finalmente, conglomerados de atención hacia los hospitales generales e institutos de especialidades.

Otras propuestas de reforma del Sistema Público de Salud

- Adicionalmente, cabe destacar el esfuerzo realizado por el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (CIDE) a través de Nelly Aguilera y John Scott (2010) para establecer proyecciones actuariales sobre el gasto en salud en el país y analizar diversas alternativas de reforma fiscal para el financiamiento de un sistema integral de salud a través de impuestos generales. También el análisis del Instituto Nacional de Salud Pública (2011) sobre las problemáticas de portabilidad y convergencia de servicios entre las diversas instituciones del SNS; el esfuerzo del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (Cruz Guerrero, 2012) por medir el gasto público adicional que se podría relacionar con la cobertura universal en salud, así como el llamado más reciente del CIDE a través de José Antonio

Caballero y colaboradores (2012) para implementar una nueva generación de reformas destinadas a garantizar un acceso efectivo de la población a un sistema realmente universal de salud.

- El Pacto por México, firmado a finales de 2012, señaló la necesidad de una reforma del sector salud para tener un Sistema de Seguridad Social Universal mediante la creación de una “red de protección social” que garantice la atención en cualquier institución de salud del Estado, independientemente de la afiliación. La propuesta es reorganizar la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados (incluyendo el Seguro Popular) pudieran ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud, y asegurar la convergencia de los diversos esquemas de salud para igualar gradualmente su cobertura y su calidad.
- En la Iniciativa de Reforma Social y Hacendaria presentada por el Ejecutivo al Congreso de la Unión, en septiembre de 2013, se planteó la necesidad de fortalecer la capacidad financiera del Estado, con progresividad y simplificación del sistema impositivo, para que el Estado tenga capacidad para cumplir con sus obligaciones de desarrollo, entre ellas la de proveer servicios de salud con cobertura universal. Se planteó que el derecho a la protección de la salud requiere estar vinculado con principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; sin embargo, ni las propuestas de modificación a la LGS ni la iniciativa de reforma a la Ley del Seguro Social plantean modificaciones concretas en este sentido y particularmente, no se hace referencia a la necesidad de un incremento en la cobertura de servicios de salud.²
- Las reformas propuestas a la LGS van en el sentido de una redefinición y aclaración de las funciones de los actores del SPSS, con una reorganización más horizontal del sistema y el planteamiento de una separación de las funciones de prestación y de financiamiento. También se aclaran los mecanismos de financiamiento del sistema, se propone una consolidación de los dispositivos de seguimiento, rendición de cuentas y sanciones en el SPSS y se atiende la problemática de la portabilidad de servicios en el marco del SPSS. Pero, la iniciativa de Reforma Hacendaria y de Seguridad Social no incluye ninguna propuesta de erogación específica para el sistema universal de salud; y no se atiende concretamente la problemática de fragmentación del esquema

² La cobertura de servicios de salud debe ser entendida, no tanto en términos de afiliación a las instituciones de seguridad social (incluyendo el Seguro Popular) sino en cuanto al acceso efectivo y oportuno a servicios y prestaciones de salud de calidad.

nacional de salud a través de propuestas para reformar el sector, integrar los diferentes esquemas públicos de atención sanitaria en un verdadero sistema integral e universal y garantizar su viabilidad financiera en el largo plazo.

- Las autoridades federales anunciaron que en el siguiente periodo de sesiones del Congreso, en febrero de 2014, presentarán propuestas para reformar el sector salud.

Anexo 3. Estadísticas

Cuadro 1.A1. Equipamiento por tipo de instituciones públicas de salud

<i>Equipamiento</i>	<i>Años</i>	<i>Total</i>	<i>Población no asegurada</i>	<i>Población asegurada</i>
Consultorios	2000	51 492	28 236	23 256
	2012	69 217	41 986	27 231
	TCMA 2000-2012	2.50	3.36	1.32
Laboratorios de análisis	2000	1 818	1 011	807
	2012	2 117	1 215	902
	TCMA 2000-2012	1.39	1.68	1.02
Quirófanos	2000	2 760	1 259	1,501
	2012	3 594	1 937	1,657
	TCMA 2000-2012	2.43	3.99	0.90
Tomógrafos	2000	84	17	67
	2012	320	118	202
	TCMA 2000-2012	12.93	19.26	10.55
Equipos de resonancia magnética	2000	13	7	6
	2012	78	33	45
	TCMA 2000-2012	17.69	15.14	20.10

TCMA: tasa de crecimiento medio anual.

Fuente: elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud.

Cuadro 1.A2. Equipo médico según tipo de población, 2012 (por millón de habitantes)

	<i>Total</i>	<i>No asegurada</i>	<i>Asegurada</i>
Tomógrafos	2.9	2.0	4.0
Equipos de radioterapia	0.3	0.3	0.3
Unidades de mamografía	5.8	4.4	7.6
Microscopios quirúrgicos	8.2	4.8	12.4
Equipos de rayos X	29.5	19.0	42.1
Electrocardiógrafos	47.0	37.7	58.2
Electroencefalógrafos	2.6	1.6	3.8
Ecocardiógrafos	2.3	1.5	3.3
Endoscopios	3.8	3.2	4.6
Máquinas para hemodiálisis	18.5	4.4	35.3

Los indicadores incluyen Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, servicios de atención psiquiátrica y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud.

Cuadro 1.A3. Tasas de crecimiento medio anual del gasto público total en salud por condición de aseguramiento (porcentajes, pesos constantes, 2012 = 100)

	<i>2000-2004</i>	<i>2004-2012</i>	<i>2000-2012</i>
Gasto público total en salud	7.72	5.60	6.31
Gasto total en población sin seguridad social	7.91	9.88	9.22
Gasto total en población con seguridad social	7.63	2.99	4.52
IMSS	7.95	1.36	3.51
ISSSTE	5.74	7.35	6.81
Pemex	7.13	3.20	4.50

El dato del gasto total en población con seguridad social en 2012 incluye al gasto de las Isstes y el gasto en salud ejercido por el ISSFAM.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A4. Distribución y tasa de crecimiento medio anual del gasto público en salud por tipo de población, 2000 y 2012 (porcentajes)

<i>Entidad federativa</i>	<i>Distribución</i>				<i>TCMA 2000-2012</i>		
	<i>2000</i>		<i>2012</i>		<i>Población total</i>	<i>Población con seguridad social</i>	<i>Población sin seguridad social</i>
	<i>Población con seguridad social</i>	<i>Población sin seguridad social</i>	<i>Población con seguridad social</i>	<i>Población sin seguridad social</i>			
<i>Nacional</i>	67.6	32.4	55.1	44.9	6.3	4.5	9.2
Aguascalientes	65.0	35.0	57.2	42.8	6.8	5.6	8.6
Baja California	84.4	15.6	69.4	30.6	5.6	3.9	11.7
Baja California Sur	74.0	26.0	65.6	34.4	6.7	5.6	9.2
Campeche	59.4	40.6	49.6	50.4	7.1	5.5	9.1
Coahuila	84.2	15.8	73.3	26.7	4.3	3.1	8.9
Colima	63.7	36.3	51.6	48.4	5.8	4.0	8.4
Chiapas	38.9	61.1	28.6	71.4	10.0	7.2	11.4
Chihuahua	76.5	23.5	60.4	39.6	5.4	3.4	10.1
Distrito Federal	65.7	34.3	73.5	26.5	2.9	3.9	0.7
Durango	63.8	36.2	52.7	47.3	6.0	4.3	8.4
Guanajuato	72.7	27.3	44.0	56.0	8.4	3.9	15.1
Guerrero	47.2	52.8	35.5	64.5	7.9	5.4	9.7
Hidalgo	52.4	47.6	36.5	63.5	7.9	4.7	10.5
Jalisco	70.5	29.5	62.0	38.0	5.5	4.4	7.8
México	67.7	32.3	44.8	55.2	10.6	6.9	15.7
Michoacán	61.0	39.0	44.4	55.6	7.4	4.6	10.7
Morelos	69.5	30.5	53.8	46.2	7.4	5.1	11.2
Nayarit	64.9	35.1	46.6	53.4	6.6	3.7	10.4
Nuevo León	86.2	13.8	78.9	21.1	5.6	4.8	9.4
Oaxaca	42.2	57.8	24.3	75.7	9.1	4.2	11.6
Puebla	67.6	32.4	44.9	55.1	7.4	3.8	12.2
Querétaro	69.7	30.3	50.1	49.9	7.0	4.1	11.6
Quintana Roo	67.3	32.7	53.9	46.1	7.7	5.8	10.9
San Luis Potosí	66.3	33.7	47.2	52.8	6.8	3.9	10.9
Sinaloa	73.3	26.7	57.4	42.6	5.6	3.5	9.8
Sonora	70.1	29.9	74.4	25.6	7.7	8.2	6.3

Tabasco	52.4	47.6	32.3	67.7	6.3	2.1	9.5
Tamaulipas	73.5	26.5	55.2	44.8	6.4	3.9	11.2
Tlaxcala	60.7	39.3	34.3	65.7	9.5	4.4	14.2
Veracruz	71.3	28.7	49.7	50.3	6.6	3.5	11.7
Yucatán	72.5	27.5	56.2	43.8	6.5	4.2	10.7
Zacatecas	55.8	44.2	40.3	59.7	7.9	5.1	10.7

Los datos del gasto total en población con seguridad social en 2012 incluyen el gasto de las las Isstes y el gasto en salud ejercido por el ISSFAM

TCMA: tasa de crecimiento medio anual, a precios constantes.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A5. Gasto público en salud para la población con seguridad social, 2000-2012
(millones de pesos constantes de 2012 y porcentajes)

<i>Año</i>	<i>Montos</i>				<i>Participación porcentual</i>		
	<i>Total</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>
2000	160 178	131 909	20 935	7 334	82.4	13.1	4.6
2001	165 818	134 634	22 929	8 255	81.2	13.8	5.0
2002	168 951	137 557	22 823	8 572	81.4	13.5	5.1
2003	187 714	151 968	25 963	9 783	81.0	13.8	5.2
2004	214 960	179 131	26 170	9 659	83.3	12.2	4.5
2005	202 286	163 581	28 390	10 316	80.9	14.0	5.1
2006	205 605	165 419	29 491	10 695	80.5	14.3	5.2
2007	216 002	167 640	37 049	11 313	77.6	17.2	5.2
2008	214 053	164 877	37 211	11 965	77.0	17.4	5.6
2009	225 536	174 202	39 490	11 844	77.2	17.5	5.3
2010	240 930	187 019	42 485	11 426	77.6	17.6	4.7
2011	251 946	190 126	49 806	12 014	75.5	19.8	4.8
2012	272 183	199 555	46 156	12 431	73.3	17.0	4.6

En 2012, el total incluye, además de los recursos del IMSS, el ISSSTE y Pemex, los recursos de las Isstes y del ISSFAM.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A6. Evolución de la población derechohabiente del IMSS, el ISSSTE y el SPSS

Año	IMSS						
	Total	Asegurados directos			Familiares		
		Total	Trabajadores	Pensionistas	Total	Trabajadores	Pensionistas
1990	38 575 140	n.d.	10 764 012	n.d.	n.d.	25 673 973	n.d.
1991	38 953 374	n.d.	11 333 485	n.d.	n.d.	25 392 372	n.d.
1992	37 464 560	n.d.	11 368 526	n.d.	n.d.	23 754 831	n.d.
1993	36 737 601	n.d.	11 317 348	n.d.	n.d.	22 884 038	n.d.
1994	36 553 822	n.d.	11 561 004	n.d.	n.d.	22 298 721	n.d.
1995	34 323 844	n.d.	10 931 810	n.d.	n.d.	20 533 499	n.d.
1996	37 260 967	n.d.	11 895 198	n.d.	n.d.	22 365 921	n.d.
1997	38 106 493	14 028 460	12 347 950	1 680 510	24 078 033	22 623 331	1 454 702
1998	40 577 986	14 896 508	13 161 563	1 734 945	25 681 478	24 180 942	1 500 536
1999	42 957 532	15 786 988	13 989 972	1 797 016	27 170 544	25 618 744	1 551 800
2000	45 053 710	16 649 321	14 788 263	1 861 058	28 404 389	26 793 403	1 610 986
2001	44 718 984	16 763 211	14 812 302	1 950 909	27 955 773	26 263 531	1 692 242
2002	45 351 546	17 170 192	15 136 004	2 034 188	28 181 354	26 420 300	1 761 054
2003	41 519 135	17 690 042	15 556 510	2 133 532	23 829 093	21 988 548	1 840 545
2004	43 006 225	18 444 809	16 229 295	2 215 514	24 561 416	22 661 444	1 899 972
2005	44 531 666	19 155 305	16 850 541	2 304 764	25 376 361	23 409 780	1 966 581
2006	46 635 901	20 116 963	17 736 538	2 380 425	26 518 938	24 506 278	2 012 660
2007	48 650 488	21 096 502	18 605 441	2 491 061	27 553 986	25 459 948	2 094 038
2008	48 909 706	21 318 316	18 750 321	2 567 995	27 591 390	25 436 773	2 154 617
2009	49 134 310	21 703 642	19 026 378	2 677 264	27 430 668	25 208 366	2 222 302
2010	52 310 086	23 256 650	20 263 495	2 993 155	29 053 436	26 529 996	2 523 440
2011	54 906 396	24 636 146	21 500 627	3 135 519	30 270 250	27 647 467	2 622 783
2012	57 475 897	25 859 596	22 583 000	3 276 596	31 616 301	28 929 392	2 686 909
TCMA 2000-2004	-1.16	2.59	2.35	4.45	-3.57	-4.10	4.21
TCMA 2004-2012	3.69	4.31	4.22	5.01	3.21	3.10	4.43
TCMA 2000-2012	2.05	3.74	3.59	4.83	0.90	0.64	4.36

Las cifras de asegurados y pensionados del IMSS y del ISSSTE son determinadas con base en los registros administrativos de cada institución, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con sustento en coeficientes familiares.

En el caso de los familiares de los trabajadores del IMSS se observa una disminución significativa de los montos reportados entre 2002 y 2003. Se asume que esta disminución proviene de un cambio metodológico en las estimaciones.

TCMA: tasa de crecimiento medio anual, en porcentajes.

n.d.: no disponible.

Fuente: Elaboración propia, con información del IMSS, el ISSSTE y el Primer Informe de Gobierno 2012-2013 de la Presidencia de la República.

	ISSSTE							SPSS
	Total	Asegurados directos			Familiares			
		Total	Trabajadores	Pensionistas	Total	Trabajadores	Pensionistas	
8 302 425	2 216 528	2 012 184	204 344	6 085 897	5 909 784	176 113		
8 506 748	2 236 704	2 018 456	218 248	6 270 044	6 079 447	190 597		
8 642 852	2 279 394	2 045 988	233 406	6 363 458	6 162 263	201 195		
8 919 041	2 357 109	2 107 146	249 963	6 561 932	6 346 487	215 445		
9 101 524	2 418 061	2 149 850	268 211	6 683 463	6 452 314	231 149		
9 246 265	2 462 374	2 180 486	281 888	6 783 891	6 540 982	242 909		
9 311 540	2 488 319	2 188 469	299 850	6 823 221	6 564 858	258 363		
9 472 042	2 538 920	2 220 557	318 363	6 933 122	6 658 830	274 292		
9 724 484	2 612 626	2 274 828	337 798	7 111 858	6 820 795	291 063		
9 896 695	2 671 161	2 304 454	366 707	7 225 534	6 909 616	315 918		
10 065 861	2 723 735	2 337 814	385 921	7 342 126	7 009 592	332 534		
10 236 523	2 779 861	2 368 781	411 080	7 456 662	7 102 423	354 239		
10 309 489	2 814 627	2 372 657	441 970	7 494 862	7 114 030	380 832	1 094 236	
10 352 318	2 843 560	2 367 488	476 072	7 508 758	7 098 541	410 217	2 224 411	
10 462 703	2 889 371	2 379 233	510 138	7 573 332	7 133 745	439 587	5 318 289	
10 608 209	2 945 626	2 398 308	547 318	7 662 583	7 190 957	471 626	11 404 861	
10 798 948	3 003 165	2 424 773	578 392	7 795 783	7 297 397	498 386	15 672 374	
10 980 931	3 100 767	2 490 497	610 270	7 880 164	7 233 562	646 602	21 834 619	
11 300 744	3 208 961	2 542 307	666 654	8 091 783	7 383 748	708 035	27 176 914	
11 589 483	3 311 945	2 582 439	729 506	8 277 538	7 499 897	777 641	31 132 949	
11 993 354	3 451 140	2 644 359	806 781	8 542 214	7 679 514	862 700	43 518 719	
12 206 730	3 522 892	2 680 403	842 489	8 683 838	7 781 365	902 473	51 823 314	
12 449 609	3 600 063	2 725 635	874 428	8 849 546	7 911 257	938 289	52 908 011	
0.97	1.49	0.44	7.23	0.78	0.44	7.23		
2.20	2.79	1.71	6.97	1.97	1.30	9.94	33.27	
1.79	2.35	1.29	7.05	1.57	1.01	9.03		

Cuadro 1.A7. Distribución del gasto en salud para la población con seguridad social, 2012
(porcentajes)

<i>Entidad federativa</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Isse</i>	<i>ISSFAM</i>
Total nacional	73.3	17.0	4.6	4.3	0.8
Aguascalientes	84.3	11.7	4.0	0.0	0.0
Baja California	90.2	9.2	0.6	0.0	0.0
Baja California Sur	79.8	20.2	0.0	0.0	0.0
Campeche	60.6	10.6	28.8	0.0	0.0
Coahuila	90.3	9.0	0.7	0.0	0.0
Colima	85.6	14.4	0.0	0.0	0.0
Chiapas	61.5	13.1	2.0	23.4	0.0
Chihuahua	91.8	7.1	1.1	0.0	0.0
Distrito Federal	58.5	36.8	4.7	0.0	0.0
Durango	82.0	15.7	2.3	0.0	0.0
Guanajuato	84.7	9.6	5.7	0.0	0.0
Guerrero	77.3	22.7	0.0	0.0	0.0
Hidalgo	76.6	13.8	9.5	0.0	0.0
Jalisco	93.6	5.5	0.8	0.0	0.0
México	72.7	4.3	0.2	22.8	0.0
Michoacán	82.6	16.0	1.4	0.0	0.0
Morelos	82.0	16.2	1.8	0.0	0.0
Nayarit	84.0	16.0	0.0	0.0	0.0
Nuevo León	83.9	4.8	2.3	9.1	0.0
Oaxaca	65.5	24.0	10.4	0.0	0.0
Puebla	87.3	9.9	2.8	0.0	0.0
Querétaro	87.0	9.5	3.4	0.0	0.0
Quintana Roo	90.3	9.7	0.0	0.0	0.0
San Luis Potosí	82.8	12.9	4.3	0.0	0.0
Sinaloa	85.7	12.6	1.7	0.0	0.0
Sonora	57.2	5.2	0.9	36.7	0.0
Tabasco	52.7	8.3	38.9	0.0	0.0
Tamaulipas	72.7	11.2	16.2	0.0	0.0
Tlaxcala	84.2	15.8	0.0	0.0	0.0
Veracruz	70.9	10.0	19.2	0.0	0.0
Yucatán	84.9	11.3	3.8	0.0	0.0
Zacatecas	84.3	15.7	0.0	0.0	0.0

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A8. Gasto total, público y privado en salud (porcentajes)

Cuadro 1.A8-I. Gasto total en salud (porcentajes)

<i>Año</i>	<i>Gasto total en salud</i>	
	<i>MDP</i>	<i>% del PIB</i>
2000	509 157	5.6
2001	554 067	6.0
2002	583 124	6.2
2003	634 987	6.0
2004	706 893	6.1
2005	723 915	6.0
2006	755 658	5.8
2007	808 001	5.9
2008	825 137	6.0
2009	856 879	6.5
2010	887 754	6.3
2011	898 623	6.0
2012	952 714	6.2
TCMA 2000-2004	8.55	
TCMA 2004-2012	3.80	
TCMA 2000-2012	5.36	

El gasto total en salud corresponde a la suma del gasto público y el gasto privado.
MDP: millones de pesos constantes de 2012.

Cuadro 1.A8-II. Gasto público en salud (porcentajes)

Año	Gasto público en salud							
	Total (A + B)				A. Gasto en salud de la población con seguridad social		B. Gasto en salud de la población sin seguridad social	
	MDP	% del PIB	% del gasto público total	% del gasto total en salud	MDP	% del gasto total en salud	MDP	% del gasto total en salud
2000	237 073	2.6	16.6	46.56	160 178	31.46	76 896	15.10
2001	247 911	2.7	16.6	44.74	165 818	29.93	82 093	14.82
2002	255 631	2.7	15.7	43.84	168 951	28.97	86 681	14.86
2003	280 456	2.5	15.5	44.17	187 714	29.56	92 742	14.61
2004	319 244	2.7	17.4	45.16	214 960	30.41	104 284	14.75
2005	326 008	2.6	16.5	45.03	202 286	27.94	123 721	17.09
2006	341 689	2.5	15.9	45.22	205 605	27.21	136 085	18.01
2007	366 823	2.6	15.5	45.40	216 002	26.73	150 820	18.67
2008	387 648	2.7	15.0	46.98	214 053	25.94	173 595	21.04
2009	412 994	3.0	15.0	48.20	225 536	26.32	187 458	21.88
2010	434 841	3.0	15.3	48.98	240 930	27.14	193 912	21.84
2011	452 546	3.0	15.2	50.36	251 946	28.04	200 600	22.32
2012	493 795	3.2	15.8	51.83	272 183	28.57	221 613	23.26
TCMA 2000-2004	7.72				7.63		7.91	
TCMA 2004-2012	5.60				2.99		9.88	
TCMA 2000-2012	6.31				4.52		9.22	

El gasto público en salud de la población con seguridad social comprende el gasto del imss, del issste y de Pemex, y para 2012 se integra la información de las Isses.

El gasto público en salud para la población sin seguridad social comprende el gasto de la ss (Ramo 12), del IMSS-Oportunidades, del FASSA, el gasto estatal, y para 2012 se agrega el gasto en salud de la Sedena y de la Semar.

Cuadro 1.A8-III. Gasto privado en salud (porcentajes)

Año	Gasto privado en salud							
	Total (C + D + E)		C. Gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro		D. Cuotas de recuperación		E. Seguros médicos privados	
	MDP	% del gasto total en salud	MDP	% del gasto total en salud	MDP	% del gasto total en salud	MDP	% del gasto total en salud
2000	272 083	53.44	259 374	50.94	0	0.00	12 709	2.50
2001	306 156	55.26	287 057	51.81	3 782	0.68	15 318	2.76
2002	327 493	56.16	306 214	52.51	4 415	0.76	16 864	2.89
2003	354 531	55.83	330 692	52.08	5 038	0.79	18 802	2.96
2004	387 649	54.84	361 951	51.20	5 004	0.71	20 694	2.93
2005	397 908	54.97	368 886	50.96	5 336	0.74	23 686	3.27
2006	413 968	54.78	381 874	50.54	5 756	0.76	26 339	3.49
2007	441 178	54.60	404 010	50.00	6 895	0.85	30 273	3.75
2008	437 489	53.02	400 986	48.60	5 319	0.64	31 183	3.78
2009	443 885	51.80	404 705	47.23	5 190	0.61	33 991	3.97
2010	452 913	51.02	411 909	46.40	5 799	0.65	35 204	3.97
2011	446 077	49.64	403 689	44.92	5 456	0.61	36 932	4.11
2012	458 919	48.17	415 208	43.58	4 888	0.51	38 823	4.08
TCMA 2000- 2004	9.25		8.69		n.a.		12.96	
TCMA 2004- 2012	2.13		1.73		-0.29		8.18	
TCMA 2000- 2012	4.45		4.00		n.a.		9.75	

El gasto privado en salud se integra del gasto en sanidad de los hogares e instituciones sin fines de lucro, las cuotas de recuperación y el gasto en seguros médicos privados. La información proviene del INEGI y de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., de los Seguros Médicos Privados. El dato para 2012 es estimado.

MDP: millones de pesos constantes de 2012.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A9. Importancia del gasto público en salud en el PIB y en el gasto público total en las entidades federativas (porcentajes)

<i>Entidad federativa</i>	<i>Proporción del PIB</i>		<i>Proporción del gasto público total</i>	
	<i>2000</i>	<i>2012</i>	<i>2000</i>	<i>2012</i>
<i>Total nacional</i>	2.6	3.2	16.6	15.8
Aguascalientes	2.5	3.4	12.8	30.0
Baja California	2.0	2.8	17.6	23.0
Baja California Sur	3.9	3.4	17.3	16.7
Campeche	2.0	0.6	7.0	3.6
Coahuila	2.5	2.1	19.8	25.6
Colima	3.7	3.9	10.6	9.8
Chiapas	3.7	5.7	11.0	20.7
Chihuahua	2.0	3.5	20.8	26.6
Distrito Federal	3.8	4.1	18.7	8.8
Durango	3.4	3.6	16.6	20.3
Guanajuato	2.4	3.1	18.0	27.7
Guerrero	3.1	5.1	11.3	20.4
Hidalgo	3.2	3.4	11.5	14.2
Jalisco	2.7	2.9	28.0	32.7
México	1.8	3.7	19.7	36.0
Michoacán	2.8	3.5	14.6	25.3
Morelos	2.6	3.9	17.3	28.6
Nayarit	4.8	4.7	19.1	21.1
Nuevo León	1.8	1.9	21.3	27.1
Oaxaca	3.5	5.0	12.1	20.9
Puebla	2.2	3.3	17.9	24.6
Querétaro	1.9	2.0	12.8	24.7
Quintana Roo	2.0	2.5	21.5	30.5
San Luis Potosí	2.8	3.0	16.4	20.1
Sinaloa	3.5	3.5	16.9	21.0
Sonora	2.8	3.4	18.6	26.3
Tabasco	5.1	2.0	14.4	8.6
Tamaulipas	2.7	3.2	14.8	16.1
Tlaxcala	3.4	5.2	17.3	30.4

Veracruz	3.7	3.2	12.5	11.4
Yucatán	3.8	4.1	18.0	24.3
Zacatecas	3.6	3.0	15.2	24.4

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A10. Distribución del gasto total en salud por fuente de financiamiento y TCMA real, 2008-2011 (porcentajes)

	2008	2009	2010	2011	TCMA 2008- 2011
<i>Gasto total</i>	100.00	100.00	100.00	100.00	2.20
Administraciones públicas	46.38	47.70	48.71	51.11	4.71
Administraciones públicas (excluidas administraciones de seguridad social)	19.29	20.18	20.54	21.59	5.12
Administración central	6.91	7.13	6.82	6.97	2.43
Administraciones regionales/ provinciales	12.38	13.06	13.72	14.62	6.53
Administraciones de seguridad social	27.09	27.51	28.17	29.52	4.42
<i>Sector privado</i>	53.62	52.30	51.29	48.89	-0.13
Seguros sociales privados	0.00	0.00	0.00	0.00	n.a.
Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)	1.43	1.20	1.26	1.32	0.20
Pagos directos de los hogares	50.05	48.72	47.62	44.97	-0.50
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	1.73	1.98	2.03	2.23	8.95
Sociedades (excepto seguros médicos)	0.41	0.40	0.38	0.37	-0.36

TCMA: tasa de crecimiento medio anual del gasto correspondiente a cada fuente, a precios constantes.
Fuente: Elaboración propia, con información de INEGI, Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2011.

Cuadro 1.A11. Tasas de crecimiento medio anual del gasto público y privado en salud per cápita (pesos constantes, 2012 = 100)

	<i>2000-2004</i>	<i>2004-2012</i>	<i>2000-2012</i>
Gasto público en salud per cápita total	6.41	4.30	5.00
Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social	8.26	2.05	4.08
Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social	4.89	8.23	7.11
Gasto privado en salud per cápita	9.49	0.52	3.43

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2014.

Cuadro 1.A12. Evolución del gasto en salud en los hogares, 2006-2012 (porcentajes)

			<i>Deciles de hogares de acuerdo a su ingreso corriente total trimestral</i>									
<i>Año</i>	<i>Concepto</i>	<i>Total</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>	<i>IX</i>	<i>X</i>
2006	Proporción de los hogares con gasto en salud	69.47	51.27	62.72	69.50	68.11	70.11	68.89	73.31	74.82	75.08	80.91
	Proporción del gasto en salud en el total de gasto	2.61	2.45	2.79	2.39	2.64	2.60	2.29	2.61	2.73	2.59	2.66
	Proporción del gasto en salud en los ingresos totales	2.61	3.02	3.09	2.62	2.76	2.70	2.29	2.58	2.64	2.46	2.63
2012	Proporción de los hogares con gasto en salud	50.23	40.34	41.44	44.20	45.69	48.29	47.84	51.31	58.40	56.28	68.52
	Proporción del gasto en salud en el total de gasto	1.66	1.33	1.56	1.50	1.25	1.60	2.13	1.99	1.54	1.34	1.79
	Proporción del gasto en salud en los ingresos totales	1.59	1.95	1.92	1.67	1.37	1.67	2.13	1.94	1.49	1.20	1.57
TCMA real 2006-2012	Gasto en salud del total de los hogares	-7.96	-10.69	-9.76	-7.56	-11.79	-7.61	-0.81	-5.07	-9.21	-10.50	-8.15
	Gasto promedio en salud por hogar con este tipo de gastos	-5.09	-9.19	-5.53	-2.62	-7.89	-3.94	2.98	-1.57	-7.56	-8.25	-7.74

TCMA: Tasa de crecimiento medio anual.

Fuente: Elaboración propia, con base en información del INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2006 y 2012.

Cuadro 1.A13. Distribución del gasto total en salud por función, 2008-2011 (porcentajes)

	2008	2009	2010	2011	TCMA 2008-2011
Servicios de asistencia curativa	67.03	66.95	66.29	67.05	2.96
Servicios de rehabilitación	0.01	0.01	0.01	0.01	0.32
Servicios de atención de larga duración	0.20	0.19	0.19	0.18	-0.48
Servicios auxiliares de atención de la salud	1.65	1.66	1.64	1.59	1.79
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.73	21.57	21.74	19.67	-0.42
Servicios de prevención y de salud pública	0.01	0.01	0.01	0.01	0.97
Administración de la salud y los seguros médicos	9.37	9.61	10.13	11.49	10.17

TCMA: Tasa de crecimiento medio anual.

Fuente: Elaboración propia, con información de INEGI, Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2011.

Cuadro 1.A14. Recursos financieros en salud para población sin seguridad social, 2000-2012 (millones de pesos constantes, 2012 = 100)

Año	<i>Gasto público en salud para población sin seguridad social</i>	<i>Aportaciones federales</i>		<i>Gasto estatal</i>
		<i>Ramo 12</i>	<i>Fassa (Ramo 33)</i>	
2000	76 895.5	27 119	38 078	11 699
2001	82 093.1	28 935	41 166	11 992
2002	86 680.8	30 418	41 371	14 891
2003	92 741.7	31 879	45 987	14 876
2004	97 477.4	32 738	47 684	17 055
2005	116 917.8	45 071	51 698	20 149
2006	128 738.5	53 395	53 657	21 687
2007	143 648.6	65 823	53 878	23 947
2008	166 188.2	81 087	56 366	28 735
2009	178 898.9	90 883	56 596	31 420
2010	185 339.9	93 296	55 796	36 248
2011	191 585.5	103 370	60 563	27 653
2012	203 053.0	112 737	64 793	25 523

Estas cifras no incluyen a IMSS-Oportunidades, Sedena ni Semar.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

Cuadro 1.A15. Tasas de crecimiento medio anual del gasto público en salud para población sin seguridad social (porcentajes, pesos constantes, 2012 = 100)

	<i>2000-2004</i>	<i>2004-2012</i>	<i>2000-2012</i>
Gasto público en población sin seguridad social*	7.91	9.88	9.22
Aportaciones federales**	5.39	10.40	8.71
Ramo 12	4.82	16.71	12.61
fassa	5.79	3.91	4.53
Gasto estatal	9.88	5.17	6.72

* Incluye IMSS-Oportunidades, Semar y Sedena.

** Excluye IMSS-Oportunidades, Semar y Sedena.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México 2014.

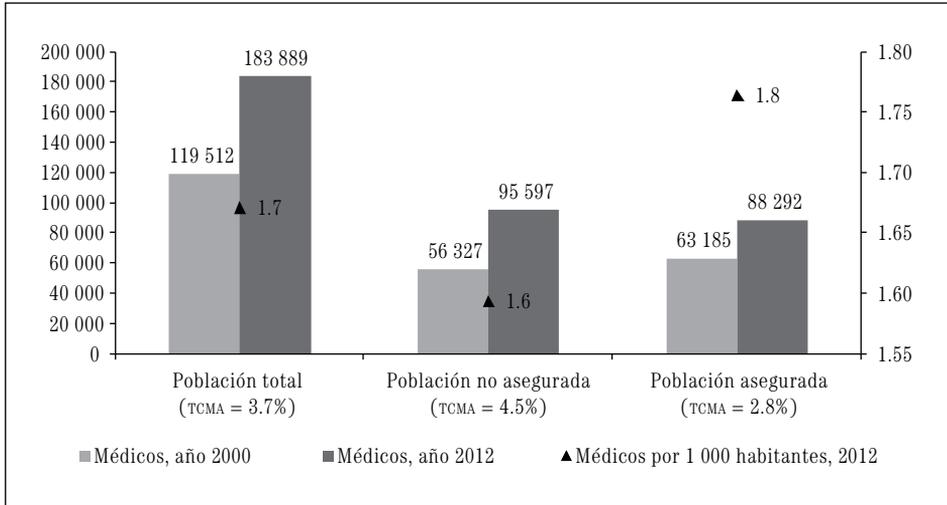
Cuadro 1.A16. Evolución del ramo 12 en el PEF, análisis funcional programático económico, 2000-2014 (pesos corrientes y porcentajes)

<i>Año</i>	<i>Gasto programable total del Ramo 12</i>	<i>Subfunción 05: Protección social en salud</i>		<i>Programa U005: Seguro popular</i>	
		<i>Total</i>	<i>Proporción del Ramo 12</i>	<i>Total</i>	<i>Proporción del Ramo 12</i>
2014	130 264 761 743	82 416 479 159	63.27	72 330 032 307	55.53
2013	121 856 567 399	76 198 917 686	62.53	66 791 938 639	54.81
2012	113 479 679 217	70 250 327 522	61.91	64 402 458 192	56.75
2011	105 313 896 605	62 357 908 060	59.21	56 946 687 061	54.07
2010	89 892 930 927	53 644 275 475	59.68	48 842 127 045	54.33
2009	85 036 468 164	48 228 642 368	56.72	41 368 161 540	48.65
2008	69 426 100 000	37 355 008 276	53.81	n.d.	n.d.
2007	55 583 155 867	26 040 318 419	46.85	n.d.	n.d.
2006	42 355 506 035	17 137 441 143	40.46	n.d.	n.d.
2005	34 024 454 010	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2004	20 973 045 416	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

n.d.: no disponible

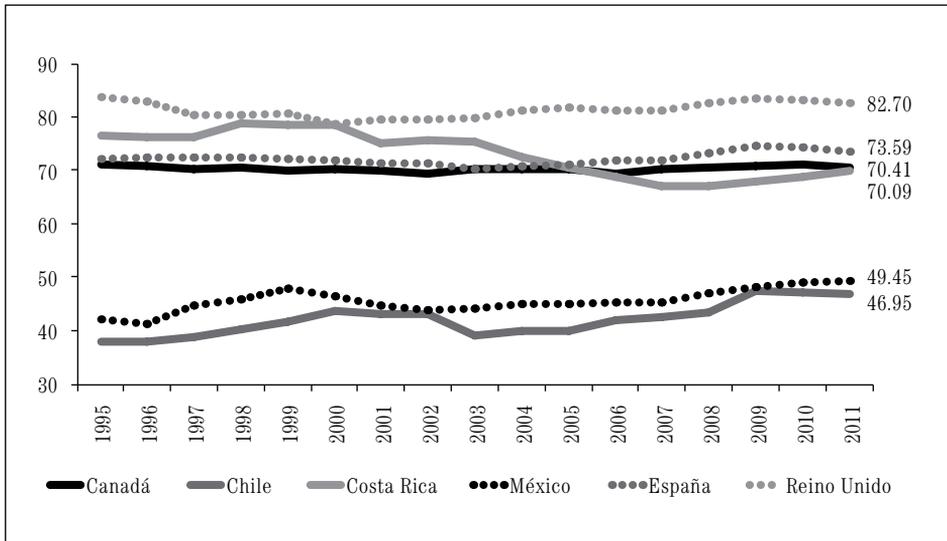
Fuente: Elaboración propia, con información del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2004 a 2014.

Figura 1.A1. Médicos en contacto con el paciente en las instituciones públicas de salud según tipo de población, 2000 y 2012



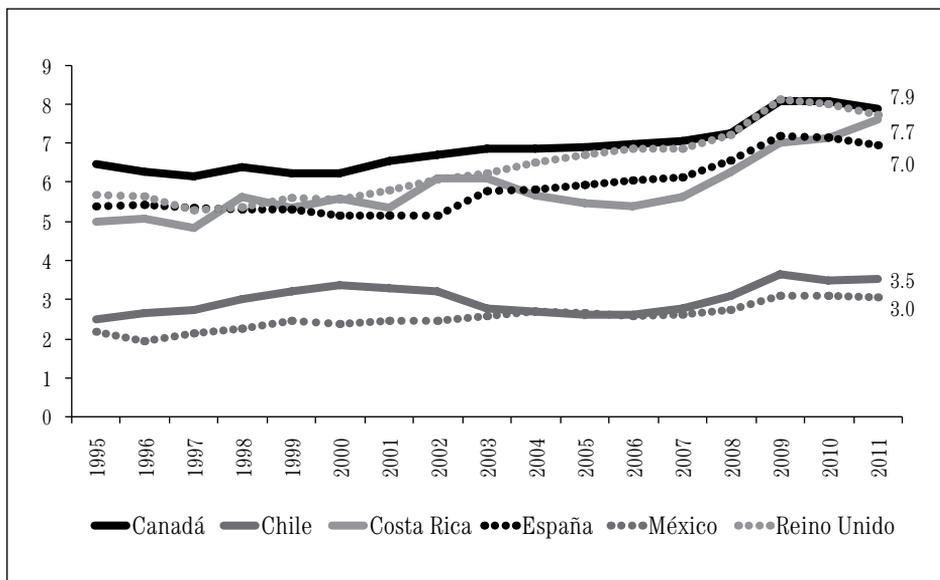
Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud.

Figura 1.A2. Gasto público en salud como proporción del gasto total en salud (porcentajes)



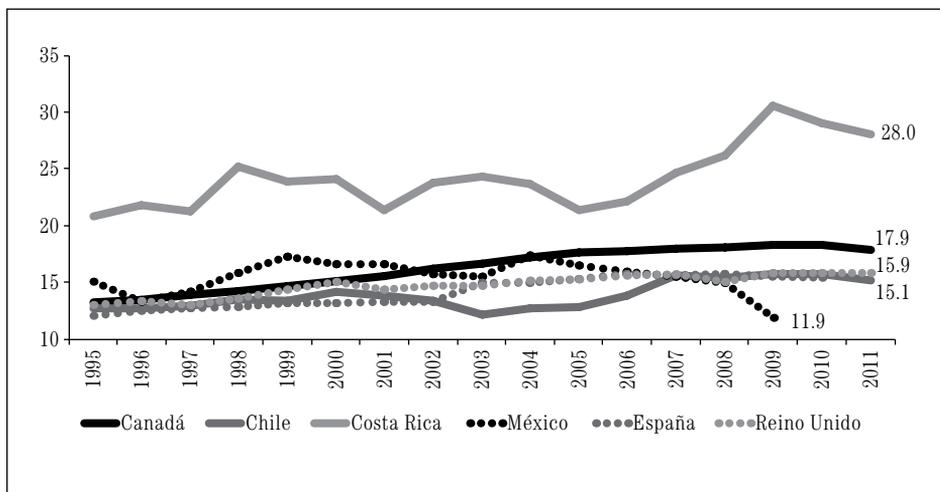
Fuente: Elaboración propia, con información del Banco Mundial.

Figura 1.A3. Gasto público en salud como proporción del PIB (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, con información del Banco Mundial.

Figura 1. A4. Gasto público en salud como proporción del gasto público total (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, con información de la OMS.

CAPÍTULO SEGUNDO

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CANADÁ

OLGA SOLAS*

Introducción

Canadá es un país de altos ingresos, que en 2012 tenía una población de 33 millones de personas. Si bien su desempeño económico ha sido relativamente sólido a pesar de la recesión económica mundial que comenzó en 2008, a lo largo de su historia, como los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ha alternado ciclos económicos de bonanza y de crisis, lo cual ha incidido en el financiamiento público y las características de la prestación de atención médica a la población (Marchildon, 2013). La esperanza de vida en Canadá sigue en aumento: en 2012 era de 83 años para mujeres y 78.4 para hombres, una de las más altas del mundo, junto con Japón, Australia, Suiza y España. Canadá es actualmente un país con alto índice de envejecimiento con respecto a los países más desarrollados; en 2011 (Censo de población) el 12.9% de la población superaba los 65 años. Para 2014 se estimaba que este grupo representaría cerca del 16% de la población.¹

* Consultora internacional

¹ Para los países cuyos sistemas de salud se analizan en este libro, el envejecimiento de la población (porcentaje de personas con 65 o más años) según el Banco Mundial evolucionará de la siguiente manera:

<i>País/año</i>	<i>2005</i>	<i>2014</i>	<i>2039</i>	<i>2050</i>
Canadá	13.1	15.7	25.1	26.4
Chile	8.5	10.7	22.1	26.2
Costa Rica	6.5	8.6	18.7	23.5
España	16.6	18.4	31.4	35.8
Estados Unidos	12.3	14.4	21.8	22.8
México	5.3	6.3	14.1	18.9
Reino Unido	16.0	17.5	23.7	24.7

El perfil epidemiológico de Canadá corresponde al de una sociedad desarrollada en la que convergen las enfermedades crónicas y el envejecimiento progresivo de la población. Desde el año 2000 las tres principales causas de muerte son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias (Minister of Health, 2012).

Desde inicios del siglo XXI el nivel de ingreso se ha mantenido y ha permitido aumentar progresivamente el porcentaje del producto interno bruto (PIB) dedicado a gastos en salud per cápita. La mayor parte de los recursos públicos destinados a la salud se aplican al seguro para la salud (conocido como *medicare*), al subsidio de los medicamentos prescritos a los pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados, y a la atención de largo plazo. Los costos en estos rubros crecen a un ritmo más rápido que la economía nacional y que los ingresos del gobierno, en gran parte a causa del gasto en medicamentos recetados. El gobierno federal y varios gobiernos provinciales están experimentando un aumento del gasto en salud pública, a la par de una reducción en la recaudación de impuestos, y las provincias socioeconómicamente más débiles lo resienten con mayor intensidad. Ambos hechos son relevantes pues han centrado el debate actual sobre la reforma del sistema público de salud en este país que, como ocurre en otras naciones desarrolladas, está inmerso en reformas destinadas a lograr la solvencia de sus sistemas públicos de salud.

El sistema canadiense de atención a la salud es mixto, de financiamiento público y de provisión público/privada. Como se indica antes, es un sistema de atención médica, al que se le llama coloquialmente “seguro de salud” (*medicare*).

Como todos los sistemas de salud de las sociedades avanzadas, el sistema canadiense de salud se encuentra en la encrucijada de un delicado equilibrio entre el envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas, las mayores expectativas de los ciudadanos de disfrutar más años de vida libre de discapacidad, el cambio tecnológico y su aplicación a la práctica clínica, el aumento de los costos en salud (sobre todo el de medicamentos) y los intereses de los proveedores públicos y privados. En los últimos cinco años la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico se ha emparejado con el gasto hospitalario y ha sido superada por el gasto médico, debido principalmente al aumento en la remuneración de los médicos.

El sistema de atención a la salud es uno de los logros de la sociedad canadiense, goza de gran legitimidad social pero, sobre todo, es el sistema que mantiene vigentes los valores intrínsecos de la confederación (universalidad, igualdad, res-

peto y no discriminación social o étnica) y que forma parte de la identidad social y política de los canadienses.

El sistema de atención a la salud en Canadá

Antecedentes

El sistema canadiense de atención a la salud comenzó a definirse durante el periodo en el que Canadá fue colonia británica. Desde entonces ha evolucionado introduciendo cambios y reformas orientados a garantizar la cobertura universal de la atención, mejorando la calidad y seguridad clínica y la progresiva descentralización de la estructura y gestión del sistema, tanto en el ámbito federal como en las provincias y territorios.

Enseguida se hace un breve recorrido histórico por la construcción del sistema de salud de Canadá:

- Hasta 1940 la medicina privada proveía la mayor parte de la atención médica en el país. El acceso a la atención se basaba en la capacidad de pago de los ciudadanos. En 1947 el gobierno socialista de la provincia de Saskatchewan estableció el seguro de salud universal financiado con fondos públicos.
- En la década de los sesenta, el gobierno federal impulsó la creación de programas de seguro hospitalario en todas las provincias. Tras la negociación de prioridades y luego de pactar compartir los costos al 50%, logró incorporar a las 10 provincias y los dos territorios con que contaba Canadá en aquel momento.
- En 1966 el gobierno federal presentó la iniciativa para la Medical Care Act (Ley de Atención Médica) y amplió la cobertura y accesibilidad a la atención primaria de la salud con la creación de la figura de los médicos de cabecera.
- Durante los siguientes 20 años el gobierno federal siguió apoyando el seguro de salud con el financiamiento de un porcentaje cercano a la mitad de los costos de las provincias y territorios respecto a la población y servicios de salud asegurados.
- En 1977 los acuerdos de distribución de costos fueron reemplazados por transferencias per cápita a las provincias y territorios, lo que se conoce como *financiamiento global*.

- En 1979 una evaluación de los servicios de salud realizada por la Comisión Hall estableció que la atención médica en Canadá estaba entre las mejores del mundo, pero advirtió que los honorarios suplementarios que cobraban los médicos a los pacientes, la retribución que recibían del plan provincial y las tarifas cubiertas por los usuarios en los hospitales estaban creando un sistema de dos niveles que hacía peligrar la accesibilidad de la atención médica y, por tanto, la equidad en el ámbito de la salud. Fue el momento en el que Canadá se separó de los modelos estadounidenses Medicare y Medicaid.
- En 1984 el Parlamento emitió la Canada Health Act (Ley canadiense sobre la salud) ante el malestar de los médicos y de la sociedad, con el fin de disuadir a las provincias de cobrar a los pacientes y permitir honorarios suplementarios a los médicos. Así, el gobierno federal reafirmó su compromiso de lograr un sistema de seguro de salud universal, accesible, íntegro, transferible y administrado públicamente, compromiso suscrito por el Parlamento. La ley dispone una multa de “dólar por dólar” que se deduce de las transferencias federales si alguna provincia permite el cobro a los pacientes o admite que se cobren honorarios médicos suplementarios por la atención a los derechohabientes, tanto en atención primaria como en la hospitalaria.
- Durante el periodo de 1977 a 1996, la contribución federal se basó en una cifra uniforme per cápita y tomó la forma de *transferencia de impuestos* (poder tributario) y pagos en efectivo.
- El derecho de las provincias a la contribución federal se condicionó al cumplimiento de los criterios establecidos en la legislación federal sobre la atención hospitalaria y médica. Debido a que las transferencias ya no estaban ligadas al gasto provincial en hospitales y servicios médicos, las provincias tenían flexibilidad para invertir en la infraestructura de atención médica, crear centros de salud comunitarios o ampliar la cobertura de prestaciones de salud suplementarias, tales como medicamentos para adultos mayores pensionistas, atención dental para niños o programas especiales para inmigrantes.

Marco normativo

La constitución de Canadá de 1867 ha sido la base fundamental para la actual Acta Constitucional de Canadá de 1982. El documento constitucional canadiense incluye la Carta de Derechos y Libertades; los Derechos de los Pueblos Originarios

del Canadá, que busca el equilibrio-igualación de las disparidades regionales y los procedimientos de reforma constitucional.

La Canada Health Act no recoge explícitamente el derecho a la salud, pero delega la responsabilidad y gestión de la atención en salud a las provincias y territorios que tienen la responsabilidad, funciones y competencias de gestión pública en materia de política social, y entre ellas la atención sanitaria; la mayor parte se financia a través del presupuesto público federal. El papel más visible del gobierno federal en la atención a la salud se da a través de la transferencia de fondos a las provincias, llamado *poder de gasto federal*. Este poder, a menudo controvertido, y siempre presente en el debate político, depende del poder de recaudación y de la renta per cápita de las provincias. Algunas provincias sostienen que la asistencia en salud es competencia exclusiva de su jurisdicción, y que las “condiciones” impuestas por el gobierno federal distorsionan sus propias prioridades de gasto. Al mismo tiempo, consideran que los poderes fiscales de Ottawa deben reducirse, es decir, disminuir la centralización del sistema. A pesar de estas objeciones, varios casos legales han confirmado la constitucionalidad del poder de gasto federal y, más concretamente, el derecho a proporcionar *financiamiento condicionado* para igualar y homogeneizar la cobertura de prestaciones en el conjunto del país. La redistribución del gasto público entre las provincias y el sostenimiento de la equidad en materia de salud han sido reconocidos como dos de los principales valores de Canadá.

La Canada Health Act es la legislación federal de Canadá para el seguro de salud, financiado con fondos públicos, que señala como objetivo primordial de la política de salud de Canadá “proteger, promover y restaurar el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso razonable a los servicios de salud sin barreras financieras o de otro tipo” (artículo 3). Al mismo tiempo, establece criterios y estándares de calidad relativos a los servicios de salud y las prestaciones que las provincias y territorios deben cumplir para recibir la contribución del presupuesto público para financiar su seguro de salud.

Seguro de salud

El sistema de salud canadiense se compone de un conjunto de seguros de salud, uno por cada provincia y territorios; sin embargo, tienen en común que todos deben cumplir los cinco principios establecidos en la Canada Health Act, los cuales se describen a continuación.

La legislación establece los criterios que los sistemas de salud de las provincias y territorios deben observar para recibir los fondos federales asignados a la salud.

Gestión pública

El plan de seguro de salud de cada provincia debe ser administrado y gestionado, sin fines de lucro, por la autoridad pública responsable ante el gobierno de la provincia o territorio.

Integralidad de los servicios

El plan debe asegurar a los derechohabientes todas las prestaciones médicamente necesarias que deberán proveerse por hospitales y clínicas. Los servicios asegurados de hospitales incluyen la atención de pacientes hospitalizados en las habitaciones comunes (a menos que sea médicamente necesario el internamiento en habitación privada o semiprivada) y todos los medicamentos, suministros y exámenes diagnósticos, así como una amplia gama de servicios a pacientes ambulatorios. Los servicios requeridos por causa de enfermedades crónicas también están asegurados, si bien se puede exigir pago por costos de alojamiento a los pacientes que permanezcan en la institución hospitalaria por más de un determinado número de días.

Universalidad

La cobertura sanitaria universal se provee sin discriminación por razones de edad, sexo, etnia, o situación de vida. El plan debe otorgar el derecho al 100% de la población residente a los servicios asegurados en términos y condiciones de uniformidad entre las provincias y territorios.

Accesibilidad

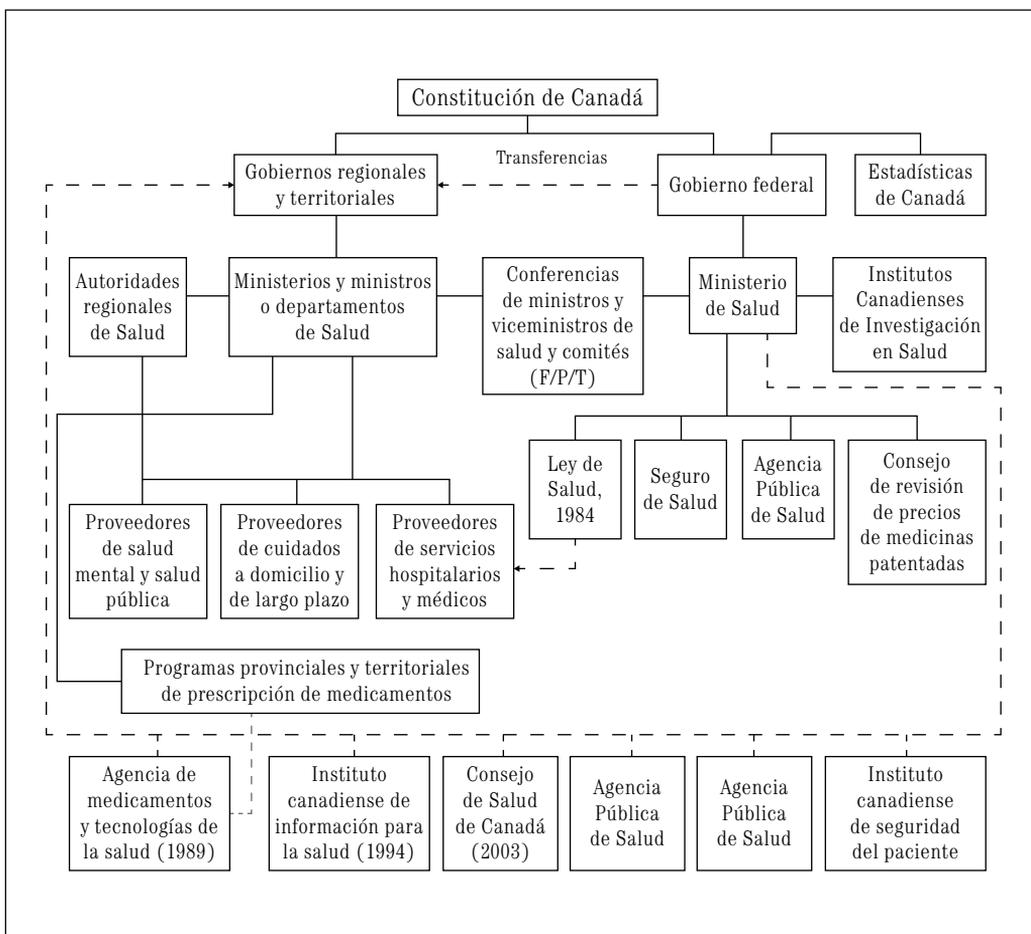
El plan debe garantizar, en condiciones y términos uniformes, el acceso razonable a los servicios médicos de atención primaria y hospitalaria sin barreras. No se permiten cobros adicionales a los pacientes por los servicios asegurados. Los pacientes no pueden ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc. Es decir, la habitación de hospital y los servicios que recibe el más rico son los mismos que recibe el más pobre.

Transferibilidad/portabilidad

Los residentes conservan su seguro cuando se mudan de una provincia a otra dentro de Canadá o cuando viajan al extranjero. Todas las provincias tienen límites en

las cantidades pagadas por los servicios que se prestan fuera de Canadá, y pueden exigir aprobación previa en el caso de servicios fuera de la provincia que no sean de urgencia. Los gobiernos de las provincias y territorios trasponen la legislación federal a su propia legislación, en donde de forma muy normativa se especifican las competencias de sus sistemas sanitarios. Como es lógico, el desarrollo legislativo en el ámbito federal, provincial y de los territorios es muy prolífico.

Figura 2.1. Organigrama del sistema de atención a la salud de Canadá



Nota: Las líneas continuas representan relaciones directas de responsabilidad (o de rendición de cuentas), en tanto que las líneas punteadas representan relaciones más indirectas o laxas.

Fuente: Traducido de Marchildon, 2013.

Estructural institucional

La Constitución canadiense delega a las provincias y territorios la responsabilidad, funciones y competencias de gestión de las políticas públicas y entre ellas la atención a la salud que es financiada con fondos del presupuesto público federal.

El gobierno, la organización y la prestación de servicios de salud están muy descentralizados por la coexistencia de tres factores: *a)* la responsabilidad provincial (y territorial) para el financiamiento y la prestación de la atención médica; *b)* la situación de los médicos de atención primaria como proveedores autónomos, y *c)* la existencia de una red de múltiples organizaciones (*profit* y *non profit*) que operan en condiciones de un mercado regulado de competencia interna a partir del control y gestión pública de las autoridades regionales de salud (Axelsson, Marchildon y Repullo-Labrador, 2007). Lo mismo ocurre desde el lado del financiamiento, aunque actualmente el 70% del gasto en salud está financiado a través de los impuestos generales de los gobiernos federales, provinciales y territoriales (F/P/T).

Desde el Ministerio de Salud del gobierno federal se coordina un entramado de organizaciones intergubernamentales muy especializadas que controlan programas, planes estratégicos y campañas de salud, así como la recopilación y difusión de datos, la evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos (HTA, Health Technology Agency), la seguridad del paciente, la información y las tecnologías de la comunicación, la formulación e implementación de políticas de salud pública (a través de la Public Health Agency of Canadá) y la gestión de productos sanguíneos, entre otras funciones.

Funciones del gobierno federal

El gobierno federal es la autoridad de salud en el país y, como tal, tiene la responsabilidad de una serie de competencias (pancanadienses) en materia de financiamiento, captación de fondos y control de los mismos, además de la formulación y evaluación de políticas de salud pública, la aprobación y regulación de los medicamentos, la gestión de los sistemas de información y la evaluación de los servicios, tecnologías y medicamentos.

Como autoridad sanitaria, el gobierno federal tiene, asimismo, competencias en materia de gobernanza, tales como el control de la regulación y seguridad de los medicamentos, el control de los sistemas de información y la protección a los grupos desfavorecidos. Pero, sobre todo, ha creado un entramado de agencias, institutos e instituciones de coordinación, control y evaluación tan potente que le

permite tener conocimiento, información “inteligente” y capacidad de control sobre las decisiones de los gobiernos provinciales. El canadiense es reconocido entre los sistemas sanitarios más avanzados por su capacidad de producir información y desarrollar una profunda cultura de investigación y evaluación.

Asume la cobertura de salud a grupos especiales: población desempleada, poblaciones aborígenes (incluyendo las Primeras Naciones y los Inuits),² los inmigrantes sin recursos, las Fuerzas Armadas, los veteranos y la policía federal.

El papel del gobierno federal en el cuidado de la salud implica el establecimiento y administración de principios, normas y estándares nacionales para el sistema de atención médica, ayudar al financiamiento de los servicios de salud de las provincias y territorios por medio de transferencias fiscales y mantener las funciones de las cuales es constitucionalmente responsable (prestación directa de servicios de salud a grupos específicos y vulnerables, la salud pública, la investigación, evaluación, los sistemas de información).

Funciones de los ministerios de salud provinciales

Los gobiernos provinciales asumen funciones de planificación, organización, regulación, gestión y evaluación de la cartera de servicios que se ofertan a los residentes; asimismo, se encargan de regular, gestionar y retribuir las actividades de los profesionales de la salud. A pesar de que los sistemas de las provincias y territorios y el sistema federal son independientes y autónomos, tienen que cumplir con los principios básicos suscritos en la Canada Health Act.

La planificación de los servicios de salud se lleva a cabo a nivel de las provincias y territorios. Los gobiernos provinciales colaboran a través de conferencias, consejos y grupos de trabajo integrados por sus ministros y viceministros de salud. Los ministerios de salud de las provincias y territorios son apoyados en su planificación por los consejos provinciales de calidad y evaluación, y por las agencias de tecnologías sanitarias (HTA).

En los últimos años se ha observado una tendencia hacia la mayor centralización, lo que se aprecia en la reducción o eliminación de las Autoridades Regionales de Salud (Regional Health Authorities). La mayoría de los profesionales de la salud se autorregulan dentro de los marcos legales establecidos por los gobiernos de las provincias y territorios.

² Se refiere a las comunidades indígenas descendientes de los primeros pobladores de lo que hoy es Canadá, que gozan de una serie de derechos constitucionales en defensa de su tradiciones culturales y hábitos de vida (véase Romanow, 2002: 211-231, Capítulo X).

Funciones en el ámbito de la salud pública

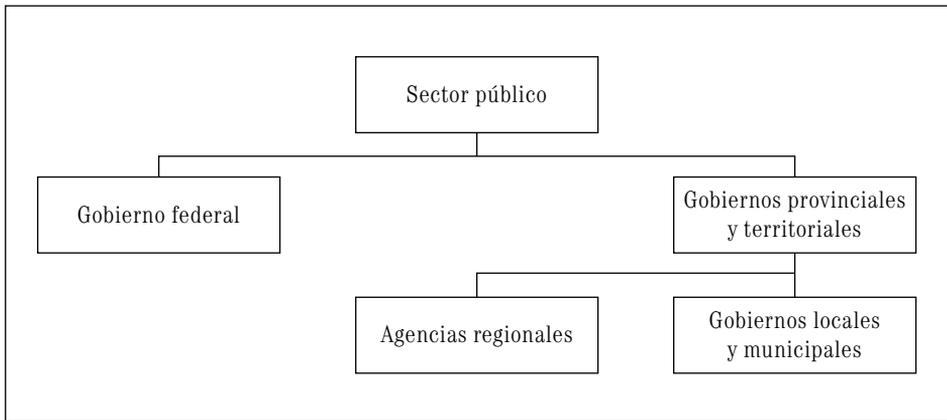
Cada uno de los gobiernos de provincias y territorios tiene una autoridad sanitaria, competencias de planificación y gestión de la salud pública, vigilancia de la salud y formulación y evaluación de políticas de salud. Desde la atención primaria se gestionan los programas de prevención, incluyendo la prevención primaria y secundaria, así como la detección precoz de enfermedades, servicios que en general son prestados por un médico familiar desde su consultorio en un centro de salud pública.

Desde el ministerio federal, a través de organizaciones intergubernamentales muy especializadas se coordinan y controlan los programas, los planes estratégicos y las campañas de salud, así como el levantamiento y difusión de datos, la evaluación de tecnologías sanitarias y de los medicamentos por medio las HTA, la seguridad del paciente, la información y tecnologías de la información y comunicación y la gestión de productos sanguíneos. Por ejemplo, la Agencia Pública de Salud de Canadá (PHAC, Public Health Agency of Canada) desarrolla y administra programas de apoyo a la salud pública, si bien, como ya se indicó, la responsabilidad de la mayoría de las actividades cotidianas de salud pública, así como el apoyo de infraestructura, son competencia de los gobiernos de las provincias y territorios.

En un sistema mixto (público/privado) con financiamiento a través de impuestos federales y provinciales, en términos generales la participación pública se refiere a la participación del gobierno federal (o del Estado) en el cuidado de la salud. Y el término “gobierno” puede incluir una amplia gama de entidades, de los gobiernos nacional o federal, o de los gobiernos provinciales y locales, así como las autoridades regionales o municipales.

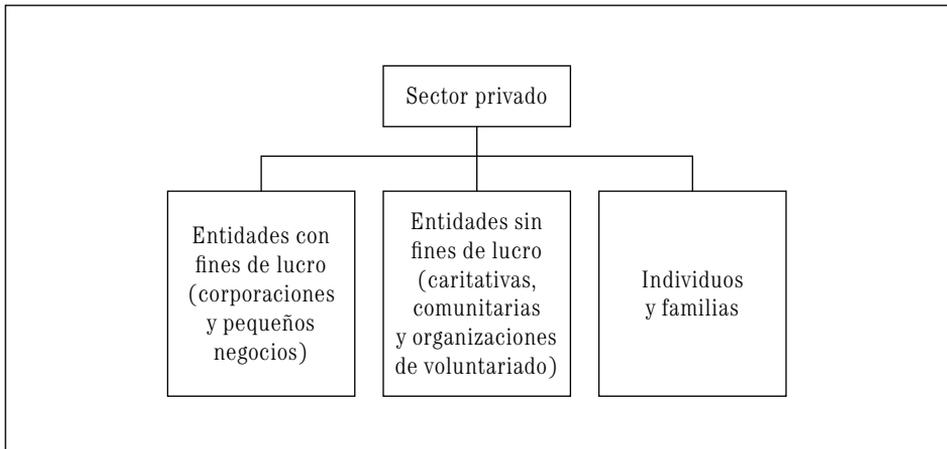
La participación privada se da en la prestación de servicios de atención médica a través de organizaciones con fines de lucro o sin fines de lucro (hospitales y clínicas privadas), el financiamiento de los servicios a través de pagos directos de bolsillo del paciente, y los seguros de salud privados. Si bien conviene precisar que el concepto de “no gubernamental” es bastante amplio, por lo general incluye empresas con fines de lucro, organizaciones caritativas sin fines de lucro, así como personas y familias (red social de apoyo a la salud). Las organizaciones no gubernamentales, tanto a nivel federal como provincial influyen en la dirección de la política y la gestión de la atención de la salud pública en Canadá.

Figura 2.2. Estructura del sistema de salud en Canadá



Fuente: Traducido de Makarenko (2010).

Figura 2.3. Estructura del sector privado en el sistema nacional de salud en Canadá



Fuente: Traducido de Makarenko (2010).

Pero coexisten diferentes modelos de sistemas de atención a la salud; por ejemplo, el de Quebec, que ha optado por un sistema público/privado local de salud. El carácter de este sistema lo ha convertido en un modelo de referencia, ejemplo de integración de dos sistemas y también de extensión de la atención a las necesidades sociosanitarias.

Financiamiento

La atención médica es financiada por el gobierno federal y los gobiernos provinciales a través de los impuestos que los ciudadanos y residentes pagan al Estado. En realidad, el gobierno federal funciona como único pagador, por lo que ofrece financiamiento a las provincias siempre y cuando implementen programas y políticas que sean coherentes con los objetivos federales y se apliquen directamente a la atención de los individuos registrados como grupos específicos o población vulnerable. Por el contrario, si una provincia instituye políticas que contravengan directamente las metas federales, el gobierno federal puede optar por retirar su apoyo financiero.

A principios de 1980, “el principio de igualdad” a la atención médica fue considerado una dimensión tan importante de la federación canadiense que se reconoció en el artículo 36 de la Constitución de 1982: “El Parlamento y el Gobierno de Canadá están comprometidos con el principio de igualdad de pagos (o con el principio de hacer pagos equitativos) para asegurar que los gobiernos provinciales cuenten con ingresos suficientes para proveer niveles razonablemente comparables de servicios públicos a niveles razonablemente comparables de impuestos”.

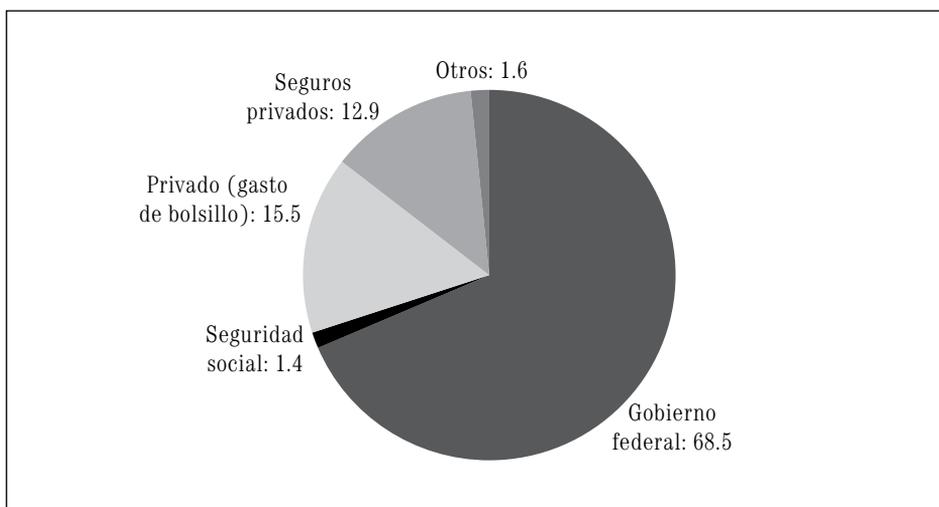
A través del Canada Health Transfer los ingresos fiscales que se recogen a escala nacional se redistribuyen a las provincias, y las provincias con menos base fiscal se benefician de los ingresos recaudados en las provincias con más recaudación.

Dos provincias –Alberta y Columbia Británica– utilizan primas de salud. Las primas no están basadas en la estimación de riesgo y el pago previo de la prima no es condicionante.

Magnitud del gasto en salud

Según el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI), en 1975 los costos totales de atención de salud canadienses representaron el 7% del PIB. En 2010 los gastos de atención de salud totales de Canadá como porcentaje del PIB aumentaron casi 5 puntos porcentuales a 11.7%, lo que supone 5 614 dólares canadienses por persona. En 2010, los gastos de salud financiados con fondos públicos representaron siete de cada 10 dólares gastados en la atención de la salud. Los restantes tres dólares provinieron de fuentes privadas y cubrieron los costos de los servicios complementarios, tales como medicamentos (incluido el copago) y atención odontológica y oftalmológica.

Figura 2.4. Total de gastos en salud en Canadá por fuente de financiamiento



Según las fuentes de financiamiento, del total de 200 000 millones de dólares canadienses gastados en servicios de salud en 2011, poco menos del 43% se aplicó a los servicios médicos y hospitalarios. Casi el 30% se destinó a los servicios de salud privados, una gran proporción de los cuales fue para los servicios de atención dental y oftalmológica, así como para productos farmacéuticos sin receta y medicamentos recetados pagados de forma privada. Un 23.5% fue gastado por los gobiernos en infraestructura de salud y financiado con fondos públicos o servicios no subsidiados del seguro de salud. Por último, el 3.5% se dedicó a beneficios para las poblaciones especiales, tales como los Primeras Naciones que viven en las reservas y los Inuit que residen en las regiones del norte, así como a la salud pública, a la investigación y a la regulación de los medicamentos.

Dentro del sistema de salud financiado con fondos públicos, el gasto en salud varía entre las provincias y territorios. Esto se debe, en parte, a las diferencias en la estructura poblacional por edad, el grado de dispersión (mayor o menor porcentaje de población en áreas rurales) y el volumen de los servicios cubiertos por cada provincia y territorio, que varía y, por tanto, también puede tener un impacto diferencial en los costos de atención de la salud.

Tal y como se muestra en el cuadro 2.1, Canadá ha experimentado un rápido crecimiento en su presupuesto público en salud per cápita (en PPP) en los últimos años, ya sea que se mida como aumento del gasto per cápita o como la evolución del porcentaje del gasto total en salud sobre el PIB. El crecimiento anual real del

gasto en salud alcanzó un pico a finales de los años setenta y principios de los ochenta del siglo pasado. En la siguiente década disminuyó y volvió a aumentar a finales del siglo xx. En el lapso de 1990 hasta 1997 el crecimiento del gasto sanitario, sobre todo público, se situó por debajo del crecimiento del PIB como consecuencia de los grandes problemas de financiamiento de los ministerios de salud de las provincias y territorios, lo que produjo una disminución real (ajustada por inflación) en el gasto público en salud (Hughes Tuohy, 2002). A lo largo de este periodo de restricción del gasto, el crecimiento del gasto privado en salud superó al del gasto público.

Cuadro 2.1. Evolución del gasto en salud en Canadá, 1995-2010 (años seleccionados)

	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>
Gasto en salud en USD PPP per cápita	2054.1	2518.9	3 441.9	4 478.2
Gasto en salud como % del PIB	9.0	8.8	9.8	11.3
Gasto en salud pública como % del PIB	6.4	6.2	6.9	8.0
Gasto en salud pública como % del gasto total en salud	71.2	70.4	70.2	70.5
Gasto en salud privada como % del gasto total en salud	28.8	29.6	29.8	29.5
Gastos de bolsillo como % del gasto total en salud	15.9	15.9	14.6	14.7
Gastos de bolsillo como % del gasto privado en salud	55.2	53.7	49.1	49.7
Seguro de salud privado como % del gasto total en salud	10.3	11.5	12.6	12.8
Seguro de salud privado como % del gasto privado en Salud	35.8	38.8	42.3	43.3

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OCDE, 2011. Data Base.

A finales de la década de los noventa se inició un ciclo de reducción y ajuste permanente del gasto en salud. Tras la aprobación de la Ley de Salud de 1982, los gobiernos canadienses lograron mantener el gasto en salud por debajo de la tasa de crecimiento económico, con lo que se marcó una diferencia con lo que acontecía en la mayoría países de la OCDE. Esto fue resultado directo de la política fiscal agresiva, muy restrictiva, de los gobiernos de las provincias y territorios, orientada a la eliminación de los déficits presupuestarios y a la reducción de las cargas de deudas que se habían acumulado a lo largo de las dos décadas anteriores.

Siguió una importante reducción en las transferencias de fondos del gobierno federal a las provincias. En consecuencia, disminuyó la oferta de médicos y enfermeras, así como de otros trabajadores de la salud pública, como efecto de los

recortes de los diferentes gobiernos a los recursos destinados a la salud pública. Todo ello generó una gran insatisfacción de la ciudadanía por el deterioro de la calidad del seguro de salud.

Al inicio de este siglo, el gobierno federal, como respuesta a la insatisfacción de los votantes (puesta de manifiesto, entre otras actuaciones cívicas, por una huelga de médicos), aumentó sustancialmente el gasto en servicios de salud. Por tanto, comenzaron a incrementarse las transferencias de efectivo a las provincias, lo que culminó con el compromiso establecido en 2004 para aplicar una tasa de aumento anual automática del 6% de los recursos dedicados a la salud pública para los 10 años siguientes (CICS, 2004).

Durante los años subsecuentes los ministerios provinciales han diseñado planes estratégicos y puesto en marcha medidas de la reforma en dos direcciones, en un esfuerzo para mejorar la eficiencia, por un lado, y lograr mejores resultados en salud (efectividad), por el otro.

Con la desaceleración de la economía desde 2008, el fondo de compensación previsto para el gasto de salud está desapareciendo. Ahora, el gobierno de Canadá se enfrenta a fuertes restricciones presupuestarias que afectan a dicho gasto de modo singular, de manera similar a lo que ocurrió a mediados de la década de los noventa (Hughes Tuohy, 2002).

El dilema creado por las reducciones presupuestarias radica en cómo ahorrar recursos sin afectar la cantidad y calidad de la atención de la salud. Porque el envejecimiento de la población no ha sido, hasta ahora, un factor importante de incremento de los costos del sistema de salud dentro del sistema público de Canadá. En las últimas dos décadas, los medicamentos prescritos con receta sí que han representado un factor de aumento importante del costo en el ámbito de la salud.

Actualmente se advierte una marcada tendencia de reducción del aporte gubernamental al financiamiento del seguro de salud, lo que provoca el aumento de la participación del sector privado. Esta situación ha generado un conflicto entre las disposiciones legislativas de orden federal y su aplicación en el ámbito provincial. El sistema de salud canadiense ha pasado, sin duda, por un proceso de adaptación en un esfuerzo constante por satisfacer las necesidades y expectativas de la población. Sin embargo, en este momento es difícil predecir el futuro de un sistema de salud que, pese a sus limitaciones, sigue constituyendo un modelo a seguir para muchos países.

Como resultado del debate sobre el financiamiento de la salud pública, en el contexto de la gran depresión iniciada en 2007 se pondrá en marcha otro instrumento

de financiamiento sobre la base del ingreso per cápita. Está en discusión la cuota de participación que mantendrá el presupuesto público federal para financiar y complementar una parte de los gastos provinciales en salud. Hasta ahora el modelo permitía una cierta redistribución desde las zonas más ricas del país (donde los contribuyentes tienen mayores cargas relativas a través de los impuestos federales sobre la renta o los beneficios de sociedades) hacia las zonas más desfavorecidas. El plan de 10 años que se venía implementando terminó en el año fiscal 2013-2014. Después de éste será cuando las transferencias se distribuyan sobre una base de ingreso per cápita. El gobierno federal se ha comprometido a aumentar la transferencia en 6% durante tres años, pero a partir de los años 2016 a 2017 el aumento de la transferencia de Health Canada se vinculará con la tasa de crecimiento económico del país, con un mínimo del 3%.

Fuentes de ingresos y de los flujos financieros

La principal fuente de financiamiento del sistema de salud son los impuestos federales y provinciales. Dado que los servicios prestados a través del seguro de salud están exentos de pago para el paciente, se financian en su totalidad por el gobierno a través de ingresos, principalmente en las provincias. A partir de inicio de siglo XXI aumentó el gasto privado a través, sobre todo, de la contratación de seguros privados complementarios del *medicare*.

Cuadro 2.2. Fuentes de ingresos como porcentaje del total de gastos en salud, 1995-2010

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Impuestos generales	71.2	70.4	70.2	69.8	70.2	70.5	70.6	70.5
Gastos de bolsillo	15.9	15.9	14.6	15.0	14.7	14.6	14.6	14.7
Seguro de salud privado	10.3	11.5	12.6	12.4	12.6	12.7	12.7	12.8
Fondos de la Seguridad Social	1.1	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3
Otros	1.5	0.8	1.2	1.4	1.1	0.8	0.8	0.7

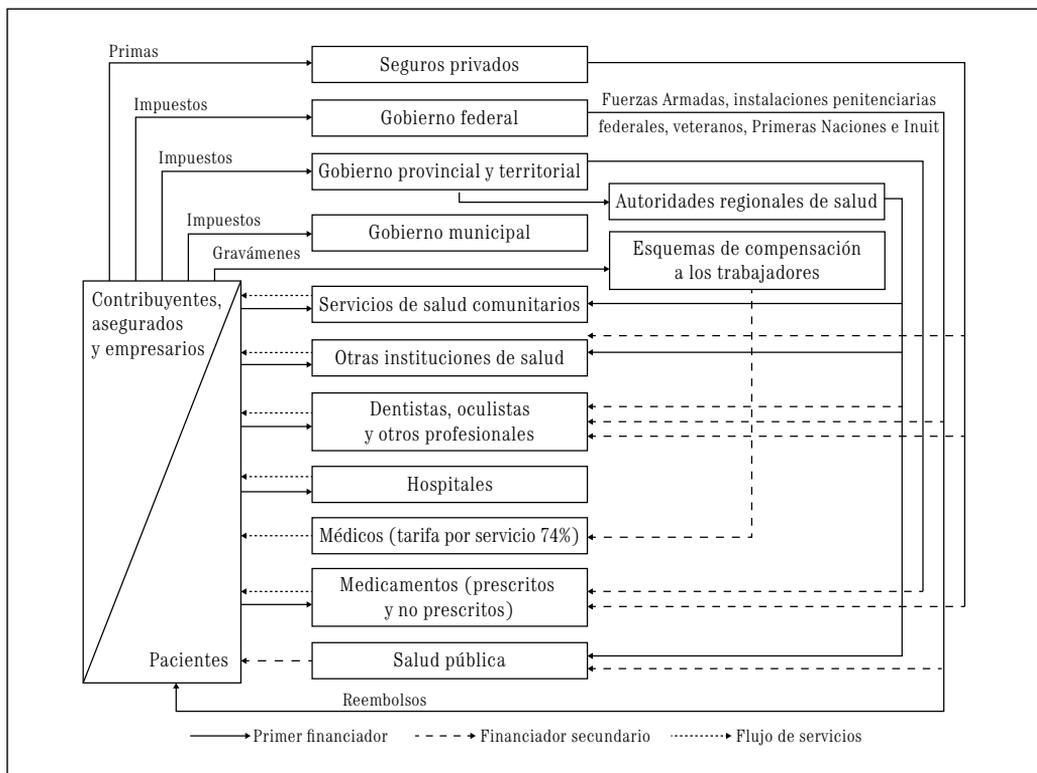
Fuente: OECD, Data Base

Estructura y ciclo de financiamiento

El federalismo canadiense ha ideado distintos mecanismos financieros para corregir los desequilibrios socioeconómicos en términos de mayor o menor riqueza

de las provincias y su potencial de recaudación. Mediante estos mecanismos se han establecido transferencias de fondos condicionados, con los que se pretende instrumentar un estándar nacional en todos los territorios. Son los llamados *equalization payments* (pagos compensatorios).

Figura 2. 5. Composición de los flujos de financiamiento en el sistema canadiense de salud



Fuente: Elaborado a partir de OECD, 2013.

Durante el periodo de 1977 a 1996 la contribución federal por servicios asegurados de salud se combinó con la educación postsecundaria y se financió a través de una transferencia global para todos estos cometidos de la acción estatal. La contribución federal se basaba en un igual derecho per cápita ajustado anualmente conforme a los cambios en el PIB y se calculaba independientemente de los costos provinciales.

A finales de los ochenta y principios de los noventa del siglo pasado se estableció otro programa, el Canadian Assistance Plan (CAP), por medio del cual el gobierno federal asistía a las provincias en el mantenimiento o logro del *welfare*. Se trató de un programa de gasto compartido (*share-cost-program*) en el que el gobierno federal aportaba el 50% de los gastos y el otro 50% correspondía a las provincias. A mediados de los noventa y hasta el año 2000 se agregó a este panorama el Canada Health and Social Transfer (CHST), por medio del cual las provincias más pobres recibían el CHST y los *equalization payments*, pero las provincias con mayor desarrollo reciben sólo el CHST. Esta cuestión ha suscitado un intenso debate y es, quizá, la reforma político-institucional de mayor calado que se avecina. Con posterioridad el CHST se dividió en dos ramas para gestionar las transferencias para salud (CHT) y para asuntos sociales (CST).

Anualmente el gobierno federal transfiere montos presupuestales a las provincias, emite transferencias para el financiamiento directo de programas de salud pública (por ejemplo, campañas contra el tabaquismo) y la investigación en ese campo, pero la mayor partida se aplica a financiar los planes de seguro de salud: los planes de seguro público administrados por los gobiernos provinciales y territoriales, y financiados casi exclusivamente con los impuestos, incluyendo los impuestos provinciales y territoriales generales más las transferencias fiscales federales anuales.

La aplicación de la ley es una condición para que las provincias y territorios puedan beneficiarse de la transferencia de fondos federales. Sin embargo, una vez transferidos los fondos, las provincias y territorios tienen la libertad de administrarlos de la manera que le parezca más apropiada al ministerio de salud provincial o a similar autoridad regional.

En la medida en que los hospitales están integrados en la órbita gerencial de las autoridades sanitarias regionales no hay separación entre comprador y proveedor. En el caso de aquellos hospitales que tienen contrato o convenio con la autoridad regional de salud (RHA) –por ejemplo, los hospitales de Ontario y los hospitales católicos en el oeste de Canadá– la mayoría de los pagos se hacen generalmente sobre la base de la asignación del año anterior ajustada por la inflación y el crecimiento económico. Sin embargo, algunas RHA están introduciendo modelos de financiamiento centrados en el paciente y basados en incentivos.

Algunas provincias han iniciado la implantación de primas de salud a través de las cuotas de los usuarios por visita médica y facturación adicional, permitiendo que los médicos cobren cargos adicionales por encima de lo que facturan los planes

de seguro público. No obstante, estas formas alternativas de financiamiento representan sólo una pequeña fracción del gasto total del sector público en salud.

Financiamiento del sector privado de salud

El sector privado también desempeña un papel importante en la prestación de servicios de salud en Canadá. Este sector está cubriendo el desfase de servicios de atención adicionales o complementarios que no cubren los planes de seguro provinciales. El nivel de la participación privada en el financiamiento de servicios de salud difiere significativamente de una provincia y territorio a otro.

Los medicamentos recetados para el cuidado dental y oftalmológico, los cuidados para las personas mayores y las personas con discapacidad son los que reciben más contratos del sector de seguros privados.

La segunda fuente importante de financiamiento privado son los planes de seguros de salud privados. Éstos incluyen los planes que los individuos y las familias adquieren de forma independiente, así como los planes contratados por un patrón en los que participan los empleados de los centros de trabajo. La tendencia de estos planes está al alza entre las clases medias-altas, que se manifiestan muy insatisfechas con los tiempos de espera, las demoras y las excepciones en las prestaciones de los planes públicos. Ya en 2007, el seguro de salud privado constituyó la tercera fuente más importante de financiamiento de la salud, por un total de 20 000 millones dólares, el 13% del gasto total en salud.

El gasto en medicamentos

Es necesario distinguir entre los medicamentos prescritos y consumidos en los hospitales y los que se consumen fuera del hospital.

Los medicamentos que se consumen en los hospitales están cubiertos por los gobiernos provinciales y territoriales, ya sea a través de sus planes de seguro público o mediante el financiamiento directo de los hospitales.

Los medicamentos que se consumen extrahospital, sin embargo, sólo están parcialmente subvencionados por el sector público. Los planes de las provincias y territorios no son de cobertura universal en esta materia, sino que tienden a centrarse en los grupos vulnerables, como los de las clases económicas más bajas, los ancianos y los enfermos graves. En algunos casos, las personas aportan un copago.

En cuanto a los gastos de salud y su distribución, el sistema canadiense es casi idéntico al de otros países de la OCDE, aunque pueden variar las fuentes de financiamiento y las presiones sobre los costos. Uno de los factores más importantes de los costos recientes en el caso canadiense es la inflación del sector salud, debido principalmente a los nuevos aumentos en las retribuciones del personal médico y de enfermería, así como de otros trabajadores de la salud, y a un incremento importante de la prescripción de medicamentos. (CIHI, 2010).

Los costos de la atención hospitalaria siguen creciendo a tasas que superan el crecimiento económico y los ingresos del gobierno. Existe preocupación y debate concurrente en cuanto a la sostenibilidad de los gastos de salud financiados a través del sector público.

A pesar de que es un sistema de salud avanzado, modelo para muchos países de la OCDE, coexisten niveles de inequidad en el uso de los servicios y los resultados de salud entre las provincias.

Modelo de provisión de servicios de salud: organización, regulación, gestión y administración del sistema

Regulación, gestión y administración del sistema

El sistema de salud canadiense tiene un enfoque poblacional y territorial orientado a mantener el bienestar social, es decir, a satisfacer, entre otras, las necesidades de salud de la mayor parte de la población, y reafirma la equidad en el acceso a la salud como valor fundamental.

El gobierno federal establece en el marco legal (Canada Health Act) los principios básicos del sistema de seguro de salud, que las provincias y territorios acatan con relativa flexibilidad. Se puede decir que es un sistema donde el estado federal, al ser el pagador de la mayor parte de las prestaciones y servicios médicos, establece las características de la oferta y las prestaciones exigibles a cada gobierno de provincias y territorios. La aplicación de la Ley y los principios del seguro de salud son condición indispensable para que las provincias y territorios puedan ser beneficiarios de la transferencia de fondos federales. Sin embargo, una vez transferidos los fondos, las provincias y los territorios tienen la libertad de administrar estos fondos de la manera que le parezca más apropiada al ministerio de salud provincial o similar autoridad regional.

Canadá no tiene un único sistema de salud; el servicio nacional público de salud se integra por un conjunto de 13 sistemas de salud provinciales y territoriales con sus correspondientes seguros de salud, que corresponden a las 10 provincias y los tres territorios autónomos (Yukón, Nunavut y Noroeste), más el sistema centralizado bajo jurisdicción federal. Cada uno de los sistemas que conforman el servicio de salud se dota de su respectivo consejo de administración con gran autonomía de gestión. Los servicios de salud canadienses se crearon siguiendo las recomendaciones y avances del National Health Service (Servicio Nacional de Salud) del Reino Unido, pero posteriormente su evolución ha diferido del modelo original.

La organización y prestación de servicios de salud está muy descentralizada, pero existe una estructura orgánica y funcional tanto a nivel federal como en cada provincia o territorio (Ministerio federal y ministerios provinciales u órganos territoriales equivalentes).

El nivel de macrogestión utiliza fuertes instrumentos de financiación y control “centralizados” y gestionados por las diversas agencias, institutos e instituciones que están imbricadas en la red institucional del Ministerio de Salud del gobierno federal (figura 2.5).

En el nivel mesogestión, la administración y la prestación de los servicios de salud es responsabilidad de cada provincia o territorio particular. Las provincias y los territorios planifican, financian y evalúan la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y otros servicios sanitarios asociados, algunos aspectos relativos a medicamentos y la salud pública.

El nivel microgestión se compone de las prácticas clínicas de los proveedores y está muy segmentado. Además existen diferentes modelos de atención primaria, distintas “comunidades de prácticas”.

Cabe destacar la cultura de investigación y evaluación que permea el sistema. Los esfuerzos por mantener los presupuestos de investigación, desarrollo e innovación (I-D + i) han sido de tal importancia que existe un acervo de conocimiento y experiencia de evaluación de modelos, útiles no sólo para este país sino para el conjunto de sistemas de salud del mundo. De ahí que también se cita como un sistema sanitario de referencia.

Atención primaria

El sistema de salud de Canadá se caracteriza también por tener una sólida atención primaria, centrada en el papel del médico general como punto de acceso

(*gatekeeper*) al sistema y que canaliza a los pacientes a la atención especializada. Los médicos generales³ representaban el 47% de los médicos en ejercicio en el país en el año 2011. Trabajan en la red de atención primaria, no son empleados públicos sino proveedores del servicio médico que contratan con la administración del *medicare* de la provincia; por tanto, sus retribuciones son abonadas por los fondos del gobierno de la provincia, trabajan de forma individual o en comunidades de práctica (consultorios, institutos) o en centros de salud. Estos médicos, en definitiva, conviven actualmente en varios modelos de atención primaria.

En cuanto a la atención ambulatoria existen clínicas médicas y consultorios privados establecidos por iniciativa individual, y en los cuales se ofertan servicios clínicos por especialidades médicas (cardiología, radiología, escáner, resonancias, aunque normalmente en tratamientos que no son de alta complejidad o invasivos) o servicio privado de laboratorio. Estas clínicas requieren autorización de los gobiernos de provincias y territorios y son reguladas por los organismos médicos.

En la última década, los ministerios de salud de algunas provincias (Quebec y Ontario) han impulsado reformas en el campo de la atención primaria, que buscan mejorar la accesibilidad todos los días de la semana durante las 24 horas del día y desarrollan estrategias de integración de cuidados por equipos multiprofesionales que ofrecen también atenciones sociosanitarias.

Hospitales

El subsistema hospitalario se maneja por administración pública (financiamiento, aprovisionamiento y retribución de los médicos). Más del 95% de los hospitales canadienses funcionan como entidades privadas sin fines de lucro administradas por consejos comunitarios fiduciarios, organizaciones voluntarias o municipalidades que rinden cuentas (*accountability*) principalmente a las entidades a las que prestan sus servicios, y no al gobierno provincial. Los hospitales tienen autonomía de gestión y controlan los recursos (financiamiento, aprovisionamiento y retribuciones de los médicos) siempre que se mantengan dentro de los límites de los presupuestos establecidos por las autoridades provinciales.

³ “Generalists include general practitioners/family doctors and other generalist (non-specialist) medical practitioners” (OECD, Data base).

Prestaciones

Todos los ciudadanos residentes en Canadá tienen acceso a los servicios de salud. Cualquier persona que nace, trabaja y reside en Canadá tiene que registrarse en el seguro de salud y recibe su tarjeta de salud, para sí mismo y sus beneficiarios. Aunque es difícil generalizar, dada la naturaleza descentralizada y los diferentes modelos de provisión de las provincias y territorios, las prestaciones son amplias, tienen un cuadro básico de atención médica, tanto primaria como hospitalaria, pero no se incluyen las prestaciones de odontología, fisioterapia, ortopedia o psicología clínica. Todos los canadienses tienen acceso sin costo directo a cualquier procedimiento médicamente necesario, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los fármacos prescritos por el médico de cabecera se pagan a través de un seguro de las empresas o privado, y en algunos casos, el asegurado paga una parte (copago). Como ya se ha señalado, están exentos del pago de medicamentos los jubilados, los grupos vulnerables, así como quienes pertenecen a las clases económicas más bajas y los enfermos crónicos.

Como no todos los gastos están cubiertos por el *medicare*, los ciudadanos pueden contratar un seguro privado, o bien recibir las prestaciones de un plan de seguro colectivo subsidiado por la empresa en la que trabajan, que complementa una parte de los gastos de bolsillo no cubiertos por el seguro de salud (por ejemplo, pago de fármacos, servicios odontológicos, oftalmológicos, fisioterapia, etcétera). Además, la administración de las provincias y territorios pueden extender la cobertura con servicios de salud que quedan fuera del seguro de salud, centrados en ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos, niños y personas que se benefician por los programas de asistencia social).

Las compañías privadas de seguros no pueden ofrecer cobertura médica de las prestaciones reconocidas por los programas gubernamentales del seguro de salud, es decir, no puede haber duplicidades. Este tema es cada vez más cuestionado, pues existen fuertes presiones del sector de los seguros privados para que se abandonen algunos de los principios del *medicare* o que dificultan la posibilidad de prestar servicios de la misma naturaleza que los otorgados por el sistema público.

Recursos humanos

Canadá no tiene un sistema de “medicina socializada” con médicos y funcionarios empleados por el gobierno. La mayoría de los médicos ejercen la profesión

como iniciativa privada, trabajan en consultorios privados o en grupos de práctica y tienen un alto grado de autonomía, no sólo en el libre ejercicio de su práctica sino en la selección de los pacientes que deciden incorporar a su consulta. Esto genera incentivos perversos, porque como proveedores deciden filtrar su consulta por perfiles de los pacientes, de acuerdo a sus preferencias. Los médicos son proveedores del seguro público de salud, pero son retribuidos mediante pago per cápita y evento médico: suelen tener un cupo de pacientes admitidos a su práctica por selección. Los médicos reciben generalmente honorarios por los servicios prestados y presentan sus solicitudes de reembolso directamente al plan de seguro de la provincia para recibir el pago. Los médicos que ejercen por fuera del sistema también pueden ser remunerados en función de los servicios que prestan, pero generalmente reciben un salario o son pagados mediante un plan de salud alternativo.

En 2009, el sector salud fue el segundo mayor empleador en Canadá: ocupó aproximadamente a dos millones de personas, 12% del empleo total del país. Es importante tener en cuenta que estas estadísticas incluyen a otros profesionales de la salud y de la asistencia social.

Cuadro 2.3. Profesionales de la salud que ejercen en Canadá por cada 1 000 habitantes (años seleccionados entre 1990 y 2009)

	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2009</i>
Enfermeras	11.10	10.89	10.13	8.71	9.39
Médicos de atención primaria	1.06	1.03	1.00	1.04	1.12
Grupo médico de especialistas	0.41	0.43	0.45	0.47	0.53
Grupo de especialistas cirujanos	0.34	0.33	0.34	0.33	0.36
Psiquiatras	0.13	0.14	0.14	0.15	0.15
Dentistas	0.52	0.53	0.56	0.58	0.59
Farmacéuticos	0.68	0.70	0.77	0.79	0.88
Fisioterapeutas	-	-	-	0.50	0.52

Fuente: Elaboración propia, con información de la OCDE. Data Base.

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel central en la prestación de servicios de salud (son su punto de entrada). En muchos casos, los

médicos no son funcionarios o empleados del Estado, sino que se desempeñan como médicos privados independientes, se administran como iniciativa privada, pero con la característica de ser subsidiados. En definitiva, son proveedores que se contratan con la administración del *medicare* provincial correspondiente. Actualmente, no obstante, conviven varios modelos de atención primaria. Sin embargo, no tienen libertad para fijar sus propias tarifas por sus servicios. Esto se debe a que los servicios médicos básicos en Canadá están cubiertos exclusivamente por los planes de seguros públicos provinciales, por lo que los gobiernos de las provincias y territorios negocian con los colegios y asociaciones médicas locales para establecer las tarifas vigentes.

Principales reformas en el sistema de atención a la salud

La introducción del seguro universal de salud mejoró, sin duda, la equidad en salud, la accesibilidad a la atención médica de ciudadanos y residentes y, en consecuencia, los beneficios derivados de los servicios hospitalarios y médicos. A pesar de estas importantes reformas introducidas en las décadas de los cincuenta y los sesenta, persisten las desigualdades en materia de salud. El debate sobre los modelos de financiamiento a las provincias sobre el criterio apoyado en el ingreso per cápita, sigue abierto.

La presente década es crucial para el diseño de un modelo alternativo, ya que urge corregir algunos de los problemas del sistema de salud de Canadá a fin de evitar un deterioro progresivo de la accesibilidad y calidad de la atención y prevenir mayores incrementos de los costos.

Se pueden observar, en esta perspectiva, los siguientes movimientos de reforma:

- Modelo de suministro de servicios con enfoque de “cuidados integrados”, que pone el énfasis en mejorar la coordinación, integración y continuidad de cuidados regionales para atender de forma integrada los problemas crónicos de salud y envejecimiento a través de una estrategia de transformación del modelo y reorganización estructural. Entre las opciones adoptadas figura el establecimiento de servicios de apoyo comunitario para reforzar la labor del personal de salud y de los voluntarios.
- De forma complementaria se pretende activar un modelo de atención centrado en el paciente, dirigido a mejorar el empoderamiento y los autocuidados

de los pacientes y cuidadores, así como la mejora constante de la calidad y seguridad clínica, oportunidad y capacidad de respuesta de servicios de salud.

- Por último, se está desarrollando una interesante iniciativa de participación de la ciudadanía en el control de costos mediante la rendición de cuentas (gobernanza, transparencia y rendimiento de cuentas).

Indudablemente, todas ellas constituyen opciones válidas para responder al reto de solvencia del sistema de atención a la salud frente al incremento de los costos de los proveedores de salud para una población que envejece paulatinamente, lo que conlleva una creciente carga social y económica de enfermedades crónicas y degenerativas que exigen procedimientos de gran complejidad, prolongados y onerosos.

Análisis DAFO del sistema de atención a la salud en Canadá

Como síntesis de la exposición desarrollada en este capítulo, a continuación se exponen las principales características del sistema nacional de salud canadiense, en la perspectiva de ofrecer elementos de reflexión y contraste con los otros casos de estudio que se incluyen en este libro.

Debilidades

Entre las principales debilidades que se observan en el sistema canadiense, que muestran experiencias a tener en cuenta en otros sistemas en proceso de reforma, para no incurrir en las mismas, caben destacar las siguientes:

- Corporativismo del médico familiar. Las tarifas se negocian en cada provincia con los colegios profesionales locales. Esto puede llevar a una cierta inflación de costos en el interior del sistema público, como ha ocurrido en ocasiones.
- Elevadas retribuciones de los médicos y diversidad de modelos de retribución (salario + tarifas; FFS *fee-for service* pago por acto médico; salario + incentivos asociados a programas de salud pública, salud mental y/o resultados), con notables diferencias entre las provincias.

- Insatisfacción de los ciudadanos por tiempos de espera, listas de espera en intervenciones electivas y pagos de algunos medicamentos de tratamientos de larga duración.
- Cartera de servicios bastante uniforme según los principios del *medicare*, pero desiguales entre las provincias (que introducen prestaciones complementarias).
- Escaso protagonismo de la función de enfermería y de otros profesionales de cuidados sociosanitarios (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos).
- El seguro de salud cubre la atención médica y hospitalaria, pero no cubre oftalmología, odontología, rehabilitación, podología ni psicología clínica.
- Desigualdades interprovinciales en prestaciones sanitarias y en resultados en salud
- Incremento de la participación del sector privado: prestaciones de los seguros privados colectivos y particulares que cubren prestaciones complementarias al seguro de salud y generan insatisfacción de los derechohabientes.
- Control de costos; ineficiencias del sistema (organizacionales, intervenciones costo-efectivas y excesiva medicalización).
- Exigencias de más descentralización y autonomía de las provincias.

Amenazas

En consecuencia, el sistema nacional de salud canadiense se encuentra sometido a una serie de amenazas a las que tendrá que hacer frente si pretende mantener los niveles de atención actuales para el conjunto de la población del país.

- Perfil de salud de sociedades avanzadas, que significa un potencial impacto del envejecimiento y de enfermedades crónicas, lo que conlleva la necesidad de transformar el modelo de atención de enfermedades agudas en uno de atención de enfermedades crónicas.
- El plan decenal 2004-2014 para fortalecer la salud ha finalizado en el año fiscal 2013-2014. Deja patente la existencia de una cierta crisis del principio de solidaridad financiera entre las provincias, lo que mantiene abierto el debate político sobre las transferencias financieras entre las diferentes administraciones para sufragar el cuidado de la salud.
- Dificultades de financiamiento en general, pero sobre todo para mantener los aportes adicionales a las provincias con menores recursos. A partir de 2014

el modelo se propone desarrollar un proceso de ajuste teniendo en cuenta diversos parámetros financieros y sanitarios per cápita.

- Los gobiernos provinciales podrían recaudar más con la finalidad de financiar el sistema de salud a través de más impuestos indirectos, para lo que requerirían mayor autonomía financiera y presupuestaria.
- Los costos sanitarios van en aumento en un contexto de incentivos perversos, como el sistema retributivo de los médicos y el elevado grado de medicalización de los ciudadanos.

Fortalezas

Para hacer frente a tales amenazas el sistema nacional de salud cuenta con una serie de fortalezas acumuladas en su praxis y desarrollo previo:

- Estado federal “ejecutivo”, delegación de competencias y mecanismos de consenso y control.
- Cobertura universal.
- Modelo mixto (financiamiento público según el modelo Beveridge, y provisión público/privada).
- Formulación, implementación y evaluación de políticas de salud pública.
- Gasto total en salud como porcentaje del PIB (11.2%).
- Atención primaria fuerte con elevado protagonismo de médicos familiares.
- La sostenibilidad del sistema de salud es un compromiso y una prioridad política de los gobiernos .
- Liderazgo, rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud federal y de los ministerios de las provincias y territorios .
- Apuesta por valores como igualdad, equidad y resultados en salud.
- Reducción de desigualdades en salud: poblaciones vulnerables (por nivel de ingreso, discapacidad, desempleo e internos en instituciones penitenciarias) o étnicos (Primeras Naciones, Inuits).
- Red asistencial con buena dotación de infraestructura, equipamiento y tecnología.
- Inversión pública en investigación en salud pública, evaluación de tecnologías sanitarias y de los medicamentos.
- Establecimiento de normas y estándares de calidad y seguridad clínica (traslación de conocimiento a otros sistemas sanitarios).

Oportunidades

Entre sus propias características y en el entorno socioeconómico en el que se mueve, el sistema canadiense de salud puede aprovechar una serie de oportunidades que le permiten proyectarse hacia el futuro con la perspectiva de mantener lo esencial del sistema y hacer frente a las debilidades actuales y las amenazas que se vislumbran. Es importante, por tanto, tener en cuenta lo siguiente:

- Reorientación de la organización sanitaria hacia modelos integrados de cuidados para la atención de los pacientes crónicos y los adultos con una salud precaria.
- Evaluación del efecto de las políticas públicas orientadas a la equidad en salud y acceso a los servicios.
- Innovaciones organizativas: red de cuidados integrados sanitarios y sociales (por ejemplo, Quebec).
- Participación de la sociedad civil en la planificación, evaluación y control del sistema.
- Profesionalización del servicio (profesionales y gestores altamente calificados).
- Red de agencias de investigación de calidad y de gestión del conocimiento.
- Sistemas de información potentes y avanzados (CIHI).
- El desempeño del sistema sanitario se basa en resultados en salud, experiencia del paciente y eficiencia.

Trayectoria tipo de inserción de un paciente en el sistema de atención de salud canadiense

Conviene sintetizar los distintos estadios del sistema de salud canadiense y sus posibles contenidos en la perspectiva del paciente/usuario con el fin de establecer comparaciones con la situación de los otros sistemas nacionales contemplados en este libro.

Cuadro 2.4. Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema público de salud. Canadá

<i>Vía entrada</i>	<i>Primer nivel</i>		<i>Segundo nivel</i>		<i>Tercer nivel</i>			
Provincias	Ambulatorio	Copago farmacia	Especialista	Copago farmacia	Hospital	Copago Farmacia	Otros copagos	Limitan cartera
<i>Medicare</i> federal <i>Medicare</i> provincias	Médico familiar	Sí cuando son trabajadores activos tienen un seguro para cobertura de medicamentos, seguros de empresas o contratan seguros privados para prestaciones complementarias en las provincias	<i>Medicare</i> Seguros privados	Sí	<i>Medicare</i>	Sí a través de los seguros En algunas provincias se cobran los medicamentos en el hospital	A veces habitación	Sí Oftalmología, odontología, rehabilitación, fisioterapia, psicología clínica
Excepciones		Niños, jubilados, desempleados, enfermos crónicos con tratamiento extendido				Niños, jubilados, desempleados, enfermos crónicos con tratamiento extendido		
Seguros privados	No pueden ofrecer prestaciones incluidas en el <i>medicare</i>							
% Total público	Aprox. 100 %		Aprox. 100%		Aprox. 100%			

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO TERCERO

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CHILE

PATRICIO MORALES*

Introducción

En el contexto latinoamericano, Chile tiene una larga tradición en materia de sistema público de atención a la salud, pues inicia su trayectoria a mediados del siglo xx. Sin embargo, en su historia más reciente ha experimentado cambios singulares, en particular durante el periodo de la dictadura militar, cuando el modelo viró casi en redondo hacia fórmulas privadas, al dictado de lo que en el ámbito de la política económica indicaba el enfoque adoptado, marcado de forma nítida por la escuela neoclásica de pensamiento económico.

De este modo, nos encontramos con un sistema de atención a la salud que difiere de forma manifiesta e intensa de las pautas desarrolladas en otros países latinoamericanos, como Costa Rica, y de las vigentes en una buena parte de los modelos de países desarrollados, sobre todo los europeos.

Antecedentes histórico-institucionales

1950-1973: origen y desarrollo humano del Servicio Nacional de Salud

En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud chileno (SNS), con el propósito de fusionar las diversas instituciones que otorgaban atención en salud a distintos afiliados, que hasta entonces se agrupaban principalmente por sus características comunitarias y laborales. En atención a estos propósitos, el SNS chileno se estruc-

* Ministerio de Sanidad, República de Chile.

turó de forma territorial e institucional en determinadas zonas geográficas que debieron organizarse con un hospital general en su centro para luego instalar otros hospitales y centros de salud de diversa complejidad en la periferia. Con esto se organizaba un primer y un segundo contacto o nivel de atención con los usuarios del sistema de salud (Infante y Jiménez, 2009). El principal objetivo que se cumplió con esta reforma fue organizar y aumentar la cobertura profesional, de manera prioritaria en las zonas rurales.

Durante la década de los sesenta se privilegió, por encima de un diseño institucional, el fortalecimiento de la atención primaria con programas de atención familiar, ampliación de la vacunación y mayor cobertura en la alimentación de embarazadas y recién nacidos. A fines de los años sesenta y principios de los setenta se evidenció una mejora extraordinaria en variables de desarrollo humano; durante estas dos décadas Chile alcanzó una gran mejoría, se aumentó el ingreso per cápita y se logró un descenso sostenido de la mortalidad infantil.

1973-1990: régimen militar y privatización del sistema

Al comenzar la década de los setenta Chile llega al clímax de una crisis política que desembocó en el golpe de Estado del año 1973; esto marcó el fin del gobierno socialista del doctor Salvador Allende (1970-1973) e inició la dictadura militar del general Augusto Pinochet (1973-1990). Antes de las reformas en salud del régimen militar, Chile contaba con un sistema de salud promovido casi en su totalidad por el Estado, el cual desempeñaba un papel fundamental en este ámbito, consistente con la visión económica global que se tenía del país según los mecanismos de desarrollo de las naciones europeas. El SNS chileno tenía como principio rector proveer las prestaciones de salud en un marco de solidaridad con la población de bajos ingresos, y que se resolvía principalmente con los aportes y subsidios públicos, que se agregaban a las cotizaciones obligatorias.

Durante el régimen de Pinochet, este sistema de salud sufrió una fuerte reestructuración guiada por la reforma paralela de privatización del sistema previsorial. El SNS chileno estableció el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) como tesorería única que bajo la modalidad de atención de libre elección¹ contribuyó a eliminar

¹ Los beneficiarios del Fonasa tienen acceso a dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). “La primera comprende la atención que brindan las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos que van de

cualquier distinción por categoría laboral. Paralelo a este sistema público de seguro social, el gobierno militar creó las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) como entidades privadas encargadas de proveer el aseguramiento en el marco de la seguridad social. Haciendo uso de cotizaciones obligatorias, estas instituciones operan con una lógica de seguros privados de corto plazo, es decir, fijan tarifas por riesgo y por ingreso. Esto generó una fuerte segmentación del sistema de salud, la cual todavía está vigente, aunque cada vez con más baja valoración por parte de los usuarios públicos y privados.

Otro punto relevante para comprender las reformas militares al SNS chileno es su grado de descentralización. Y es que si bien desde antes del golpe de Estado de 1973 se comprendía que se debía avanzar hacia una descentralización administrativa con transferencia de autonomía total a los servicios de salud regionales como entes rectores, el régimen militar forzó y profundizó un sistema de gobierno centralizado para el SNS. Así, la dirección de los servicios de salud regionales y metropolitanos quedó al alero del Ministerio de Salud central, que hasta la fecha se relaciona, de un lado, por la creencia política, y de otro, por la responsabilidad burocrática coordinada desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales del propio ministerio² para atender todos los problemas y diagnósticos que operan en los 29 servicios de salud del país más largo y angosto del mundo.

Finalmente, el régimen militar impulsó una grave fragmentación de la capacidad de atención del SNS. A partir de un criterio eminentemente político, se trasladó la responsabilidad administrativa y presupuestaria de la atención primaria a los municipios del país, los cuales, bajo un sistema de gran desigualdad económica y administrativa, eran liderados por alcaldes de origen militar o civil, designados por el régimen de Pinochet. El objetivo de este proceso fue generar mayores índices de aceptación popular del dictador. Se efectuó la municipalización de colegios e instituciones de salud primaria,³ lo que generó un quiebre de la continuidad de cuidados

10 a 20% del precio del servicio fijado por Fonasa de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas. La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas que se acogen al plan de beneficios del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)” (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011: 136).

² Su misión es regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

³ Este fenómeno se conoce en Chile como la *alcaldización de la política* por parte del régimen militar.

de los pacientes. Este proceso fue de tal relevancia que las políticas de prevención quedaron prácticamente en el olvido en las metas de los servicios de salud del gobierno central. Con el paso de los años se observa que este escollo en la gestión ha provocado déficits de tecnología médica, disparidad de capacidad profesional entre la atención secundaria y primaria, escasa coordinación en la capacidad resolutoria de las prestaciones, entre otros problemas.

1990-1999: retorno a la democracia, elevación del gasto e intentos de crear un sistema mixto

Durante los años noventa el SNS chileno operó bajo una triada de vulnerabilidades de gestión:

1. Con Fonasa como una tesorería descentralizada del sistema de salud se ejerció la función de compra-provisión sin apuros ni compromisos administrativos relevantes; esto favoreció la migración de los cotizantes de mayores ingresos al nuevo sistema privado de las Isapres, en el que entraban en juego los criterios del mercado, y el sector público quedaba con un sistema ineficaz e ineficiente que al correr de los años propendió a producir largas listas de espera.
2. El desempeño de los Isapres promovió un sector privado desregulado y difícil de regular, lo que dio lugar a una significativa inseguridad financiera en asuntos de calidad y cobertura de la atención de la salud. En cuanto a los contratos unilaterales, con la famosa “letra pequeña” se materializó un paradigma en salud que promovió “la cobertura que no te cubre”.
3. Desde el Ministerio de Salud se ha visto que la única capacidad de gestión de la demanda es la promoción de racionamiento, ya que la gestión en red se vuelve imposible cuando se tiene centralizada la coordinación, descentralizadas la atención primaria y la tesorería en salud (Fonasa).

En este contexto, los primeros gobiernos democráticos de la Concertación centraron sus políticas en el aumento del gasto público en salud. Se promovieron importantes modificaciones en los sistemas de pago con objeto de incentivar la eficiencia y la calidad de los servicios. Respecto al sector privado se buscó mejorar los contratos entre los prestadores privados de salud y sus asegurados mediante compromisos de gestión entre Fonasa y los Servicios de Salud (Lenz, 2007). El propósito principal fue que el sistema fuertemente privatizado comenzara a trans-

formarse en un sistema mixto en el que el sector público influyese en materia de seguros, financiamiento y entrega de servicios de salud y complementariedad, de forma que se aumentara la equidad y eficiencia, aunque analizadas a distancia es posible concluir que no pasaron de ser estrategias compensatorias de carencias heredadas del régimen militar.

1999-2010: reforma de la atención a la salud para avanzar en universalidad del sistema

El gobierno del socialista Ricardo Lagos Escobar (1999-2005) decidió emprender una reforma del sistema de salud como acción central de su mandato. Mediante la reforma AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) se buscó modificar la estructura legal del sistema de salud con el propósito de promover una mayor equidad y solidaridad del sistema. El AUGE fue una respuesta desde la campaña presidencial de Lagos, en la que se evidenció el descrédito del sistema de salud heredado por el régimen militar y la ciudadanía comenzó a expresar demandas claras para incluir el concepto de derechos ciudadanos garantizados. Por su parte, las élites políticas y técnicas en salud expresaron una dura crítica a la incapacidad del sistema para adaptarse al modelo basado en el binomio madre-hijo, a las enfermedades infectocontagiosas y a los cambios epidemiológicos de la sociedad chilena⁴ (Garretón, 2012).

La reforma a la salud del presidente Lagos se tradujo en la presentación en el año 2002 de un conjunto de proyectos de ley:

- Los Derechos y Deberes de las Personas en Salud (Protección y Participación Ciudadana).
- Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE).
- Modificadorio de la Ley 2.726 de 1979 (Estructura del Sistema).
- Instituciones de Salud Previsional (Isapre).
- Financiamiento del gasto fiscal representado por el Plan AUGE (Financiamiento).

Luego de una fuerte discusión en el Congreso Nacional y descalabros de instrumentos más progresistas y reguladores del sistema, la aprobación de la reforma a la salud ratificó el predominio de la corriente más pragmática sobre la liberal y

⁴ Para más información sobre este debate, ver: Ministerio de Salud de Chile (1999 y 2006).

la progresista dentro de la misma Concertación como coalición oficialista (Boeninger, 2007). En términos de política pública, se dio un aporte de elementos significativos en equidad y regulación de la salud privada, pero no se transformó el sistema establecido por el régimen militar. Sin embargo, cabe destacar que el cambio conceptual sobre el cual se debe reformar el sistema de salud quedó delimitado por principios de universalidad y de atención a la salud como un derecho social garantizado.

Marco legal y organización del sistema de salud

En el cuadro 3.1 se sintetiza la legislación básica sobre el sistema nacional de salud en Chile.

Cuadro 3.1. Síntesis de la legislación básica de salud en Chile

<i>Norma</i>	<i>Contenido</i>	<i>Publicación</i>	<i>Dirección web</i>
Ley 20.015	Modifica la Ley N° 18.933 sobre instituciones de salud previsional.	17-may-05	http://bcn.cl/1nxbbs
Ley 19.966	Establece un régimen de garantías en salud (Plan AUGE)	03-sep-04	http://bcn.cl/1m68a
Ley 19.937	Autoridad Sanitaria	24-feb-04	http://bcn.cl/1nypm
Ley 19.888	Financiamiento de Objetivos de Gobierno	13-ago-03	http://bcn.cl/1q0wl
Decreto 128	Reglamento sobre el Sistema de Acreditación en Salud	05-may-05	http://bcn.cl/1s2uz
Decreto 136	Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud	21-abr-05	http://bcn.cl/1mt5b
Decreto 140	Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud	21-abr-05	http://bcn.cl/1s2vi
Decreto con Fuerza de Ley 1	Fija el texto refundido del Decreto Ley N° 2.763 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469	24-abr-06	http://bcn.cl/1oagf
Decreto con Fuerza de Ley 3	Fija la planta del personal para la Superintendencia de Salud	28-feb-05	http://bcn.cl/1s2vk

Fuente: Elaboración propia.

Sector público capturado

Tal como ya se indicó, el SNS chileno es un sistema mixto que contiene una red pública de atención para chilenos y extranjeros que no pueden acceder a un seguro privado de salud. El cuadro 3.2 muestra un sistema integrado por un componente público y privado en el que existen dos niveles o funciones principales. El primero se integra por aseguradoras o pagadores que reciben las cotizaciones de los usuarios y hacen el pago de la prestación de salud contra resultados. Un aspecto negativo es que el pagador público, Fonasa, puede realizar pagos al sector privado bajo la modalidad de libre elección del usuario (tipo *voucher*), de manera que el sector público transfiere recursos al sector privado, lo que provoca un déficit de desarrollo público e incentivos perversos hacia el personal médico, que buscará atender usuarios en el sector privado en su horario de trabajo.

Cuadro 3.2. Estructura de prestadores y pagadores de salud pública y privada

Pagador público	Fonasa		Organismo regulador
Pagador privado		Isapre	
Nivel prestación	Sector público	Sector privado	
Atención primaria	<i>Subsector municipal</i>	Clínicas, hospitales y centros de atención y diagnóstico privados	Superintendencia de Salud
	Centros de Salud Familiar (Cesfam)		
	Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)		
Atención hospitalaria	<i>Subsector ministerial</i>		
	Hospitales de baja y mediana complejidad		
	Hospitales autogestionados		
	Hospitales regionales		

Fuente: Elaboración propia.

Tendencia de mayor regulación del Servicio Nacional de Salud

Otro elemento interesante es la transición a la situación actual desde el sistema mixto con fuerte preponderancia privada y desregulada que se originó durante el régimen militar. Avanzada la primera década de este siglo, se instrumentó un contrapeso

real a aquel sistema, con la creación de la Superintendencia de Salud (Decreto con Fuerza de Ley 3/2005), que ha sido capaz de regular el sistema. Mediante este decreto y la Ley 20.015 se estableció la capacidad de regular a los aseguradores privados Isapres y también regular y acreditar a los prestadores públicos de servicios.

Aumento de autonomía y eficiencia del sector público

Actualmente, el sector público se encuentra fragmentado entre el nivel de atención primaria a cargo de los municipios, y el nivel hospitalario a cargo de los servicios de salud, dependientes política y administrativamente del nivel central encabezado por el Ministerio de Salud. En este esquema se ha ido desarrollando un sistema que de manera constante profundiza los déficits de infraestructura y de gestión. De ahí que durante los últimos años la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria ha debido complementarse con sistemas de hospitales autogestionados, método de administración pública que comenzó desde hace pocos años a ser una tendencia de autonomía capaz de aumentar la eficiencia de recursos y solucionar, quizá, la designación política de directores de hospitales de alta complejidad.

Hoy el sector público está fragmentado y con un déficit de inversión y recursos públicos, pues éstos se invierten en el sector privado. El cuadro 3.3 muestra la estructura del sector público. Chile posee un Ministerio de Salud que se encarga de: *a)* impulsar la política sanitaria de prevención y promoción de la salud, y *b)* coordinar la red de asistencia hospitalaria y de atención primaria a través de la cual entrega infraestructura y lineamientos generales a los municipios, que son realmente los administradores de estos establecimientos de salud.

Junto al Ministerio de Salud se encuentra la tesorería pública encabezada por el Fonasa, que es autónomo respecto de la política del Ministerio de Salud. La coordinación entre ambos entes se vuelve un eje central para la gestión de recursos y la eficiencia de la red pública de salud.

La tendencia del SNS chileno en la actualidad es aumentar la capacidad de regulación a través de potenciar la Superintendencia de Salud como ente autónomo, que se vuelve clave para delinear las mejoras emprendidas a fin de tener un sistema mixto equilibrado que no siga capturado por el mal funcionamiento de un sector privado desregulado, ineficiente y segregador.

Una de las tendencias más recientes del sistema es analizar críticamente la situación de los medicamentos. Si bien la crítica comienza por el elevado gasto de bolsillo y el alza de precios en las medicinas, es en el funcionamiento de la Central

Nacional de Abastecimiento (Cenabast) donde se visualiza al actor capaz de equilibrar las cifras de gasto en este tipo de bienes, ya que Chile posee un sector farmacéutico desregulado y que ha sido escenario de hechos mediáticos de colusión de precios y con una presencia territorial segregada por la capacidad de compra derivada de de la diferenciación en el ingreso.

Cuadro 3.3. Estructura del Ministerio de Salud de Chile y los entes de salud autónomos

<i>Ministerio de Salud</i>	
<i>Subsecretaría de Salud Pública</i>	<i>Subsecretaría de Redes Asistenciales</i>
15 Secretarías regionales ministeriales de salud	29 Servicios de Salud
Prevención y promoción de la salud	Coordinación de la red asistencial 61 hospitales de alta complejidad 78 hospitales de mediana complejidad 57 hospitales de baja complejidad 1826 establecimientos de atención primaria
<i>Entes autónomos</i>	
Fondo Nacional de Salud (Fonasa) Superintendencia de Salud Instituto de Salud Pública Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast)	

Fuente: Elaboración propia.

En términos específicos, como muestra el cuadro 3.4, el SNS se distribuye en dos dimensiones. La de prevención y promoción de la Salud está centralizada en la Subsecretaría de Salud Pública, que se integra de manera institucional y administrativa por 15 secretarías regionales ministeriales de salud, que bajo el principio de cercanía política tienen como función fomentar estilos y hábitos de vida saludables, reducir inequidades en salud, ejecutar alerta temprana ante los cambios epidemiológicos, desarrollar sistemas de información en salud, fiscalizar los sectores de alimentación e higiene, y anticipar escenarios de riesgo a la salud. La otra dimensión la constituye la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que tiene como función principal la coordinación y sostenibilidad de la red asistencial que cubre todo el país a través de 29 Servicios de Salud distribuidos por el número de habitantes que se debe atender. Los Servicios de Salud coordinan la red hospitalaria y monitorean la coordinación de la red de atención primaria.

Cuadro 3.4. Distribución territorial del Ministerio de Salud de Chile

<i>Ministerio de Salud</i>	
<i>Subsecretaría de Redes Asistenciales</i>	<i>Subsecretaría de Salud Pública</i>
29 servicios de salud	15 secretarías regionales ministeriales de salud
Arica	Arica y Parinacota
Iquique	Tarapacá
Antofagasta	Antofagasta
Atacama	Atacama
Coquimbo	Coquimbo
Valparaíso-San Antonio	Valparaíso
Viña del mar-Quillota	
Aconcagua	
Metropolitano Norte	Metropolitana
Metropolitano Occidente	
Metropolitano Central	
Metropolitano Oriente	
Metropolitano Sur	
Metropolitano Sur-Oriente	
O'Higgins	O'Higgins
Maule	Maule
Ñuble	
Concepción	Biobío
Talcahuano	
Biobío	
Arauco	Araucanía
Araucanía Norte	
Araucanía Sur	
Valdivia	De los Ríos
Osorno	De los Lagos
Reloncaví	
Chiloé	
Aysén	Aysén
Magallanes	Magallanes

Fuente: Elaboración propia.

Estructura general

El SNS posee principalmente dos niveles de aseguramiento en salud: público y privado. Tal como señala el cuadro 3.5, ambos sistemas cuentan con el financiamiento obligatorio del 7% del sueldo fiscalizable, que se descuenta y otorga automáticamente al tipo de seguro que cada chileno decida o al que pueda acceder según su ingreso. Sin embargo, una de las desigualdades que se observan es la capacidad que posee el sector privado para acordar una cotización voluntaria (gasto de bolsillo) que le permite al sistema potenciar la capacidad del seguro y, por ende, aumentar la desigualdad entre los seguros de los sistema público y privado. Este escenario es considerado como un sistema de salud para ricos y otro para pobres (Garretón, 2012).

Cuadro 3.5. Sistema de seguro de salud en Chile

<i>Tipo de seguro de salud</i>	<i>Financiamiento</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Financiamiento adicional</i>
Sistema privado Instituciones de Salud Previsional (Isapres)	Cotización Obligatoria del 7% del salario fiscalizable	Copago dependiendo de la cobertura del plan contratado	Cotización voluntaria
Sistema público Fondo Nacional de Salud (Fonasa)		Copago dependiendo la clasificación del tipo del grado de vulnerabilidad, desde tipo A (con gratuidad completa) hasta tipo D (que implica un copago del 20%)	-
Sistema Universal Garantías Explícitas en Salud (GES, antes AUGE)	Financiamiento vía impuesto al valor agregado (IVA)	-	-

Fuente: Elaboración propia, con datos de Fonasa.

Sistema privado. Instituciones de Salud Previsional

Este sistema de seguro se originó durante el régimen militar con la finalidad de sustituir progresivamente el sistema público de salud (Aedo y Sapelli, 1999). En esa época, el sector de los médicos se dividió frente a esta privatización. Aquellos a favor vieron una posibilidad financiera en la creación una Isapre propia (Artaza, Lenz y Muñoz, 2013). Desde un punto de vista económico, el sistema comenzó con

una amplia participación de 22 Isapre y cobertura de casi un tercio de la población; sin embargo, con cifras al año 2011 el sistema contaba con baja valoración ciudadana y alta concentración de la oferta: tres Isapre dominan 63% del mercado y el sistema atiende tan sólo a 16% de la población (Urriola, 2013).

Una de las carencias más preocupantes del sistema de Isapre es su desregulación, que obliga a un constante control, sin que existan cifras del costo final que tendrá este sistema una vez que sea regulado de manera eficiente. Uno de los fenómenos preocupantes derivados de esta situación es que se mantiene una integración vertical en la que se registran precios ineficientes y “planes cerrados” que vulneran, finalmente, la libre elección. A tal grado ha llegado esta problemática, que hoy el sistema registra cerca de 51 000 planes en funcionamiento (Urriola, 2013). Además, existe una debilidad estructural del sistema, pues si bien la ley prohíbe que una Isapre posea o se desempeñe como prestador de servicios de salud, nada se señala en la ley referente a una tercera sociedad que sea propietaria de una Isapre y al mismo tiempo sea un prestador. Esto ha llevado a una concentración y colusión entre la configuración de planes de seguro y los precios de la atención a los usuarios que, como ya se señaló, son ingresos provenientes del sistema privado o de Fonasa bajo la modalidad de libre elección.

Respecto a las cotizaciones voluntarias, se observa que si bien al año 2011 el sistema recibe las cotizaciones obligatorias del 16% de la población, la capacidad de recaudar cotizaciones adicionales voluntarias por arriba del 7% de cotización obligatoria les permite a las Isapres concentrar más de la mitad del total de las cotizaciones previsionales del sistema, es decir, el 55% de los recursos se aplica para asegurar al 16% de la población, lo que equivale a un ingreso promedio per cápita de 1 000 dólares anuales (Artaza, Lenz y Muñoz, 2013).

Finalmente, quizá el punto angular que explica por qué se mantiene este sistema y se decide regularlo más que eliminarlo, es que el sistema de Isapre es un mercado de grandes ganancias para sus dueños. Según las cifras de la Superintendencia de Salud, la tasa promedio de rentabilidad anual en la década de los noventa fue de 23% y en la década del 2000 ascendió al 40%; la disminución de cotizantes y el aumento de la regulación no corresponden con una pérdida de rentabilidad.

Sector público. Fondo Nacional de Salud

El sistema de seguro público posee como hecho positivo que no discrimina por sector laboral, como en el caso mexicano (Cordera y Murayama, 2012); es decir,

hay un criterio de igualdad ante la ley y la capacidad de presión política no incide en el nivel de cobertura del seguro. El Fonasa es una tesorería única para la población y, al igual que el sector privado de Isapre, recauda la cotización obligatoria del 7% de la base salarial fiscalizable; sin embargo, no cuenta con la posibilidad de recaudar cotizaciones adicionales o cualquier otro tipo de aporte voluntario. Tal como muestra el cuadro 3.6, Fonasa posee una cobertura por tramo de vulnerabilidad, del cual depende si la cobertura será del 100% o se deberán realizar copagos, los cuales no pueden superar el 20% de la prestación otorgada. Junto a esto, como ya se indicó, Fonasa posee la modalidad de libre elección, que se establece como un sistema *voucher* en el que el usuario puede elegir si se atiende con prestadores del sector público o con prestadores del sector privado.

Cuadro 3.6. Cobertura del Fondo Nacional de Salud

<i>Tramo</i>	<i>Beneficiario</i>	<i>Copago</i>	<i>Atención primaria</i>	<i>Atención secundaria</i>	<i>Atención terciaria</i>
A	Personas indigentes Beneficiarios de pensiones Básicas Solidarias Causantes de subsidio familiar Ley 18.020	0%	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE
B	Personas que perciben un ingreso fiscalizable mensual menor o igual a 210 001 pesos	0%	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE
C	Personas que perciben un ingreso fiscalizable mensual mayor a 210 001 pesos y menor a 306 000 pesos Con tres o más dependientes familiares pasará al tramo B.	10%	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE
D	Personas que perciben un ingreso fiscalizable mensual mayor a 306 601 pesos. Con tres o más dependientes familiares pasará al tramo C	20%	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE	SNS MAI O MLE

SNS: Sistema Nacional de Salud.

MAI: Modalidad de asistencia institucional.

MLE: Modalidad de libre elección.

Fuente: Fonasa.

Garantías Explícitas en Salud: GES o AUGE

En el debate sobre la universalidad, que conceptualiza la salud como un derecho social, el SNS chileno pasó por una amplia reforma en el año 2005, la cual buscó garantizar: derechos de oportunidad (plazos de atención predeterminados), calidad (protocolos de atención y calificación con una acreditación previa para los prestadores) y protección financiera (el desembolso de un usuario no puede exceder el 25% de su ingreso anual). A partir de estos principios se comenzó por estipular 56 padecimientos que cubrieron el 37% de la carga de enfermedades del país (Urriola, 2006).

Cuadro 3.7. Transferencias a privados desde el presupuesto de salud, 2010-2013
(millones de USD y porcentajes)

<i>Tipo de transferencia</i>	<i>2013</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>Variación 2010-2013 (%)</i>
Convenios de provisión de prestaciones médicas	266 868	226 468	226 334	132 474	101.5
Bono AUGE	2 404	8 462	12 902	-	
Modalidad de libre elección	851 702	819 522	755 440	684 356	24.5
Total	1 121 076	1 054 454	994 678	816 832	37.0

Fuente: Urriola, 2013.

En la práctica, se observa que el principio de universalidad no pasa de ser un objetivo, pues no se cumple en el sistema, ya que si bien el número de padecimientos que se consideran va en aumento –en el momento de escribir este documento son 69 y pronto llegarán a más de 80–, con frecuencia la carga que se cubre no llega a 100% y se comienza a condicionar dependiendo del grupo etario y tipo de riesgo, entre otros factores.

Uno de los elementos más relevantes evidenciados luego de la implementación del Plan AUGE es el déficit de infraestructura y recursos que posee el SNS, variable que ha desencadenado un incremento crítico de las listas de espera. Pero la actualidad muestra una arista igual de grave, y es que dichas listas de espera se comenzaron a eliminar durante el gobierno del presidente Sebastián Piñera por medio de pagos excesivos en el sector privado, situación que profundizó el déficit de infraestructura, recursos y capital humano del sector público (Goyenechea, 2012). Sumando los gastos oficiales de Fonasa por medio de la modalidad de libre

elección en el sector privado, con la implementación del Bono AUGE⁵ se observa que los recursos del sector público se han gastado en mayor medida en el sector privado; en otras palabras, los recursos públicos transferidos al sector privado aumentaron en 37% entre 2010 y 2013. Según el programa de gobierno del candidato a la Presidencia en 2013, Marco Enriquez-Ominami, estos recursos, que equivalen al 20% del presupuesto público en salud, permitirían duplicar el financiamiento del gasto per cápita básico para la atención primaria o bien triplicar la inversión en la construcción de nuevos hospitales y consultorios públicos.

Financiamiento

Ingreso presupuestario en salud

Desde el retorno a la democracia en el año 1990, Chile ha tenido que aumentar considerablemente el gasto en salud. La distribución del ingreso presupuestario ha debido hacerse cargo de un sistema mixto donde el sector privado se encuentra parcialmente regulado y las últimas tendencias de transferencia del presupuesto público a entes privados ha profundizado el déficit en infraestructura, capital humano y recursos médicos. El cuadro 3.8 describe las proporciones del ingreso presupuestario y cómo se distribuye éste en las diversas instituciones del SNS chileno.

Gasto en salud

A partir de la década de los noventa Chile ha debido aumentar sostenidamente el gasto público en salud debido a tres elementos fundamentales:

1. Un déficit de infraestructura, recursos y capital humano en el sector público de salud debido a que durante 17 años el régimen militar propendió a un sistema privado con el propósito de que se sustituyera finalmente la totalidad del sector público.
2. Por lo anterior, se efectuó una considerable migración de los cotizantes del sector público al sector privado que, por añadidura, segregó el sistema; es

⁵ El gobierno de Sebastián Piñera implementó durante 2011 el Bono AUGE como un forma de eliminar las listas de espera AUGE, lo cual si bien consigue ese objetivo, no pondera el costo que tiene para el sector público transferir esos recursos al sector privado.

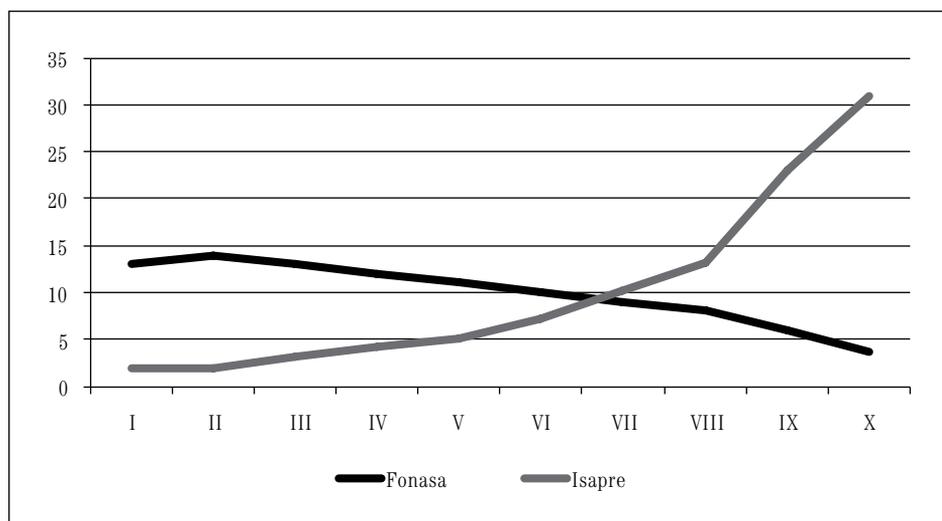
decir, los cotizantes de mayores ingresos y menor costo en riesgo de salud migraron hacia el sistema privado de Isapre, mientras que el sector público conservó a los cotizantes de bajos ingresos y mayor costo asociado al riesgo de salud, como muestra la figura 3.1.

Cuadro 3.8. Ingreso presupuestario del sector salud, 2013 (miles de millones de pesos)

<i>Distribución del ingreso</i>		<i>Ingreso</i>	<i>Fuente de ingreso</i>	<i>%</i>
Fonasa mm \$8 105	Nivel secundario y terciario	4 500	Cotizaciones	33
	Nivel primario	2 000		
	Libre elección	1 000		
	Licencias médicas	600	Aporte fiscal	58
	Fonasa institucional y préstamos	105		
Ministerio de Salud y entes autónomos mm \$1 555	Subsecretaría de Redes Asistenciales	980	Ingresos propios	7
	Subsecretaría de Salud Pública	500		
	Superintendencia de Salud	20		
	Cenabast	12	Transferencia y otros	2
	Instituto de Salud Pública	43		

Fuente: Elaboración propia, con datos del Ministerio de Salud.

Figura 3.1. Distribución de cotizantes en salud por deciles de ingreso (porcentajes)



Fuente: Ministerio de Planificación (2013).

3. Finalmente, el sistema de transferencias del sector público al sector privado como medida para eliminar listas de espera del sector público.

De la suma de estos tres elementos resulta que aun cuando el sector público ha incrementado su gasto como porcentaje del producto interno bruto, con lo que logró en el año 2005 superar el aporte del sector privado (como muestra el cuadro 3.9), no ha logrado presentar mejoras comparativas en eficiencia o efectividad.

Cuadro 3.9. Gasto en salud y su participación en el PIB 2000-2011 (miles de millones de pesos de cada año y % del PIB)

<i>Año</i>	<i>Gasto total</i>	<i>% PIB</i>	<i>Gasto público</i>	<i>% PIB</i>	<i>Gasto privado</i>	<i>% PIB</i>
2000	3 413 411	8.4	1 564 224	3.8	1 849 187	4.5
2001	3 785 386	8.7	1 741 755	4.0	2 043 631	4.7
2002	3 998 684	8.6	1 791 411	3.9	2 207 272	4.7
2003	3 873 478	7.6	1 912 123	3.7	1 961 355	3.8
2004	4 260 989	7.3	2 131 176	3.7	2 129 813	3.7
2005	4 558 480	6.9	2 349 401	3.5	2 239 079	3.4
2006	5 061 882	6.5	2 675 902	3.4	2 387 980	3.1
2007	5 694 695	6.6	3 039 685	3.5	2 655 010	3.1
2008	6 523 027	7.0	3 500 383	3.7	3 022 645	3.2
2009	7 347 002	7.6	4 058 416	4.2	3 288 587	3.4
2010	8 375 464	7.6	4 780 703	4.3	3 594 761	3.3
2011	8 792 943	7.3	5 102 631	4.2	3 690 313	3.1

Fuente: Fonasa.

Al desagregar por nivel de gasto (cuadro 3.10), se observa que la composición del gasto público se caracteriza por un fuerte y constante aumento del gasto directo, lo cual si bien va en la línea de países desarrollados, no incide en mejoras del sistema de salud pública, ya que el gasto indirecto efectuado principalmente por la modalidad de libre elección (*voucher*) no disminuye y, como ya se señaló, se complementa bajo el nuevo régimen del Plan AUGE desde el año 2005.

La participación del sector privado como porcentaje del PIB disminuye considerablemente entre los años 2000 y 2011, lo que se expresa en un sistema de baja valoración que pasó de cubrir casi el 30% de la población a tan sólo el 16% actualmente. Esto último, además de un mejor sistema de regulación público, explica la disminución de las cotizaciones voluntarias y el gasto de bolsillo.

Cuadro 3.10. Composición del gasto público y privado en salud 2000-2011
(miles de millones de pesos de cada año y porcentaje)

Año	Gasto público				Gasto privado				Gasto total	
	Directo	%	Indirecto MLE-MAI	%	Gasto de bolsillo	%	Cotización voluntaria	%	Total	%
2000	656 453	19.2	907 771	26.6	1 664 677	48.8	184 510	5.4	3 413 411	100
2001	761 968	20.1	979 786	25.9	1 830 060	48.3	213 571	5.6	3 785 386	100
2002	752 602	18.8	1 038 809	26.0	1 976 504	49.7	230 768	5.8	3 998 684	100
2003	821 087	21.2	1 091 036	28.2	1 692 663	43.7	268 693	6.9	3 873 478	100
2004	954 239	22.4	1 176 937	27.6	1 828 086	42.9	301 728	7.1	4 260 989	100
2005	1 055 491	23.0	1 293 910	28.2	1 910 562	41.6	328 517	7.2	4 588 480	100
2006	1 271 767	25.1	1 404 135	27.7	2 034 981	40.2	352 999	7.0	5 063 882	100
2007	1 470 290	25.8	1 569 395	27.6	2 270 751	39.9	384 259	6.7	5 694 695	100
2008	1 729 283	26.5	1 771 099	27.2	2 579 339	39.5	443 306	6.8	6 523 027	100
2009	2 260 773	30.8	1 797 642	24.5	2 816 509	38.3	472 078	6.4	7 347 002	100
2010	2 588 073	30.9	2 192 630	26.2	3 075 486	36.7	519 275	6.2	8 375 464	100
2011	2 658 014	30.2	2 444 617	27.8	3 358 277	38.2	332 036	3.8	8 792 943	100

Fuente: Fonasa.

Tendencias y reformas en marcha

Atención primaria de la salud

Hoy, a escala tanto nacional como internacional, existe consenso en privilegiar la atención primaria para el desarrollo equilibrado del Servicio Nacional de Salud (Arellano, 2012). Y si bien Chile cuenta negativamente en este aspecto con un sistema fragmentado debido a la municipalización ejecutada por el régimen militar, la tendencia actual del SNS chileno busca avanzar en una redefinición total de la atención primaria en salud, tanto en la oferta de servicios para tratar los padecimientos como en la manera en que se otorgan los servicios y la forma como el sistema se relaciona con la comunidad. El Modelo de Salud Familiar ha buscado que el sistema no se confunda con un sistema ambulatorio y que el déficit de especialistas se supere con una mejor coordinación por parte del manejo de la red asistencial. Sin embargo, el principal elemento de atención actual es el que sugieren Montero *et al.* (2008) cuando señalan que el sistema per cápita basal promedio debería ascender a alrededor de 3 700 pesos mensuales, y, sin embargo, en el 2011 llegó tan sólo a 2 700 pesos mensuales.

Medicamentos y gasto de bolsillo

Los medicamentos se encuentran entre los factores que se incluye dentro del gasto de bolsillo, es decir, el gasto en consumo final efectivo en servicios de salud, tanto en forma de copagos como pagos completos de atención médica, dental, insumos médicos, prótesis, órtesis, atención hospitalaria y farmacológica. En el caso chileno esto se refiere a cualquier tipo de pago sobre el 7% de cotización obligatoria (Urriola, 2013). Al respecto, Chile se ha enfocado a disminuir el precio en este rubro por medio de una nueva acreditación de medicamentos genéricos y una nueva institucionalidad para la venta de medicamentos, la cual fue aprobada a fines del año 2013.

Listas de espera

Como ya se señaló, Chile se encuentra en un proceso de reducción de listas de espera por medio de transferencias al sector privado, donde claramente el costo es más elevado y se acrecienta el déficit estructural de funcionamiento del sector público de salud.

Médicos especialistas

Al igual que todos los países de la región, Chile posee un déficit de especialistas a lo largo de todo el país. Si bien la centralización que mantienen la mayoría de los países de la región puede ser una explicación contundente de este fenómeno, lo cierto es que en el caso chileno existe un problema de grupos de presión liderado por el colegio médico y las sociedades de especialistas, que intentan manejar el mercado de formación de especialidades. Junto a esto, se debe tener en consideración que el sistema de salud debiera avanzar a un mejor manejo centralizado con una mayor facultad para decidir sobre el destino de los recursos médicos a lo largo de todo el país.

Derecho social y universalismo

Chile hoy enfrenta este debate como un sistema que, a diferencia del caso mexicano, transita desde un sistema diseñado en su inicio bajo principios de mercado con una alta tasa de privatización del seguro y prestación de la salud, hacia un sistema

en el cual se comienza a entender la salud como un derecho social. Debido a una política de consensos, el país ha debido reformar lentamente el sistema hacia uno mixto donde se aumente la regulación sobre el sector privado y se aseguren determinadas garantías explícitas (Plan AUGE desde el sector público). En la actualidad, la falta de credibilidad ante los ciudadanos y el análisis de vulnerabilidad del sector público frente al sistema de Isapre expresa una manera de pensar lo público como un fracaso del mercado, tanto por el desenvolvimiento de las Isapre como desde el sistema de *voucher*, donde a través del Modelo de Libre Elección de Fonasa se transfieren recursos públicos a prestadores de salud privados. Hoy el universalismo se entiende como una provisión que tiene la pretensión de ser igual para todos en la medida que todos son ciudadanos y tienen el mismo derecho; esta declaración universalista chilena proviene de la evidencia empírica de que el mercado y las Isapre no tienen la capacidad de asegurar correctamente a la población (Atria *et al.*, 2013).

Conclusiones y aprendizajes

Es claro que exportar e importar políticas públicas en un “mercado global” debe hacerse con todo cuidado. Más allá de revisar las posibilidades de adecuar variables internacionales a un contexto nacional, es más prudente importar tendencias para reflexionar y tenerlas en cuenta al momento de registrar debates de política con la mayor cantidad de argumentos basados en evidencia empírica.

Teniendo en cuenta la situación que busca afrontar México, del caso chileno pueden retomarse los siguientes elementos.

1. Tendencias negativas del SNS:

- a)* Es importante comprender que el SNS chileno tiene como pilar fundamental la cohesión y la coordinación de los niveles de atención. Esto permite la flexibilidad ante cambios epidemiológicos, déficit de recursos y eficiencia en la gestión médica. Tal como se mencionó, la municipalización chilena de la atención primaria fragmentó las políticas preventivas y de promoción de la capacidad resolutoria de la atención secundaria y terciaria.
- b)* El SNS chileno tiene la figura del Servicio de Salud para coordinar la red asistencial regional; sin embargo, la función y las competencias que se consideran para el cargo de director privilegian la cercanía política y no

permiten un correcto desempeño que se adecue a la realidad específica de cada región, tanto desde el punto de vista epidemiológico como en el manejo de los recursos e infraestructura médica.

c) El establecer un sistema de pagador único (Fonasa) puede ser una fortaleza; sin embargo, cuando este diseño institucional no incluye la responsabilidad política y sanitaria, y sólo se privilegia el criterio de eficiencia económica, la coordinación de la red se ve afectada negativamente.

d) Creación de un mercado privado en el campo de la salud. En el momento de dar forma a un sistema de este estilo se debe tener en cuenta la proyección de variables como la segregación por ingreso y por riesgo, donde no sólo se puede producir explícitamente con la creación de Isapre con facultades de selección de cotizantes, sino que se puede profundizar con modelos como el de libre elección que hoy mantiene Fonasa. Es claro que estos efectos no deseados pueden potenciarse incluso más por factores condicionantes para cualquier mercado, como es la concentración de grupos económicos, el control de precios, los vacíos legales entre aseguradores y prestadores, entre otros.

2. Se debe consensuar una hoja de ruta del cambio epidemiológico a fin de ponderarlo siempre que se discuta la inclusión o exclusión de una variable de política pública.

3. Gasto público y gasto privado. Una de las bases fundamentales del debate sobre gastos en salud es que el gasto público debe ser superior al privado cuando se buscan sistemas nacionales de salud que brinden mayor equidad. Este principio se vuelve más relevante en los sistemas latinoamericanos si se considera que en éstos la desigualdad es mayor. El entender la salud como derecho social implica una presencia y protagonismo del Estado como representante de un interés colectivo en la salud de todos y cada unos de los habitantes de un país.

Análisis DAFO del sistema de atención a la salud en Chile

Debilidades

- La municipalización de la atención primaria afecta la coordinación entre capacidad resolutive y prevención.

- Hay descentralización administrativa, pero no política ni económica.
- La tesorería (Fonasa) actúa sin responsabilidad administrativa.
- El financiamiento del GES se hace a través del IVA.

Amenazas

- Déficit de especialistas.
- Espiral de costo frente al GES (AUGE).
- Cierre de listas de espera vía sector privado.
- Déficit de directivos en hospitales y servicios de salud.
- Costo de los medicamentos.

Fortalezas

- Aumento del gasto público sobre el privado.
- Las Garantías Explícitas en Salud gozan de alta legitimidad.

Oportunidades

- Desarrollo de un sistema de salud mixto articulado con un énfasis en la atención primaria de salud, de forma de avanzar decididamente hacia la prevención.
- 84% de la población se encuentra en el sector público.
- Fondo de Compensación de Riesgos.

CAPÍTULO CUARTO

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN COSTA RICA

PABLO SAUMA*

*Introducción*¹

Los objetivos específicos de este capítulo son: *a)* describir los marcos jurídicos que garantizan el cumplimiento del derecho humano a la salud en Costa Rica, y *b)* describir y analizar el esquema general de organización y funcionamiento de su sistema de salud, financiamiento, gasto, provisión de servicios y contenido, población beneficiaria, criterios de racionamiento de los servicios de atención, esquemas de adquisición de medicamentos, uso de los recursos humanos e indicadores de eficiencia.

El capítulo se divide en cinco apartados. En el primero se ofrece un panorama sobre la organización y el marco normativo del sistema de salud, así como acerca de los mecanismos de acceso a los derechos relativos a la salud. En el segundo se incluye lo referente a la cobertura, financiamiento y gasto en salud. El tercer apartado se dedica a la gestión del seguro social de salud. En el cuarto se realiza un análisis sintético de la situación del seguro social de salud en Costa Rica. El quinto apartado incluye un análisis DAFO de cara a la conformación del sistema de salud en México. Este capítulo finaliza con la descripción del itinerario tipo de un paciente en el sistema de atención a la salud en Costa Rica.

* Universidad de San José de Costa Rica

¹ Una versión preliminar de este trabajo se publicó en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037_es.pdf?sequence=1>.

Organización y marco normativo del sistema de salud

El sistema de salud costarricense sufrió una importante transformación a mediados de la década de los noventa, cuando se inició la implementación de la denominada “reforma del sector salud”. El origen de la reforma se encuentra en las discusiones sobre el sector surgidas desde mediados de la década de los ochenta, pero de manera más puntual se puede decir que comienza con la instalación, en 1991, de la Comisión Evaluadora del Sector Salud, en el marco de la discusión sobre la reforma del Estado costarricense. Esta comisión identificó los principales problemas que enfrentaba el sector, y a partir de sus resultados el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss) y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (Mideplan) elaboraron el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud en 1993.

Según ese plan, los objetivos primordiales de la reforma fueron:

- a) Aumentar la capacidad institucional.
- b) Rediseñar la organización.
- c) Regular el funcionamiento del sistema de salud e impulsar un modelo de atención con énfasis en la atención primaria.

Estos objetivos se enmarcaron en los principios orientadores del modelo de la seguridad social: universalidad, equidad y solidaridad. Dicho plan se fue implementando con el tiempo, e incluso hoy día hay aspectos en los que no se ha avanzado, por lo que se trata de una reforma inconclusa.

A continuación se detalla la organización del Sistema Nacional de Salud, su marco normativo, así como los mecanismos de acceso a los derechos relativos a la salud.

Organización del Sistema Nacional de Salud

En la actualidad, el sistema de salud costarricense está conformado por una entidad rectora, el Ministerio de Salud, y por prestadores de servicios tanto públicos como privados.

Rectoría: Ministerio de Salud

En el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo No. 34.510, 2008) se señala que la rectoría de la salud es la “función mediante la cual el Ministerio de Salud lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de

los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población”. Es importante destacar que antes de la reforma mencionada, el Ministerio de Salud también realizaba las funciones de atención preventiva y curativa a pacientes; sin embargo, éstas fueron trasladadas a la ccss.

Servicios de salud

En el mismo reglamento se definen los servicios de salud como aquellos que se proveen a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar, con equidad, su estado de salud. Se refiere a los servicios de atención intramuros –puesto de salud, sede de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud, consultorio, clínica, hospital, farmacias y laboratorios, entre otros– y extramuros –domicilio, escuela, centro de trabajo y comunidad–, así como al suministro de agua segura para uso humano, la disposición sanitaria de aguas residuales, residuos sólidos y aguas pluviales, y el control de la fauna nociva.

Prestadores de servicios

Los prestadores de los servicios son públicos y privados. El prestador de servicios de salud más importante del país es la ccss, institución pública administradora del seguro social de salud que es obligatorio, solidario y universal, y que cubre al 85.2% de la población nacional en la condición de aseguramiento formal, según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) 2012, aunque en la práctica atiende al 100% de la población, especialmente por la vía de urgencias. Se financia de manera tripartita con las contribuciones de los trabajadores, los patrones y el Estado.

En el sistema público de salud también se incluyen el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado y las áreas de salud de las universidades. Sin embargo, los temas de agua y saneamiento y el aporte de las universidades en la formación de recursos humanos e investigación no son considerados para efectos de la prestación de servicios de salud.

Otro actor público importante es el Instituto Nacional de Seguros (INS), empresa de carácter público que hasta hace pocos años tuvo el monopolio de los seguros en el país –excluyendo aquellos a cargo de la ccss–, que brinda servicios de salud como parte de las prestaciones del Seguros de Riesgos de Trabajo y el Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores, los cuales administra. Algunos de estos servicios los presta directamente y en otros casos los contrata a diferentes prestadores. El Seguro de Riesgos de Trabajo cubre a los trabajadores asegurados

ante la eventualidad de accidentes y enfermedades laborales en el desempeño de su trabajo. El patrón cubre el costo de este seguro, que es obligatorio. El Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores brinda los servicios de atención médica a las víctimas de accidentes de tránsito, entre otras prestaciones. El seguro lo pagan anualmente los propietarios de los vehículos automotores junto con el derecho de circulación. Sin embargo, estos seguros no se consideran en este estudio por dos motivos: primero, porque son seguros de pólizas individuales, en los que los servicios se brindan a los asegurados que lo requieran hasta que su póliza se agote, sin componente solidario –más bien priva la búsqueda de beneficios para la institución que presta el servicio–. En segundo lugar, porque a raíz de la apertura del monopolio en el año 2008, la información sobre estos seguros pasó a ser confidencial, por lo que no está disponible.

En lo que respecta al sector privado, cabe decir que siempre ha desempeñado un papel importante en la prestación de servicios, pero a partir de la década de los noventa ha mostrado un crecimiento acelerado. Se incluyen aquí las consultas médicas –principalmente de especialistas– y odontológicas, así como los servicios de hospitalización, de apoyo, microbiología, exámenes de diversos tipos, entre otros, además de la provisión de productos farmacéuticos.

Marco normativo

El marco normativo que regula el tema de salud en Costa Rica incluye tanto tratados internacionales –entre otros, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales–, como una sólida legislación nacional. En este último caso, la Constitución Política de 1949 y sus reformas son el máximo instrumento jurídico del país. Sin embargo, cronológicamente primero se debe hacer referencia a la creación, en 1941, de la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss).

Caja Costarricense de Seguro Social

Esta institución fue creada para administrar los seguros sociales obligatorios. Según la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley No. 17 de 1943, “El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario” (artículo 2) y “Las coberturas de Seguro Social –y el ingreso al mismo– son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario” (artículo 3). Si bien la cobertura inicial está contemplada solamente para los trabajadores asalariados, la

ley prevé en el mismo artículo 3 su extensión a los trabajadores independientes: “La Junta Directiva fijará la fecha en que entrará en vigencia el Seguro Social de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro”.

Constitución política

La Constitución Política de 1949, con sus reformas incluidas, no hace referencia explícita a la salud, pero arraiga los seguros sociales a cargo de la ccss. En su artículo 73, señala:

Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social [...] Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.

Esta última oración es importante en tanto explica por qué el seguro de riesgos profesionales se mantiene aparte y es administrado por el Instituto Nacional de Seguros.

Además del financiamiento tripartito “forzoso” establecido en el artículo 73, la Constitución Política dispone en su artículo 177 el cargo al presupuesto nacional de los déficits en que incurran los seguros sociales:

Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el poder ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.

Hay que resaltar que ese mismo artículo de la Constitución confirma la “universalización” de los seguros sociales.

Ley General de Salud

La Ley General de Salud (N° 5395 de 1973 y sus reformas que reemplaza legislación previa en la materia) establece en su artículo 1: “La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”, y en el artículo 2 señala:

Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al poder ejecutivo por medio del Ministerio de Salud la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

La parte específica de la rectoría, como ya se ha señalado, queda definida en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo No. 34510, año 2008) como la “función mediante la cual el Ministerio de Salud lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población”. En el artículo 3 de ese mismo reglamento se especifican las funciones del Ministerio de Salud, atendiendo a lo establecido en la Ley General de Salud:

- a) *Definición de las políticas nacionales de salud.* Definir las prioridades de intervención sobre la situación de la salud y sus determinantes y, cuando sea necesario para causar el impacto requerido, concertar directamente con los actores del Sistema Nacional de Salud las acciones estratégicas necesarias, incluidas las relacionadas con la consecución de recursos, para proteger y mejorar el estado de salud de la población.
- b) *Promoción de la salud.* Definir y ejecutar las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud entre la población, persuadir o incentivar a los actores sociales para que adopten e implementen las acciones de promoción de la salud.
- c) *Vigilancia de la salud.* Seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población.
- d) *Planificación estratégica de la salud.* Formular y ejecutar planes y proyectos, sectoriales e intersectoriales dirigidos a proteger y mejorar la salud de la

población a partir de las políticas nacionales de salud y la información sobre el estado de la salud, sus determinantes y tendencias.

- e) *Modulación del financiamiento de los servicios de salud.* Garantizar que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.
- f) *Armonización de la provisión de los servicios de salud.* Determinar, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado, definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios y promover la articulación y complementariedad de los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.
- g) *Regulación de la salud.* Elaborar y controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario o que realice actividades o mantenga conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.
- h) *Evaluación del impacto de las acciones en salud.* Evaluar el impacto de las acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

La Ley General de Salud es muy amplia y establece la regulación para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, así como para la prestación de servicios. Destacan, entre otros: *a)* deberes y restricciones en el ejercicio de las profesiones y oficios en ciencias de la salud; *b)* requisitos para operar laboratorios de salud (análisis químico-clínicos, bancos de sangre, biológicos) y restricciones; *c)* medicamentos; *d)* requisitos para operar establecimientos farmacéuticos y restricciones, entre otras disposiciones. Es importante destacar que estas normas rigen para establecimientos y servicios tanto privados como públicos.

Cabe destacar que independientemente de que se logre la cobertura universal del seguro administrado por la ccss y la condición de aseguramiento, la Ley General de Salud en su artículo 3 dispone: “Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen, y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de su familia y la de la comunidad”.

Otra normatividad

Existe una amplia normatividad que en el marco de los instrumentos generales antes mencionados regula aspectos específicos del sector. Son relevantes, en ese sentido, los reglamentos relacionados con la afiliación y operación del seguro de salud (enfermedad y maternidad), emitidos por la junta directiva de la ccss, constituida tripartitamente, a la que la Ley Constitutiva de la institución da amplios poderes para definir reglamentos y normatividad interna.

También son relevantes todas las leyes y decretos relacionados con la universalización de los servicios que brinda la ccss, algunos de los cuales se mencionarán más adelante, con la reforma del sector, y otros. Sin embargo, su enumeración y análisis detallado escapa al propósito del presente estudio.

Mecanismos de reclamación de derechos relativos a la salud

El principal mecanismo al que recurren los residentes en Costa Rica (nacionales y extranjeros) para reclamar sus derechos en el ámbito de la salud es la Sala Constitucional del Poder Judicial. Esta Sala fue creada en 1989 (Ley No. 7128) como una instancia especializada de la Corte Suprema de Justicia para conocer y declarar, por mayoría absoluta de sus miembros, la “inconstitucionalidad de las normas de cualquier naturaleza y de los actos sujetos al derecho público” (artículo 10, párrafo primero de la Constitución), así como de los recursos de *habeas corpus* y amparo, para garantizar la integridad y libertad de las personas y el goce de los otros derechos consagrados en la Constitución y en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos (artículo 48 constitucional).

Según estadísticas oficiales del Poder Judicial, entre 1989 y 2012, de los 86 941 casos que entraron a la Sala Constitucional, 68 537 (78.8%) correspondieron a recursos de amparo, lo que pone en evidencia que es un mecanismo muy utilizado por la población.

Se calcula que en los últimos años este tribunal ha recibido cada día por lo menos 15 recursos de amparo contra la ccss en resguardo del derecho a la protección de la salud, tanto en lo referente a medicamentos como en lo relativo a listas de espera para exámenes y cirugías, y prestación de otros servicios.

El caso de los medicamentos reviste particular relevancia, pues por lo general se trata de fármacos para tratamientos especiales fuera de la lista oficial de medicamentos. Para ilustrar esta situación baste reproducir algunos datos difundidos por el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (2009): en el año 2008

la Sala Constitucional dio trámite a 103 recursos de amparo interpuestos en relación con el suministro de medicamentos por parte de la ccss, de los cuales declaró procedentes 60, en beneficio de 71 personas. Estas sentencias obligaron a la institución a comprar medicamentos específicos para los 71 pacientes beneficiados, lo que implicó una erogación de 1.5 millones de dólares, cifra que representó el 1% del presupuesto total de la ccss para la compra de medicamentos. En el 2009 se interpusieron en la Sala Constitucional 164 recursos de amparo en relación con medicamentos, de los cuales 106 fueron declarados válidos, con un costo similar al del año previo: 1.5 millones de dólares (Dirección de Farmacoepidemiología de la ccss). Es importante destacar que, según la misma fuente, en el 2009, de ese monto, casi 1.4 millones de dólares correspondieron a medicamentos oncológicos.

Atención de la población extranjera

Todos los extranjeros residentes legalmente en el país pueden asegurarse directamente, con los mismos derechos y beneficios, y las mismas obligaciones que los nacionales. Los extranjeros en situación migratoria irregular, así como los extranjeros transitoriamente en el país y que hayan ingresado de forma regular, pueden utilizar los servicios de salud en caso de urgencia, y una vez recibida la atención, se procede a la facturación de los servicios.

La Ley General de Migración y Extranjería vigente en el país (Ley No. 8764 de 2009) establece en el inciso 7 del artículo 7 que “la tramitación de toda gestión migratoria deberá garantizar el aseguramiento a la seguridad social por parte de las personas migrantes. Tal garantía obligará a que todo trámite migratorio deba contemplar, como uno de sus requisitos básicos, contar con los seguros que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss)”. Con ello se pretende el aseguramiento de toda la población migrante regular del país.

Cobertura, financiamiento y gasto en salud

En este apartado se analizan la cobertura del seguro social de salud, el financiamiento y el gasto de los servicios a cargo del sector público, y se realizan algunas consideraciones sobre el gasto privado en salud.

Población cubierta por el seguro social de salud

El seguro social de salud a cargo de la ccss es, en principio, obligatorio, pretende ser universal en su afiliación y cobertura, y es solidario tanto en su financiamiento (todos pagan de acuerdo a sus ingresos) como en las prestaciones (todos reciben los servicios según sus necesidades).

Si bien el seguro social de salud pretende ser universal, a la fecha no se ha alcanzado la afiliación del 100% de la población. Como ya se ha señalado, según la Enaho del 2012, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en ese año el 85.2% de la población nacional estaba asegurada, aunque en la práctica se atiende al 100% de la población, especialmente por la vía de urgencias.

El proceso de universalización de la afiliación ha sido lento. Aunque desde su creación el seguro fue dirigido a todos los trabajadores “manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario” de acuerdo al artículo 3 de la Ley Constitutiva de la ccss, en un inicio fue obligatorio para trabajadores con salarios inferiores a cierto límite de la capital y principales cabeceras de provincia. El seguro beneficiaba solamente a los asegurados directos y no al núcleo familiar. Si bien en el mismo artículo 3 se indicaba que la Junta Directiva debería fijar la fecha de entrada en vigencia del seguro para los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro, no se dieron avances en ese sentido.

En 1961, mediante Ley No. 2738, se agregó un párrafo transitorio al artículo 177 de la Constitución Política, en que se señala: “La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”; es decir, se puso plazo a la universalización y se ordenó la cobertura familiar. En 1973 se emitió la Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Ley No. 5349), que trasladó a la ccss los hospitales y otros establecimientos y recursos de salud que hasta ese momento eran administrados por otras instituciones.² En lo que se refiere a la cobertura, se dio un gran avance

² Es importante destacar que el Ministerio de Salud mantuvo la prestación de los servicios de atención primaria de la salud, mientras que la ccss se ocuparía de las clínicas y hospitales. Posteriormente, en 1982 se inició un proceso de integración de los servicios brindados por ambas instituciones, hasta que a mediados de los años noventa, con la reforma del sector, la ccss asumió totalmente la prestación de los servicios.

en 1975 con la creación del Seguro Voluntario y la promulgación del Reglamento para la extensión de los Seguros Sociales a los Trabajadores Independientes. Si bien inicialmente la afiliación fue obligatoria, por limitaciones de carácter jurídico pasó a ser voluntaria a partir de 1978. Vale destacar que en la Ley de Protección al Trabajador (Ley No. 7983 del año 2000) se reitera la importancia de que los trabajadores independientes se afilien a la ccss (transitorio XII), pero no se establece la obligatoriedad.

En 1984 se dieron dos avances significativos para la cobertura del seguro. El primero fue la protección mediante convenios de aseguramiento colectivo de trabajadores independientes agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, inicialmente dirigido a las organizaciones de pequeños y medianos agricultores, pero que luego se extendió a diversos grupos de trabajadores independientes. El segundo fue la creación del Seguro por Cuenta del Estado para proteger a la población indigente.

Los asegurados por cuenta del Estado son personas que junto con sus familias adquieren la condición de asegurados por carecer de ingresos suficientes, y por su condición de pobreza se encuentra en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del seguro de salud. La Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Ley No. 5349, de 1973) establece en su artículo 2: “la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias”. A partir de 1987, con la emisión del Reglamento del régimen de asegurados por cuenta del Estado (Decreto Ejecutivo No. 17898-S de 1987), se formalizó el cumplimiento de lo dispuesto por la ley, y posteriormente se ha emitido normatividad.

En el cuadro 4.1 se muestra la evolución de la cobertura del seguro social de salud, los asegurados directos respecto a la población económicamente activa (PEA) total. Como se aprecia ahí, en 1950 la cobertura apenas alcanzaba el 21.9% de la PEA y para 1970 había crecido hasta el 37.7%. Con las propuestas de universalización de los años setenta se llegó a alcanzar el 67.2% de cobertura en 1980, magnitud que con algunas pequeñas variaciones se mantuvo durante las décadas siguientes.

Según cifras oficiales de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la ccss (Estadística de Patronos, Trabajadores y Salarios), en junio de 2012 el total de asegurados directos activos era de 1 557 783 personas, cifra que representa un 67% de la PEA de ese año.

Cuadro 4.1. Porcentaje de la población económicamente activa cubierta por el seguro social de salud, 1950-2010

<i>Año</i>	<i>Porcentaje de la población económicamente activa</i>
1950	21.9
1960	25.2
1970	37.7
1980	67.2
1990	64.8
2000	64.6
2010	66.0

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la ccss.

Cuadro 4.2. Asegurados directos del seguro social de salud, junio de 2012

	<i>Personas</i>	<i>% del total asegurados</i>	<i>% del total asegurados directos activos</i>
Total de asegurados directos	2 304 020	100.0	
<i>Asegurados directos activos</i>	1 557 783	67.6	100.0
Asalariados	1 144 159	49.7	73.4
empresa privada	845 623	36.7	54.3
servicio doméstico	13 256	0.6	0.9
sector público	285 280	12.4	18.3
No asalariados	413 624	18.0	26.6
trabajadores independientes	344 830	15.0	22.1
convenios especiales	68 794	3.0	4.4
<i>Asegurados directos pensionados*</i>	344 718	15.0	
<i>Asegurados por cuenta del Estado**</i>	401 519	17.4	

* Pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público.

** Algunos de estos asegurados por cuenta del Estado podrían formar parte de la PEA, pero para efectos de esta clasificación priva la forma de aseguramiento.

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la ccss.

Como se refleja en el cuadro 4.2, prácticamente tres de cada cuatro asegurados directos activos son asalariados, y uno de cada cuatro es no asalariado. Los asalariados del sector privado son poco más de la mitad del total de asegurados directos activos, y los asalariados del sector público casi una quinta parte. En el caso de los

trabajadores no asalariados, la gran mayoría están asegurados como trabajadores independientes, y una cantidad menor por convenios especiales.

Además de los asegurados directos que forman parte de la PEA, también son asegurados directos los pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público, así como la población en situación de indigencia asegurada por el Estado.³ Al agregar éstos a los activos, el total de asegurados directos se incrementa a 2 304 020 personas en junio del 2012 (cuadro 4.2), cifra que representa prácticamente la mitad de la población (49.5%).

La ccss no dispone de información sobre los hogares de los asegurados y sus características, por lo cual para tener una aproximación al perfil de los asegurados y no asegurados se debe recurrir a la Enaho, realizada anualmente por INEC.

Estadística y censos con cobertura nacional

En el cuadro 4.3 se presentan los resultados de la Enaho 2012, cuyo trabajo de campo se realiza en julio. Tal como se esperaba, existen diferencias entre esos resultados y los registros administrativos del cuadro 4.2, pero al ser pequeñas, se otorga confiabilidad al análisis siguiente: 45.4% de la población es asegurada directa, la mayor parte por su participación activa en el mercado de trabajo (32.9%), una proporción menor por su condición de pensionado o jubilado de regímenes públicos (7.9%), y un 4.6% como asegurados por cuenta del Estado. Prácticamente 40% de la población está asegurada indirectamente por su condición de familiares de asegurados directos, ya sean activos o pensionados. Finalmente, el 14.8% de la población no está asegurada. De la población no asegurada, que suma 688 919 personas, 306 308 (44.5%) son económicamente activas y 86 011 (12.5%) eran desempleadas al momento de la encuesta. El restante 43.0% (296 600 personas) corresponde a población económicamente inactiva.

Cuando se considera solamente a los ocupados no asegurados, se observa una combinación de asalariados en empresas privadas, principalmente en el sector informal, el servicio doméstico y trabajadores independientes. Llama la atención que en términos porcentuales las magnitudes entre asalariados y no asalariados son muy similares, lo que pone en evidencia que el problema de cobertura no es exclusivo de los trabajadores independientes.

³ Como se indica en el cuadro 4.2, algunos de los asegurados por cuenta del Estado podrían formar parte de la PEA, pero para efectos de la clasificación realizada aquí priva la forma de aseguramiento.

**Cuadro 4.3. Condición de aseguramiento (seguro social de salud)
de la población total, julio de 2012**

	<i>Población</i>	<i>% de la población</i>
Población total	4 667 076	100.0
<i>Asegurados directos</i>	2 118 123	45.4
Activos	1 535 097	32.9
Asalariados	1 117 460	23.9
empresa privada	807 326	17.3
servicio doméstico	23 227	0.5
sector público	286 907	6.1
No asalariados	417 637	8.9
trabajadores independientes	388 665	8.3
convenios especiales	28 972	0.6
Pensionados*	369 108	7.9
Cuenta del Estado	213 918	4.6
<i>Asegurados indirectos</i>	1 860 034	39.9
Familiares de activos	1 757 885	37.7
Familiares de pensionados*	102 149	2.2
<i>No asegurados</i>	688 919	14.8

* Pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público.

Fuente: Estimación propia con la base de datos de la Enaho 2012.

En el caso de la población inactiva no cubierta por el seguro social de salud, 296 600 personas, conviene destacar que el 43.4% se encuentra en situación de pobreza⁴, por lo que tendrían acceso al aseguramiento por cuenta del Estado, y 23.8% se podrían considerar vulnerables a la pobreza, con ingresos que las ubican en el segundo quintil.

Dos últimos aspectos a resaltar. En primer lugar, según la Enaho 2012, entre los ocupados asalariados el aseguramiento directo alcanzó el 84.5%, mientras que entre los no asalariados, trabajadores por cuenta propia y patronos, apenas fue de 56.1%, lo que pone en evidencia que lograr el aseguramiento de todos los ocupados requiere de esfuerzos especiales en el caso de los trabajadores independientes. En esta misma línea se debe destacar que un 21.2% de los trabajadores no asalariados era en ese año asegurado indirecto; el 74.4% son mujeres, lo cual

⁴ El porcentaje de hogares pobres en el año considerado fue 20.6%, por lo que prácticamente corresponde con el primer quintil de hogares según su ingreso per cápita.

constituye un aliciente para no optar por el aseguramiento directo dado el costo que conlleva, pero deja de lado los beneficios de la cotización, como el caso de la percepción del pago por concepto de incapacidad en caso de enfermedad, derecho exclusivo de los cotizantes, y de la pensión por vejez.

En segundo lugar está lo relacionado con los inmigrantes. La ENAHO no capta información sobre la situación migratoria regular o irregular de las personas nacidas en el extranjero, por lo que no es posible conocer la situación con precisión. El uso de registros administrativos, por su parte, tiene la limitación de que considera solamente a los asegurados. No obstante, a partir de la encuesta se puede tener una idea de lo que sucede: mientras que no estaban asegurados ni directa ni indirectamente sólo 13% de los trabajadores ocupados nacidos en Costa Rica, entre los nacidos en el extranjero el porcentaje asciende a 30.6%. Sobre este particular, debe tomarse en cuenta que la reforma migratoria a que se hizo referencia en la primera parte de este capítulo –que exige el aseguramiento para regularizar la situación en el país de los inmigrantes– se encuentra en proceso, por lo que se deben esperar mejorías en esa situación.

Financiamiento y gasto del sistema público de salud⁵

El Ministerio de Salud se considera rector del sistema y del seguro social de salud administrado por la ccss. En lo que respecta al financiamiento, el gasto de la rectoría se financia principalmente con recursos del presupuesto nacional, que provienen en su mayor parte de impuestos indirectos. A su vez, el seguro social de salud de la ccss se financia con contribuciones tripartitas sobre la base de cotización del ingreso laboral: 5.50% al trabajador, 9.25% al patrón y 0.25% al Estado, para un total de 15%.

Esta escala contributiva se aplica a los trabajadores asalariados, con diferencias para las otras modalidades de aseguramiento. En el caso de los trabajadores independientes, antes de noviembre del 2012 la cotización total era de 11.5%, pero a partir del 1 de noviembre de ese año se incrementó a 12%. En el caso del ingreso mínimo contributivo –es decir, el ingreso mínimo sobre el cual puede cotizar cualquier trabajador–, la contribución es del 4% para el trabajador y 8% para el Estado;

⁵ Para una mejor comprensión del contenido de este apartado conviene tener en cuenta el tipo de cambio colón/USD entre los años 2000 y 2012. 2000: \$589.40; 2001: \$565.40; 2002: \$566.30; 2003: \$573.60; 2004: \$560.60; 2005: \$538.00; 2006: \$516.30; 2007: \$476.90; 2008: \$428.40; 2009: \$432.60; 2010: \$375.50; 2011: \$344.40; 2012: \$327.70.

conforme aumenta el ingreso cambian gradualmente los porcentajes, hasta que a partir de ingresos iguales o superiores a seis veces el salario mínimo, el total de la contribución del 12% recae sobre los trabajadores. En el caso de los asegurados por convenios especiales también hay contribución estatal, y los porcentajes se fijan según las características del grupo de trabajadores.

Cuadro 4.4. Caja Costarricense de Seguro Social: ingresos del seguro de enfermedad y maternidad, 2008-2012 (miles de millones de colones corrientes* y constantes, porcentajes)

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Miles de millones colones corrientes</i>					
<i>Total ingresos</i>	885.2	1 108.0	1 205.7	1 310.9	1 441.9
Ingresos corrientes	795.6	967.9	1 071.6	1 268.8	1 409.3
Ingresos tributarios	708.3	818.1	933.7	1 047.2	1 155.3
Contribución patronal sector privado	246.6	266.2	299.6	333.7	371.8
Contribución obrera sector privado	165.7	179.0	204.1	229.1	256.9
Contribución patronal sector público	185.5	234.0	268.3	303.2	330.6
Contribución obrera sector público	110.5	138.9	161.7	181.2	196.0
Ingresos no tributarios	43.5	52.9	52.0	49.6	62.6
Transferencias corrientes	43.8	96.9	85.9	172.1	191.4
Ingresos de capital	17.8	87.9	40.0	3.6	1.9
Financiamiento	70.8	52.2	94.1	38.4	30.7
<i>Miles de millones de colones 2012**</i>					
<i>Total ingresos</i>	1 104.3	1 283.0	1 321.4	1 369.8	1 442.0
<i>Porcentajes</i>					
Crecimiento ingresos reales	-	16.2	3.0	3.7	5.3
Ingresos corrientes/total ingresos	90.0	87.4	88.9	96.8	97.7
Contribuciones/ingresos corrientes	89.0	84.5	87.1	82.5	82.0

* Para establecer las equivalencias en dólares estadounidenses, ver los tipos de cambio aplicados en la nota 5 de la página anterior.

** Deflactado con el Índice de Precios al Consumidor.

Fuente: ccss: Liquidaciones Presupuestarias 2008-2012 (Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto).

En cuadro 4.4 se muestran los ingresos del seguro de enfermedad y maternidad de la ccss para el periodo 2008-2012. Como se aprecia, los ingresos mostraron un fuerte aumento en términos nominales y reales en el año 2009, y luego han tenido un crecimiento más modesto.

Como se expondrá con mayor detenimiento más adelante en este capítulo, en el año 2010, y especialmente en el 2011, el seguro de salud sufrió una fuerte crisis financiera, resultado del pronunciado incremento en los gastos en los años 2009 y 2010, así como un menor crecimiento de los ingresos, principalmente resultado de las crisis económica internacional del año 2009, que tuvo notable impacto en el país.

Los ingresos corrientes son los más importantes para el seguro de salud: representan más del 87% del total de ingresos a lo largo del periodo considerado. A su vez, los ingresos tributarios, específicamente las contribuciones a la seguridad social, son los más importantes ingresos corrientes: han representado en los años considerados un 82% o más de éstos.

En los años 2011 y 2012 adquirieron mayor importancia las transferencias corrientes, que pasaron de 85.9 miles de millones de colones en 2010, a 172.1 en 2011 y a 191.4 en 2012. La mayor parte de estas transferencias provienen del gobierno central y corresponden a los diferentes pagos que éste debe realizar en acatamiento de las diversas leyes antes referidas, incluida la contribución estatal a la seguridad social.

A modo de ejemplo: la transferencia corriente realizada por el gobierno central en el año 2012 fue de 176.7 miles de millones de colones, con la siguiente composición: contribución estatal, 23.6; atención a población indigente, 40.3; cuota trabajadores independientes y régimen no contributivo de pensiones, 52.3; sistema penitenciario, 2.2; ley de paternidad responsable, 0.6, y pago de la deuda de periodos anteriores, 57.7 miles de millones de colones.

Estos aportes del gobierno central han desempeñado un papel relevante en la recuperación del equilibrio financiero del seguro de salud, así como las acciones de gasto que se comentan a continuación.

En lo que se refiere al gasto total en salud, en términos generales para el periodo 2000-2012 el gasto de la rectoría ha representado cerca de un 10% (cuadro 4.5). El gasto público en salud ha tenido un fuerte incremento en términos reales entre los años 2000 y 2012, al punto que al final de la serie su valor asciende a más del doble del que tenía en el año inicial. Los incrementos más fuertes se dieron entre 2007 y 2009, asociados principalmente con la fuerte expansión en el número de empleados y sus salarios.

Respecto a su importancia en la composición del PIB, el gasto pasó de cerca de un 5% en los primeros años considerados, a un 6.5% y más a partir del 2009, lo que refleja su enorme importancia macroeconómica (cuadro 4.5). Medido en dólares, el aumento ha sido mayor (cuadro 4.5), pues en los últimos años ha habido una

apreciación del colón. En esa moneda, el gasto público per cápita en salud se ha incrementado de 204 dólares en el 2000 a 655 dólares en el 2012 (en USD corrientes).

Cuadro 4.5 Gasto público en salud, 2000-2012

Año	Gasto público en salud			%	Gasto público en salud como % de:	
	Millones colones junio 2006*	Millones USD corrientes**	USD corrientes per cápita		rectoría	PIB
2000	471 546	800	204	n.d.	5.0	11.8
2001	498 087	881	220	n.d.	5.4	11.6
2002	539 658	953	234	10.7	5.7	11.4
2003	573 606	1 000	242	10.7	5.7	11.6
2004	528 603	943	224	9.8	5.1	10.4
2005	523 464	973	228	9.8	4.9	10.0
2006	565 831	1 096	253	9.4	4.9	10.1
2007	634 732	1 331	303	8.9	5.1	10.7
2008	744 130	1 737	390	11.4	5.8	10.7
2009	840 581	1 943	431	13.5	6.6	11.5
2010	883 248	2 352	515	10.7	6.5	11.2
2011	922 998	2 680	581	10.6	6.5	12.3
2012****	1 001 809	3 057	655	16.0	6.8	12.7

* Deflactado con el Índice de Precios al Consumidor (julio 2006 = 100%).

** Para establecer las equivalencias en dólares estadounidenses, ver los tipos de cambio aplicados en la nota 5 en la página 191.

*** No se incluye el gasto en la construcción del Hospital del Trauma (INS).

n.d.: no determinado.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda y del Banco Central de Costa Rica.

Para el caso del seguro de salud, el cuadro 4.6 muestra el detalle del gasto por principales rubros para el periodo 2008-2012. Como se aprecia, hubo fuertes incrementos en 2009 y 2010, que se explican sobre todo por un significativo incremento de remuneraciones del personal, tanto por el incremento salarial a los trabajadores como por el crecimiento en la plantilla. Este aumento en el gasto, junto con la caída en los ingresos, provocó la crisis financiera a la que ya se ha hecho referencia. En los últimos años se ha dado una fuerte contención en el crecimiento del gasto para aminorar la crisis financiera.

Cuadro 4.6. ccss: gastos del seguro de enfermedad y maternidad, 2008-2012
(miles de millones de colones corrientes y constantes, porcentajes)

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Miles de millones colones corrientes</i>					
<i>Total gastos</i>	847.2	1 013.7	1 167.2	1 280.2	1 363.4
Remuneraciones	509.7	645.8	799.1	858.3	898.6
Cesantía*	9.0	11.7	19.3	19.8	40.3
Productos farmacéuticos y medicinales	80.4	71.7	81.6	101.2	102.6
Incapacidades**	35.9	49.0	53.1	62.1	69.0
Inversión (bienes duraderos)	51.7	63.8	34.3	27.0	27.7
Materiales y suministros, excepto medicamentos	76.1	76.7	76.2	94.8	100.9
Otros gastos	84.4	95.0	103.6	117.0	124.3
<i>Miles de millones de colones de 2012***</i>					
<i>Total gastos</i>	1 058.0	1 174.0	1 279.3	1 337.7	1 363.4
<i>Porcentajes</i>					
Crecimiento gastos reales	-	11.0	9.0	4.6	1.9
Distribución gasto	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Remuneraciones	60.2	63.7	68.5	67.0	65.9
Cesantía*	1.1	1.2	1.7	1.5	3.0
Productos farmacéuticos y medicinales	9.5	7.1	7.0	7.9	7.5
Incapacidades**	4.2	4.8	4.5	4.9	5.1
Inversión (bienes duraderos)	6.1	6.3	2.9	2.1	2.0
Materiales y suministros, excepto medicamentos	9.0	7.6	6.5	7.4	7.4
Otros gastos	10.0	9.4	8.9	9.1	9.1

* Prebenda que reciben los empleados de la institución que se jubilan y que consiste en el pago de hasta 20 salarios.

** Pago de subsidios por enfermedad y licencias por maternidad a los asegurados directos.

*** Deflactado con el Índice de Precios al Consumidor.

Fuente: ccss: Liquidaciones Presupuestarias 2008-2012. Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto.

Como se aprecia en el cuadro 4.6, el rubro remuneraciones pasó de representar el 60.2% en el 2008, al 68.5% en el 2010, resultado de los incrementos mencionados. En los años siguientes el crecimiento se ha contenido, pero el porcentaje que representa este rubro se mantiene muy por encima del valor del 2008. A lo anterior debe

agregarse el denominado pago de cesantía, que es una prerrogativa otorgada a los empleados de la institución, inicialmente consistía en el pago de 12 meses de salarios a los empleados que se jubilan, pero fue aumentado hasta 20 meses de salarios, con un enorme impacto en las finanzas de la institución. Si bien contablemente el pago no se considera dentro de las remuneraciones, sino que es una transferencia a terceros, pasó de representar 1.1% del gasto en 2008, a 3% en 2012, y puede seguir creciendo hasta alcanzar magnitudes mucho mayores.

El segundo rubro en importancia, después de remuneraciones, es el gasto en productos farmacéuticos y medicinas, que pasó de representar 9.5% en 2008, a poco más de 7% a partir del 2009, como resultado de la implementación de un nuevo mecanismo de compra de medicamentos, que redujo la necesidad de almacenamiento y el vencimiento de los medicamentos. En los últimos años, como parte de las medidas de reducción del gasto, es muy posible que se hayan dado reducciones en la compra de medicamentos y desabasto de algunos de ellos.

El pago de incapacidades se refiere específicamente al subsidio por enfermedad que reciben los asegurados directos y la licencia por maternidad, y representa entre 4 y 5% del gasto total. En los últimos años se han implementado una serie de medidas para racionalizar el pago de estos subsidios, con importantes efectos positivos.

Por su parte, los gastos de inversión fueron muy elevados en los años 2008 y 2009, pues incluyen parte del costo de construcción y equipamiento del hospital de Heredia, una obra a todas luces importante. Dada la crisis financiera y finalizada la obra, el gasto disminuyó significativamente y continúa su reducción hasta el 2012, lo que pone en evidencia la forma como el ajuste financiero se logró en buena medida a partir de este rubro. Se estima que la inversión mínima que requiere la institución es del 6% del gasto, lo que significa que a futuro se verán afectados algunos servicios y su expansión.

De lo anterior se desprende, más allá de los altibajos, que la estructura del gasto del seguro de salud es bastante rígida, con el 70% del gasto en remuneraciones y cesantía, 7.5% en medicinas y 5% en pago de incapacidades, lo cual deja 17.5% para todos los demás gastos, incluyendo el deseable 6% de inversión, y justifica las medidas que se proponen más adelante.

Consideraciones sobre el gasto privado en salud

Para Costa Rica no existe información actualizada sobre el gasto privado en salud. Al momento de elaboración del presente estudio, el INEC estaba realizando la

Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012-2013, que brindará información sobre los gastos de los hogares incluidos los de salud. La edición previa de esta encuesta abarcó el periodo 2004-2005, y fue procesada para efectos del presente estudio. Los rubros captados por la encuesta son: medicamentos para primeros auxilios; productos medicinales y farmacéuticos; servicios privados médicos y odontológicos; tratamientos médicos y servicios auxiliares, y aparatos y accesorios terapéuticos.⁶

El gasto total en esos conceptos fue de 14 247.5 millones de colones mensuales, según el detalle que se muestra en el cuadro 4.7. En términos per cápita, el monto es de 3 338 colones por mes. Casi la mitad del gasto corresponde al pago de servicios médicos y odontológicos privados.

Cuadro 4.7. Gasto privado mensual en salud

<i>Rubros</i>	<i>Total (millones de colones)</i>	<i>Gasto per cápita (colones)</i>	<i>%</i>
Total salud	14 247.5	3 338	100.0
Medicamentos para primeros auxilios	368.2	86	2.6
Productos medicinales y farmacéuticos	4 111.3	963	28.9
Servicios privados médicos y odontológicos	7 050.0	1 652	49.5
Tratamientos médicos y servicios auxiliares	1 360.5	319	9.5
Aparatos y accesorios terapéuticos	1 357.5	318	9.5

Fuente: Estimación propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004-2005, INEC.

Al anualizar las magnitudes estimadas, el gasto privado de los hogares en salud alcanzaría casi 171 000 millones de colones, que representa 1.9% del PIB promedio de esos dos años. Ese gasto anualizado representa casi 375 millones de dólares, con un per cápita anual de 87.5 dólares.

Dado que en 2004-2005 el gasto público en salud representó 5%, el gasto conjunto público y privado ascendería para esos años a 7%. No obstante, para los años más recientes se debe esperar un aumento significativo del gasto privado en salud, junto con el incremento ya observado en el gasto público.

⁶ La Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (CCIF) considera como duraderos los artefactos u aparatos y equipo terapéuticos (06.1.3, 13.2.3, 14.2.3), que incluyen principalmente anteojos o lentes, zapatos ortopédicos y otros, por lo que para la presente estimación se consideró más adecuado incluirlos como gasto en salud.

Por último, conviene destacar que una estimación del gasto privado en salud realizada para 1998 por Picado y Sáenz (2000) determinó que en ese año representó el 1.8% del PIB, con lo que se confirma un proceso gradual de aumento.

Gestión del Seguro Social de Salud

Con la unificación de los servicios de salud en la ccss y la reforma del sector, el nuevo modelo de atención (modelo readecuado) se caracteriza principalmente por la atención integral. Desde la perspectiva de los servicios de salud, se constituye por las acciones que incluyen promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente, con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad (biopsicosocial).

Organización de los servicios de salud

El modelo readecuado de atención planteó la entrega de servicios en red. Para cumplir ese propósito, el país se dividió territorialmente en áreas de salud, y éstas, a su vez, en sectores. Las áreas de salud se consideran las unidades básicas de la institución y están a cargo de un director médico, que a su vez se asesora por un equipo técnico y administrativo denominado equipo de apoyo. La población ideal adscrita a cada área es de entre 15 000 y 40 000 habitantes en zonas rurales y entre 30 000 y 60 000 habitantes en las zonas urbanas.

Cada área de salud cuenta con un equipo de apoyo conformado por trabajo social, medicina familiar y comunitaria, farmacia, nutrición, enfermería, microbiología, odontología, psicología y otros de apoyo administrativo.

Cada sector es atendido por al menos un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) –idealmente, un equipo por cada 4 000 habitantes–, integrado fundamentalmente por un médico general, auxiliar de enfermería, asistente técnico de atención primaria (ATAP), auxiliar de redes y técnico de farmacia. Juntos conforman el denominado equipo de salud y son los responsables de ofrecer a la población un servicio ágil, oportuno y de calidad, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad de la atención, garantía de seguimiento y conocimiento de la familia y la responsabilidad grupal, con participación de todos los actores en cada comunidad. En diciembre de 2010 el país contaba con 103 áreas de salud y 1 011 EBAIS distribuidos en dichos establecimientos, para la atención de la población (Gerencia Médica de la ccss).

El modelo estableció tres niveles de atención, con las siguientes características:

Primer nivel de atención. Corresponde a los servicios básicos de salud y comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación, rehabilitación de menor complejidad practicada familiarmente, en los ámbitos domiciliario, de consulta externa o ambulatoria general.

Segundo nivel de atención. Tiene como finalidad apoyar al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un alto grado de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud en este nivel son: áreas de salud tipo 2 y 3, hospitales generales (periféricos 1, 2, 3 y los regionales).

Tercer nivel de atención. En él se ubican los servicios curativos y de rehabilitación más complejos que se ofrecen en el territorio nacional; su área de atracción puede abarcar el territorio de varias provincias. En este nivel se concentran los hospitales nacionales y especializados.

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y, concretamente, al subsistema de servicios de salud. Según la complejidad del problema de salud que presente el paciente, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia se garantiza el acceso al segundo y tercer nivel de atención de la ccss.

En el año 2010, según información del Sistema de Control Presupuestario de la ccss, en el primer nivel de atención se realizó el 27.7% del gasto de operación del seguro de salud; en el segundo nivel el 35.7%, y en el tercero, el 36.5%. Respecto al año 2001 ha habido un cambio importante en la estructura (21.5%, 26.1% y 52.4% respectivamente), que refleja el creciente fortalecimiento de los dos primeros niveles.

Los establecimientos de salud están organizados en tres redes de servicios de salud, según su complejidad y demanda, que pretenden garantizar la continuidad del servicio y dar la respuesta requerida al usuario del servicio de salud. Estas tres redes de servicios de salud son: red noroeste, red sur y red este.

Como se indica en ccss (2010), cada una de estas redes tiene adscrito un conjunto de establecimientos de salud, que prestan servicios diferenciados en tres niveles de atención, a saber: *I)* nivel áreas de salud, *II)* nivel áreas con especialidades médicas, hospitales regionales y hospitales periféricos y *III)* nivel hospitales nacionales generales y especializados. Estos hospitales y centros especializados, constituyen los centros de referencia nacional de todos los establecimientos de las tres redes.

La red noroeste es la más grande y está conformada por 59 áreas de salud, siete de las cuales disponen de algunas especialidades básicas, cuatro hospitales regionales y siete hospitales periféricos. El hospital general de referencia de mayor complejidad es el Hospital México. Las regiones que la integran son: región Chorotega, región Pacífico central, región Huetar Norte y la región central norte.

La red este está integrada por un total de 27 áreas de salud, de las cuales cuatro disponen de al menos una especialidad básica; dos hospitales regionales y dos hospitales periféricos. El hospital general de referencia de mayor complejidad de esta red es el Hospital Calderón Guardia. Las regiones Huetar Atlántica y gran parte de la región Central Sur conforman esta red.

La red sur la integran 19 áreas de salud, seis de ellas con especialidades, un hospital regional y cuatro hospitales periféricos. El Hospital San Juan de Dios es el hospital nacional general de referencia de esta red en el nivel III de atención. La integran las regiones Brunca y parte de la central sur.

Los recursos humanos del seguro de salud

Al año 2011, el seguro de salud contaba con 50 091 empleados, con el detalle que se presenta en el cuadro 4.8. De ese total, el 21.9% corresponde a profesionales en salud (médicos, odontólogos, farmacéuticos, microbiólogos, psicólogos y enfermeras graduadas); el 39.1% a técnicos y auxiliares de salud (asistentes de pacientes, asistentes técnicos de atención primaria, auxiliares de enfermería, auxiliares y técnicos de farmacia, auxiliares y técnicos de laboratorio, nutrición, trabajo social y otros técnicos, asistentes y auxiliares); el 15.3% a personal de servicios generales (vigilancia, limpieza, proveeduría y bodega, mantenimiento, producción industrial y otros), y el 23.7% a personal administrativo (profesionales, técnicos y no profesionales).

Es importante destacar que poco más de uno de cada 10 médicos (11.1%) se dedica a labores administrativas, lo cual es considerado con un problema de ineficiencia del sistema. En el 2011 se dedicaban a labores sanitarias propiamente 5 115 médicos, por lo que para una población nacional estimada para ese año por el INEC de 4 614 498 personas, resulta en una proporción de 902 personas por cada médico del seguro de salud en funciones sanitarias.

El número de ocupados en labores administrativas, que representa un 23.7% del total de ocupados, pone en evidencia un problema de ineficiencia, al cual se hace referencia en el siguiente apartado.

Cuadro 4.8. Personal del seguro de salud por grupo ocupacional, 2011

	<i>Personas</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	50 091	100.0
Profesionales de la salud	10 964	21.9
Médicos	5 756	11.5
en funciones sanitarias	5 115	10.2
en funciones administrativas	641	1.3
Odontólogos	592	1.2
Farmacéuticos	826	1.6
Microbiólogos	615	1.2
Psicólogos	200	0.4
Profesionales en enfermería	2 975	5.9
Técnicos y auxiliares en salud	19 572	39.1
Asistente de pacientes	3 832	7.7
Asistente técnico de atención primaria	1 384	2.8
Auxiliar de enfermería	6 887	13.7
Auxiliar y técnico de farmacia	2 253	4.5
Auxiliar y técnico de laboratorio	1 198	2.4
Nutrición	1 519	3.0
Trabajo social	293	0.6
Otros asistentes y auxiliares	1 217	2.4
Otros técnicos	989	2.0
Servicios generales*	7 667	15.3
Servicios administrativos**	11 888	23.7

* Incluye: vigilancia, limpieza, proveeduría y bodega, mantenimiento, producción industrial y otros.

** Incluye profesionales, técnicos y no profesionales.

Fuente: Anuario Estadístico 2011, Dirección Actuarial de la ccss.

Algunas consideraciones sobre los servicios que brinda el seguro de salud

El seguro de salud brinda una gran cantidad de servicios a los asegurados; su enumeración, descripción y cuantificación escapa a las posibilidades del presente análisis. Sin embargo, resulta de gran importancia delinear la magnitud de los servicios de salud que presta la institución. Las cifras que se exponen en las siguientes

tes páginas se refieren al año 2011, últimas disponibles al momento de elaborar este documento, y fueron elaboradas por el Área de Estadística en Salud de la ccss.

Camas

El seguro social de salud contaba en el 2011 con 5 636 camas (cuadro 4.9), distribuidas porcentualmente entre los diferentes servicios de la siguiente forma: 27.1% en medicina, 26.4% en cirugía, 5.6% en ginecología, 11.7% en obstetricia, 8.4% en pediatría, 4.6% en neonatología y 16.2% en psiquiatría.

Cuadro 4.9. Seguro social de salud: camas, egresos hospitalarios, estancia promedio y giro de camas, 2011

	<i>Camas</i>	<i>Egresos</i>	<i>Estancia promedio</i>	<i>Giro camas</i>
<i>Total</i>	5 636	330 707	6.2	49.7
Medicina	1 528	51 611	10.1	34.1
Cirugía*	1 488	113 578	7.1	42.3
Ginecología	315	26 037	2.9	82.7
Obstetricia	661	90 455	2.3	136.6
Pediatría	471	29 785	4.9	65.9
Neonatología	260	13 807	6.5	48.3
Psiquiatría	913	5 434	45.7	5.4

* No incluye cirugía ambulatoria.

Fuente: Área de Estadística en Salud de la ccss.

Egresos hospitalarios

En el 2011 se dieron 330 707 egresos hospitalarios, la mayor parte de los cuales corresponde a embarazo, parto y puerperio con 28.6% del total, seguido por enfermedades del sistema digestivo con 10.3%. Luego está un grupo de diagnósticos que individualmente representan entre 5.6 y 7.2% del total de egresos y, en conjunto, 38.3%, que consisten, en orden decreciente, en enfermedades del sistema genitourinario, accidentes, enfermedades del sistema nervioso y sentidos, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio y tumores.

Por tipo de servicio (cuadro 4.9), los egresos hospitalarios correspondieron: 15.6% a medicina, 34.3% a cirugía (excluida la ambulatoria), 7.9% a gi-

necología, 27.4% a obstetricia, 9% a pediatría, 4.2% a neonatología y 1.6% a psiquiatría. Es importante destacar que del total de egresos, el 83% correspondió a asegurados y el 17% a no asegurados (13.3% nacionales y 3.7% extranjeros).

Otro aspecto relevante es el área por la cual ingresaron los posteriormente egresados: el 61.2% ingresó por urgencias, el 36% por consulta externa y el 2.8% corresponde a nacimientos.

La estancia promedio fue de 6.2 días (no incluye cirugía ambulatoria), con diferencias importantes por tipo de servicio: 10.1 días en medicina, 7.1 en cirugía (excluida la ambulatoria), 2.9 en ginecología, 2.3 en obstetricia, 4.9 en pediatría, 6.5 en neonatología y 45.7 días en psiquiatría.

Giro de camas

En el 2011 el giro anual de camas (número de pacientes egresados por cama) fue de 49.7 para todos los servicios: 34.1 para medicina; 42.3 para cirugía, sin incluir cirugía ambulatoria; 82.7 en ginecología; 136.6 en obstetricia; 65.9 en pediatría; 48.3 en neonatología, y 5.4 en psiquiatría (cuadro 4.9).

Cuadro 4.10. Atención de urgencias y consulta externa en el seguro social de salud, 2011

	<i>Consultas</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	18 367 548	100.0
Urgencias	5 338 528	29.1
Consulta externa	13 029 020	70.9
Médicas	10 103 331	55.0
Medicina general	7 395 380	40.3
Especialistas	2 707 951	14.7
Odontología	2 294 478	12.5
Otros profesionales	631 211	3.4

Fuente: Área de Estadística en Salud de la ccss.

Consultas

En el año 2011 el seguro social de salud brindó más de 18 millones de consultas, de las cuales fueron 5.3 millones en urgencias y 13 millones en consulta externa (cuadro 4.10). Es importante destacar que el elevado número de consultas en urgencias se explica en parte debido a que es el mecanismo que usan los asegurados para reducir los tiempos de espera, principalmente con especialistas, pues por

esa vía logran una atención más inmediata. Sin embargo, cabe aclarar que un gran número de ellas corresponde a urgencias efectivas.

Del total de consultas médica (10.1 millones), 2.4 millones fueron brindadas en hospitales, poco más de 57 000 en clínicas, y 7.6 millones en áreas de salud.

Exámenes de laboratorio, placas radiográficas y otros

En el año 2011 se realizaron 48 106 235 exámenes de laboratorio (10.3 por habitante), 2 245 935 placas radiográficas (0.5 por habitante), 1 657 560 estudios de rayos X (0.35 por habitante), 26 913 fluoroscopías (0.58 por cada 100 habitantes), 82 480 mamografías (1.77 por cada 100 habitantes) y 262 452 ultrasonidos (5.62 por cada 100 habitantes).

Medicamentos

En el año 2011 se despacharon un total de 71 173 517 medicamentos: 4 064 354 en hospitalización; 53 047 283 en consulta externa y 10 925 412 en urgencias. En promedio: 2.1 medicamentos en cada atención de urgencias, 3.8 en consulta externa y 12.3 en hospitalización.

Indicadores resumen

Finalmente, en el cuadro 4.11 se presentan los principales indicadores resumen del seguro de salud, que complementan la información anterior.

Consideraciones sobre el sistema de adquisición de medicamentos

Los medicamentos se compran centralizadamente en la institución; no obstante, en caso de desabasto se autoriza a los establecimientos desconcentrados a realizar compras directas de emergencia. Sin embargo, esa práctica no ha sido del todo satisfactoria, pues los precios a los que se realizan esas compras son significativamente más elevados que los que se pagan de manera centralizada. Por ello, las compras directas de emergencia por parte de los establecimientos desconcentrados se han limitado en la medida de lo posible, aunque no han desaparecido.

En el año 2008 se produjo una fuerte disminución en el gasto en medicamentos, debido principalmente a que se cambió la forma de adquisición. Se estableció un sistema más confiable de seguimiento de los inventarios y se mejoraron las proyecciones de consumo de los medicamentos más importantes, lo que permitió realizar compras mejor programadas. Además, en el contrato de compra se

establecieron plazos programados para la entrega de los medicamentos en lotes, con lo que se redujo el costo de almacenamiento –que ahora corre por cuenta del proveedor– y el de su caducidad.

Cuadro 4.11. Indicadores resumen del seguro social de salud, 2011

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>
Camas de hospital por 1 000 habitantes	1.22
Consultas de especialidades médicas por 100 habitantes	58.66
Consultas de medicina general por habitante	1.60
Consultas externas médicas por egreso hospitalario	30.55
Consultas por hora médica contratada	3.36
Exámenes de laboratorio por consulta externa	2.30
Exámenes de laboratorio en hospitalización por egreso hospitalario	27.40
Hospitalizaciones (ingresos) por 100 habitantes	6.06
Medicamentos despachados en hospitalización por egreso hospitalario	12.29
Medicamentos despachados por habitante	15.42
Partos atendidos por 100 mujeres de 15 a 49 años	5.56
Tasa de autopsias por 100 defunciones	14.67
Tasa de cesáreas por 100 partos	20.52
Tasa de mortalidad fetal hospitalaria (por 1 000)	108.54
Tasa de mortalidad hospitalaria (por 1 000)	22.26
Tasa de mortalidad materna hospitalaria (por 10 000)	0.55
Tasa de mortalidad postoperatoria (por 1 000)	9.51

Fuente: Anuario Estadístico 2011, Dirección Actuarial de la ccss.

A modo de conclusión: análisis de situación del seguro social de salud

A finales del año 2009 el seguro de enfermedad y maternidad de la ccss, o seguro social de salud, comenzó a atrasar el pago a proveedores más allá de lo normal, lo que fue visto como primera señal de que algo no estaba bien en las finanzas de la institución. La situación financiera se continuó agravando, y en marzo del 2011 la

Junta Directiva de la ccss acordó solicitar a la Organización Panamericana de la Salud (ops) la realización de un estudio sobre el estado financiero del seguro de salud en su condición actual y proyectada anualmente hasta el 2015 (artículo 18 de la sesión No. 8500).

El informe de la ops fue presentado para conocimiento de la Junta Directiva de la ccss el 15 julio del 2011. Incluyó un análisis sobre la manera como se había llegado a esa situación financiera, proyecciones financieras hasta el 2015 bajo diferentes supuestos, y una serie de escenarios de política institucional para hacer frente a la situación.

En la sesión No. 8520 del 21 de julio, la Junta Directiva acordó integrar un equipo de especialistas nacionales –en adelante *equipo de especialistas*– para “realizar un análisis integral de los resultados del Informe Técnico de los Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud, y valorar el alcance de los resultados, de los escenarios presentados y de las medidas previamente adoptadas por la institución, así como recomendar las acciones adicionales de corto, mediano y largo plazo”. El plazo establecido para la presentación del informe por parte del equipo de especialistas fue de dos meses: agosto y septiembre. Se acordó, además, nombrar un grupo de técnicos institucionales para apoyar al equipo de especialistas.

El equipo de especialistas presentó puntualmente su informe a finales de septiembre, consistente en un conjunto de 81 recomendaciones en materia de ingresos, gastos y gestión institucional y calidad de los servicios, pues, advierten:

detrás de los problemas de sostenibilidad financiera encontramos serios problemas de gestión, que se refleja tanto en una menor recaudación de ingresos y en la cantidad y calidad de los gastos, los cuales deben ser corregidos en el muy corto plazo para contar con un seguro de salud sostenible. Pero además, la recuperación de la sostenibilidad financiera constituye una oportunidad para mejorar la equidad, calidad y oportunidad de los servicios que recibe la población asegurada” (Carrillo *et al.*, 2011: 2).

Entre las recomendaciones se incluyen propuestas concretas para solucionar la situación financiera del seguro de salud entre 2011 y 2015, y un planteamiento más amplio de medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad actual y futura del régimen. Escapa al objetivo del presente ensayo analizar detalladamente el informe, pero es conveniente destacar algunos aspectos relevantes.

Es importante destacar, en primer lugar, que en lo referente a la situación financiera del seguro social de salud el equipo de especialistas coincide con el reporte de la OPS en que el problema financiero que enfrentó la CCSS se debió al notable crecimiento de los gastos en los últimos años previos, especialmente por “un crecimiento sin precedentes de la planilla laboral combinado con fuertes incrementos en los salarios”, acompañado de un menor crecimiento de los ingresos. Se realizaron recomendaciones específicas para contener el incremento de los gastos y para aumentar los ingresos. Sin embargo, conviene destacar que el equipo de especialistas no consideró el aumento de las primas de aseguramiento entre las alternativas, coincidentemente con la OPS, pues, aclaró:

si bien a primera vista la delicada situación financiera de la institución podría hacer suponer que la solución se encontraría por la vía de los ingresos (incrementando la prima de contribuciones), el Informe muestra que la persistencia de distorsiones en la estructura de costos y en el crecimiento desordenado de algunos de sus componentes, ocasionaría que el desequilibrio se manifieste nuevamente en un futuro cercano”(Carrillo *et al.*, 2011: 4).

Respecto a la globalidad de las recomendaciones, el equipo de especialistas señaló que se debían considerar de manera integral y, deseablemente, dar lugar a una simultaneidad de acciones. Y aunque es difícil definir prioridades de acción para el caso de recomendaciones específicas, en el momento de presentación del informe consideraron la urgencia de implementar aquellas dirigidas a:

- Aumentar la recaudación de ingresos por vía de las contribuciones obrero-patronales y los pagos del Estado, pero manteniendo para el año 2012 una estimación prudente del presupuesto de ingresos.
- Contener los gastos, principalmente en remuneraciones. Esto afectaría tanto el salario como el número de empleados, pero en especial se haría a través de reducir los pagos por tiempo extraordinario y mejorar los procesos de compra e incidir en otros rubros de gasto.
- Renovar los puestos de dirección mediante concursos públicos abiertos para seleccionar a las personas idóneas para ocupar los cargos directivos.
- Instaurar mecanismos que garanticen anualmente una adecuada rendición de cuentas de todos los puestos de jefatura, en función de su aportación al logro de los objetivos institucionales.

- Reducir el gigantismo administrativo del nivel central mediante una reestructuración organizativa.
- Revertir el proceso de desconcentración.
- Consolidar los procesos de planificación y evaluación en una sola dirección institucional que cumpla a cabalidad con esos procesos.
- Controlar los horarios y aumentar la productividad del personal médico.
- Transparentar y reducir las listas de espera.
- Conformar un grupo externo de transición que acompañe el proceso de cambio gerencial y organizativo.

El informe describe así lo referente a los servicios de salud:

Problemas de calidad en los servicios de salud se reflejan en los largos tiempos de espera que ponen en riesgo la vida y/o la condición de salud de la población asegurada y/o generan tratamientos posteriores más costosos para la institución, la familia y la sociedad. Las listas de espera se originan en una insatisfactoria organización de la red de servicios, en la indefinición del modelo hospitalario, en los escasos mecanismos de coordinación entre niveles y en la insuficiente capacidad resolutoria de los servicios del primer nivel. Esto se combina con una insatisfactoria organización del turno ordinario y la ausencia de registros de horarios de los servicios médicos y de una evaluación de la productividad de médicos y personal especializado. El pago de horas extras, disponibilidades y tiempo extraordinario se ha convertido en una fuente de enormes egresos sin que redunde en mejores servicios para la población. Existe además una práctica desleal entre lo público y lo privado que es ampliamente conocida por toda la población. El caso de radioterapia es sólo uno enmarcado en una proliferación de clínicas y otros servicios privados en los alrededores de los servicios de la Caja.

Se desconocen los costos reales de atención en servicios de salud y de hecho dichos costos parecen ser variables entre establecimientos del mismo nivel de atención en diferentes regiones. Un problema de fondo es que presupuestos históricos (que sólo se rompen con respecto a algunos servicios en función de criterios discrecionales poco claros) no corresponden a necesidades de la población atendida. Los compromisos de gestión tampoco han cumplido la función de vincular el presupuesto a metas sanitarias. Como ejemplo de la disociación entre metas sanitarias y asignación/gasto presupuestario, se observa que la región que tiene los menores gastos reportados es sistemáticamente la Región Huasteca Atlántica que es a la vez la que muestra los peores indicadores en salud.

Hay importantes inequidades de la atención (geográfica, socioeconómica, de acceso y utilización). No se recaba información que evidencie de manera desagregada (por ejemplo, geográficamente) las brechas de atención y menos aún sobre inequidades en salud, por lo que la toma de decisiones en todos los niveles podría estar obviando sus implicaciones y responsabilidad en su reducción, permanencia o intensificación.

Todos estos aspectos están relacionados con la ausencia del registro electrónico de atención que permita la recolección inmediata de la información en el lugar donde se ofrece la atención y su posterior análisis e integración a la toma de decisiones (ccss 2011:41).

Por ello, en lo que se refiere a gestión institucional y calidad de los servicios, el informe realiza una serie de 81 recomendaciones, de las cuales se enumeran a continuación las más relevantes:

- Revertir el proceso de desconcentración.
- Fortalecer las subredes de atención a partir de cambios graduales en la asignación de los recursos.
- Declarar el expediente electrónico una prioridad institucional, con plazo perentorio para su implementación a nivel nacional y en los tres niveles de atención.
- En un plazo máximo de un año, disponer de un sistema preciso de estimación de los costos institucionales de prestación de los diferentes servicios.
- Abordar el conflicto de intereses entre práctica pública y privada.
- Crear la posición de gerente de hospital en manos de personal no médico.
- Transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses.
- Fortalecer las acciones de salud pública preventiva.
- Estimar y divulgar públicamente las estadísticas pertinentes para conocer el desempeño actual de los servicios en materia de enfermedades y mortalidad prevenible.
- Evaluar las Juntas de Salud como mecanismo idóneo para garantizar la participación de la población usuaria.
- Las contralorías de servicios deben dar prioridad a la medición de la satisfacción de los asegurados.
- Definir la política y mecanismos de cobro al INS y a las aseguradoras privadas en virtud de la apertura del mercado de seguros en el país.

A la fecha de elaboración del presente estudio, casi dos años después de presentado el informe del grupo de especialistas, la ccss no ha elaborado un informe oficial que indique cuáles de las recomendaciones fueron acogidas y cuáles no; y de las que fueron aceptadas, tampoco se ha informado el grado de avance en su instrumentación.

Durante los años 2011 y el 2012 se aplicaron importantes medidas de contención del gasto, principalmente en el pago de horas extras, incapacidades, becas y contratación de consultorías. A esto se sumaron diversos esfuerzos para incrementar los ingresos de la institución, principalmente la negociación con el gobierno para que asuma los pagos que por ley debe realizar y el pago de la deuda; sin embargo, el riesgo de la crisis financiera permanece latente y los problemas de calidad y gestión no parecen estar en proceso de solución.

Análisis DAFO del sistema de salud costarricense

Debilidades

- No se ha logrado la incorporación formal de toda la población al sistema con acreditación de derechos y responsabilidades.
- El sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención no siempre opera de manera adecuada, en muchos casos debido a que los propios asegurados asisten desde un primer momento a niveles superiores.
- No se ha logrado la implantación del segundo turno de atención –el cual tendría un fuerte impacto en la reducción de las listas de espera–, en gran medida por presiones de los diferentes gremios presentes en el sistema.
- No hay sistemas de medición de la satisfacción de los asegurados, de la productividad ni de costos, lo que aunado a una gran burocratización lleva a mayores costos de la prestación de los servicios sin beneficiar a los asegurados.

Amenazas

- El envejecimiento y cambio en los patrones de morbilidad, que implican mayores costos de atención.

- La ausencia de listas oficiales *cerradas*⁷ de medicamentos y tratamientos médicos, que conduce a la judicialización de las demandas por ellos, con resultados generalmente favorables para los demandantes, sin considerar la capacidad financiera real del sistema para atenderlos. Los tribunales de justicia del país conciben el derecho a la salud en abstracto.

Fortalezas

- Es un sistema con un único prestador público de servicios de salud, el seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y un rector independiente de la prestación de los servicios también público, el Ministerio de Salud.
- Se financia principalmente con las contribuciones tripartitas de trabajadores, patrones y Estado, que son directas y progresivas. Esta situación tiene especial importancia porque los impuestos en el país son principalmente indirectos y tienen un carácter regresivo.

Oportunidades

- La reciente crisis financiera que se presentó en la institución ha llevado a la revisión de varios aspectos de la gestión institucional que podrían resultar en una mayor sostenibilidad financiera, así como en mejoras en el otorgamiento de servicios.
- El fortalecimiento y ampliación de los servicios de atención primaria de la salud ha repercutido de manera directa en los demás niveles de atención.

⁷ Cuando se habla de listas cerradas se hace referencia a una cartera de medicamentos que financia el sistema nacional de salud. Por tanto, éste no paga todo tipo de medicamentos, sino tan sólo los que aparecen en la listada elaborada por las autoridades sanitarias pertinentes. No es el caso de Costa Rica, donde no hay tal lista o cartera de medicamentos, de modo que cuando la administración niega a un beneficiario el pago de algún medicamento éste suele acudir a los tribunales en demanda del financiamiento correspondiente.

Itinerario de un paciente dentro del sistema de salud de Costa Rica

Se trata de un paciente que tiene una dolencia, y que realiza el itinerario por la vía normal; es decir, sin utilizar los servicios de emergencias:

1. El usuario siente una molestia y acude la sede del EBAIS. Ahí se le examina, se le realizan estudios de ser necesario, se le da tratamiento y, si se resuelve su molestia, se da de alta.
2. Si no se resuelve su molestia y es un problema de salud sencillo, de patología muy común y prevalente, se le prescriben más exámenes. Algunas veces se requieren exámenes de laboratorio o gabinete que no están disponibles en el primer nivel y se realizan en el segundo nivel. Sin embargo, los recibe para su análisis el médico del EBAIS y se siguen los controles requeridos hasta resolver el padecimiento.

Si el caso es más complicado, o si no se ha podido resolver, se envía al paciente al segundo nivel con una referencia en la que el médico explica el caso, los exámenes enviados y los tratamientos utilizados. La referencia la extiende el médico de atención primaria y la atención solicitada va dirigida a un médico especialista.

3. El paciente pide cita en el segundo nivel, que abarca desde las clínicas y hospitales en los principales centros urbanos hasta hospitales regionales, en algunos casos más lejanos. En esos centros el médico especialista recibe al paciente, lo examina, solicita exámenes de laboratorio y gabinete según se requiera, y da el tratamiento. Esto, por supuesto, supone la atención durante varias citas, con tiempos de espera muy diferentes, que dependen del establecimiento, del tipo de problema de salud del que se trate y de la gravedad del caso en ese momento.
4. Si el caso se resuelve, el especialista después de varias citas de control remite al paciente para su seguimiento al primer nivel con una contrarreferencia, en la que explica el caso, el manejo que se le dio y las indicaciones de seguimiento. El tránsito de la contrarreferencia lo gestiona el paciente, que se dirige al primer nivel para pedir una cita.

Si el caso no se pudo resolver en el segundo nivel, a través de una referencia se remite al paciente al tercer nivel (hospitales nacionales y especializados) para ser atendido por un médico especialista o subespecialista, en

la mayoría de los casos del tercer nivel. Nuevamente la referencia explica el caso, los exámenes realizados, los tratamientos utilizados y los procedimientos llevados a cabo. Con esta referencia el paciente va al tercer nivel a pedir la cita. Una vez más, los tiempos de espera varían mucho de un hospital a otro y de una especialidad a otra. Si el caso es grave, se envía al paciente en ambulancia directamente al servicio de urgencias del hospital. Si el caso no es grave, se le da una cita al paciente para que el especialista del tercer nivel lo atienda.

5. En ese tercer nivel nuevamente se le prescriben los exámenes necesarios, se le realizan los procedimientos que correspondan, se da el tratamiento requerido y se resuelve el caso. Esto puede suceder después de varias citas; se siguen controles en ese nivel, que varían dependiendo del caso. El paciente después es remitido al primer o segundo nivel para su seguimiento, vía contrarreferencia. Si requiere seguimiento de un especialista, posiblemente se le remita al segundo nivel; si no, se le remite al EBAIS para que el médico general le dé seguimiento. De nueva cuenta, esto se hace por medio de contrarreferencia, en la que se explica el caso, se detallan los exámenes realizados, los tratamientos y procedimientos efectuados, y se dan las indicaciones de seguimiento.

Finalmente, conviene reseñar algunos aspectos relevantes en el itinerario de un paciente:

1. No se dispone de sistemas interconectados para el flujo de la referencia y contrarreferencia de los pacientes entre los diferentes niveles. Esto significa que ellos mismos se deben trasladar a cada lugar y solicitar de manera directa las citas correspondientes.
2. Algunas veces los médicos especialistas del segundo o tercer nivel no confían en los resultados de los exámenes hechos en el primer nivel y repiten todos los exámenes, con el correspondiente desperdicio de recursos.
3. Los médicos de algunas especialidades no devuelven al paciente al primer nivel cuando su problema ya fue resuelto para así mantener las agendas de consulta llenas con citas subsecuentes. Esta práctica de no dar de alta a los pacientes tiene un efecto negativo en las listas de espera de las especialidades médicas.

CAPÍTULO QUINTO

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN ESPAÑA

MIGUEL ÁNGEL DÍAZ PEÑA*

Introducción

El actual Sistema Nacional de Salud (SNS) español es el resultado de diferentes momentos políticos e impulsos normativos registrados a lo largo de más de 30 años. Tiene sus momentos fundacionales en la Constitución Española de 1978 y en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986.

La asistencia sanitaria pública en periodos anteriores estaba configurada por la coexistencia de una serie de instituciones y medios asistenciales heterogéneos e inconexos entre sí que ofrecían una cobertura limitada. Destaca, en primer lugar, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se dirigía principalmente a los trabajadores asalariados y que posteriormente amplió su campo de aplicación. Antes de 1970, la población con protección sanitaria de la Seguridad Social no alcanzaba el 60% de la población total; a partir de ahí experimentó una fuerte ampliación hasta llegar al 80% en 1973. Los empleados públicos civiles y militares disponían de la asistencia que les otorgaban sus respectivos ministerios o ayuntamientos en función de las disponibilidades presupuestarias y las preferencias de cada organismo. En paralelo existía un complejo sistema asistencial, especialmente para la población que padecía dificultades económicas. Quedaban al margen amplios estratos de clase media que debían recurrir a fórmulas privadas de asistencia en el campo de la salud.

Este capítulo se compone de nueve apartados, además de la presente introducción. En conjunto pretende alcanzar dos objetivos básicos. Primero, hacer comprensible al lector la transformación del SNS español en las últimas tres décadas,

* Consultor, ex director general de Ordenación de la Seguridad Social, España

con énfasis en los problemas abordados para reinventar un sistema disperso y heterogéneo en cuanto a cobertura, acceso, prestaciones y gestión, hacia un sistema cuasiuniversal y con acceso profesional. En segundo lugar, desarrollar un análisis del sistema vigente atendiendo al esquema analítico aplicado en los demás casos que integran este estudio.

El capítulo arranca con un análisis detallado de los antecedentes del SNS actual. Luego estudia el marco legal vigente, donde diferencia entre el marco constitucional y la legislación ordinaria promulgada en los ámbitos administrativos estatal y autonómico. El siguiente apartado analiza la población protegida y las formas de acceso al sistema. A continuación se adentra en el estudio de los derechos reconocidos en la normatividad, para después exponer cómo se organiza el sistema. Las fuentes de financiamiento son el objeto del séptimo apartado, y el octavo recoge y evalúa las reformas más recientes para extraer consecuencias que permitan identificar las tendencias más destacadas. Finalmente, como en los otros casos que se presentan en este libro, en los últimos apartados se elabora un balance del sistema con el análisis DAFO y se describe la trayectoria tipo del ciudadano español en el SNS.

Antecedentes y creación del Sistema Nacional de Salud

Antecedentes

Resulta útil comenzar por una referencia al periodo 1942-1978, en el cual tuvo origen y desarrollo la Seguridad Social, por lo que no se considera necesario abordar antecedentes más remotos.

La primera fase abarca desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) hasta la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963, cuando se inició la creación del moderno sistema de Seguridad Social y se superó el modelo de seguros parciales obligatorios, incluido el de vejez e invalidez. La segunda fase se inauguró en 1978 con la aprobación de la Constitución y la creación del Ministerio de Sanidad.

El marco normativo anterior estaba constituido por la Ley de Beneficencia de 1849, cuyo fin era atender las necesidades sanitarias de la población de menores ingresos que debía inscribirse en un Padrón de Beneficencia, y la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Los recursos se centraban en los hospitales de la Be-

neficencia del Estado, centros dependientes de la Iglesia católica y la Cruz Roja, la red de hospitales clínicos dependientes de las facultades de medicina –y que además servían para la formación de los estudiantes–, la red militar de salud, distinta para cada uno de los tres ejércitos, y algunos centros privados, especialmente en Cataluña. La asistencia sanitaria por motivo de accidente de trabajo o enfermedad profesional era una obligación patronal desde la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900. Se podía atender esta obligación mediante contratación con entidades mutuas o empresas de seguros aceptadas legalmente.

Esa situación creó una gran dispersión de las responsabilidades, ya que cada ministerio asumía atribuciones en materia de salud; llegaron a existir más de 100 entidades y hasta 13 ministerios con competencias en el ámbito de la salud. Especialmente, el Ministerio de Trabajo, a través de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, fue el organismo que progresivamente facilitó la asistencia en salud a la mayor parte de la población.

La Ley del SOE de 1942 se aplicaba a los trabajadores cuyos ingresos no excediesen de determinada cuantía y a sus familiares. Cubría la asistencia médico-farmacéutica en caso de enfermedad común y maternidad, con algunas limitaciones. La entidad aseguradora única era el Instituto Nacional de Previsión (INP), que podía delegar funciones en entidades colaboradoras. La red rural quedaba cubierta por los médicos y ayudantes técnicos sanitarios (ATS) de asistencia pública domiciliaria (APD). Los servicios médicos, especialmente los hospitalarios, se prestaban a través de la Obra Sindical 18 de julio¹ o por concertación. Se financiaba mediante un sistema de primas que los trabajadores debían abonar en proporción a su salario, más algunas aportaciones del Estado. El Seguro creó una red asistencial y equipos de personal propios, que descartó el sistema de reembolso² de gastos médicos característico de los sistemas europeos de base mutualista. De esta manera quedó condicionado el desarrollo futuro del sistema.

La cobertura a la población de la asistencia pública en salud durante los años cuarenta y cincuenta del pasado siglo fue relativamente modesta: en 1945 cubría al 22% de la población, alcanzó al 29% en 1950 y al 43% en 1960, como se observa en el cuadro 5.1.

¹ Institución de beneficencia semigubernamental de asistencia pública que operó durante el franquismo (*N. del E.*)

² El sistema de reembolso se hace cargo del pago, por parte del seguro público, de la totalidad o una parte de los gastos sanitarios incurridos por el asegurado que haya sido atendido por cualquier profesional privado, o bien con ciertas limitaciones por especialidad o ubicación geográfica.

Cuadro 5.1. Población protegida por la asistencia pública en salud, 1945-1965

<i>Año</i>	<i>Población protegida</i>	<i>Incremento (%)</i>	<i>Población protegida (% sobre población total)</i>
1945	5 912 000		22
1950	8 180 000	38	29
1955	9 380 000	15	32
1960	13 292 000	42	43
1965	16 475 000	24	51

Fuente: Memorias INP (en Freire, 1993 y Rey, 2010).

La insuficiencia de centros asistenciales propios se empieza a resolver con el Plan Nacional de Instalaciones de 1945. En los años sesenta y principio de los setenta al calor del despegue económico se continúa el esfuerzo hasta que a mediados de los setenta se frena como consecuencia de la crisis del petróleo. Las fuertes inversiones realizadas en esa década para poner en pie una potente red hospitalaria fueron posibles porque al inicio del sistema de seguridad social que se puso en marcha había un sistema financieramente joven con un balance muy favorable. Disponía de importantes ingresos sin tener que hacer frente todavía a mucho gasto en pensiones que, por otra parte, son todavía de nivel modesto. Esto permitió manejar sustanciosos excedentes que se aplicaron a tal finalidad, e incluso contribuir como servicio bancario barato al financiamiento del sector público empresarial a través del Instituto Nacional de Industria.³

³ En las décadas de los cincuenta y sesenta se registró el ahorro como una constante de la Seguridad Social española, de manera que en 1953 alcanzó el 6.3% de la formación bruta de capital del país y representó el 29% de los ingresos de la institución. Esto explica el importante papel financiero desempeñado por la Seguridad Social, que llegó a tener una participación muy significativa en el financiamiento del INI. (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1977: 129). Para ver la evolución del ahorro de la Seguridad Social entre 1958 y 1969, véase su Cuenta de Ingresos y Gastos según el Ministerio de Hacienda (Busturia, 1973: 60). De acuerdo con las Cuentas y Balances de la Seguridad Social de 1971 (Ministerio de Trabajo, 1972), los fondos y reservas constituidos en el periodo 1967-1971 alcanzaron los 56 612 millones de pesetas (Cremades, 1975). Debían invertirse preferentemente en valores emitidos o garantizados por el Estado, fondos públicos, valores industriales, etcétera. En el Informe de ese año sobre la distribución del ingreso, el INE cuestiona aquel ahorro forzoso, habida cuenta de lo reducido de las prestaciones económicas otorgadas y la deficiente cobertura de las prestaciones sanitarias. Aunque se admite que esa capacidad de financiación se empleaba en adquirir obligaciones del INI y del INV, así como para conceder créditos a las administraciones públicas (Cremades, 1975: 94 y ss.), Vergés (1976: 146 y ss.) indica que las reservas acumuladas por la Seguridad Social, sin incluir las Mutuas, superaron

La asistencia prestada en los ambulatorios y consultorios no ofrecía gran calidad pero sí una notable masificación, lo que contrastaba con el creciente buen nivel de los hospitales, conocidos como Residencias Sanitarias. Entre 1955 y 1965 se produjo una generalización progresiva de la cobertura del *soe* con la incorporación de nuevos colectivos y el inicio de la Seguridad Social en 1963, como puede observarse en el cuadro 5.1. La asistencia extrahospitalaria de la Seguridad Social, especialmente en el ámbito urbano, se realizaba en los consultorios para la medicina general y en los ambulatorios para los especialistas. A cada médico se le asignaba un cupo de asegurados que podían acudir a su consulta durante dos horas al día y realizaba las visitas domiciliarias hasta las cinco de la tarde. Después había un servicio de urgencias para la atención domiciliaria. En esas condiciones, apenas podían dedicar un minuto por paciente.

La clase media, trabajadores por cuenta propia y asalariados no económicamente débiles (labradores, artesanos, profesionales, comerciantes, funcionarios, etcétera), y en general quienes no pudieran integrarse dentro del colectivo de los indigentes ni de los asegurados, debían atenderse a través de servicios privados.

A partir de 1963, y al calor de la bonanza económica subsiguiente al Plan de Estabilización de 1959, que liberalizó y abrió al exterior la economía española, se produjo el despegue del sistema de Seguridad Social con la citada Ley de Bases de Seguridad Social, que entró en vigor el 1 de enero de 1967 y fue seguida de la correspondiente ley de financiamiento en 1972, y el Texto Articulado de 1974, del que permanece en vigor formalmente la parte que regula la asistencia sanitaria. La ordenación de los servicios de salud de la Seguridad Social, que se realizó por Decreto de 1967, también está vigente.

A mediados de los años sesenta, el sector público disponía del 70% de las camas hospitalarias y empleaba entre el 70 y 80% de los médicos. El predominio del sector público ha sido una de las principales características del sistema español desde esa época y condicionó el modelo que se desarrolló posteriormente.

Entre 1975 y 1978 se crearon tres mutualidades: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface), la Mutualidad General Judicial (Mugeju), y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (Isfas) para ordenar la protección social de los empleados públicos, civiles, judiciales y militares, incluida la asistencia en salud.

en 1970 los 153 000 millones de pesetas. De ellos, casi 53 000 millones estaban en fondos públicos; al INI le correspondió 65%.

Cuadro 5.2. Población protegida por la asistencia pública en salud, 1966-1978

<i>Año</i>	<i>Población protegida</i>	<i>Incremento (%)</i>	<i>Población protegida (%)</i>
1966	17 248 000		53.00
1967	18 200 000	5.52	55.54
1968	18 600 000	2.20	56.14
1969	19 393 000	4.26	57.91
1970	21 371 669	10.20	63.78
1971	23 952 000	12.07	70.01
1972	25 739 000	7.46	74.48
1973	28 019 781	8.86	80.27
1974	28 732 000	2.54	81.50
1975	28 989 823	0.90	81.41
1976	29 151 000	0.56	81.05
1977	29 355 000	0.70	80.80
1978	30 000 000	2.20	81.76

Fuente: Memorias INP e Insalud (en Freire, 1993 y Rey, 2010).

En 1970, la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social había llegado al 63.78% de la población (21 millones de personas). En 1978 alcanzaría ya al 81.76% (30 millones) como puede verse en el cuadro 5.2. A esas cifras deben añadirse las correspondientes a los regímenes de protección sanitaria de los funcionarios para delimitar el volumen de población atendida por el sistema público.

Las características de aquel sistema de salud eran la falta de coordinación y homogeneidad, las grandes diferencias de formación, cualificación y organización del trabajo entre los distintos subsistemas, con clara ventaja para el de la Seguridad Social. También era manifiesta la difícil sostenibilidad financiera de las instituciones dependientes de las provincias y fundaciones benéficas. En consecuencia, parecía que el modelo de la Seguridad Social había llegado al punto en que requería la modernización del sistema de salud.

Así, llegó el momento clave con el acuerdo político de gran importancia entre gobierno, partidos, sindicatos y organizaciones empresariales plasmado en los llamados Pactos de la Moncloa de 1977. A raíz de los pactos se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social con el objetivo de unificar todas las responsabilidades sanitarias, incluyendo las de Seguridad Social. En 1978 se creó, asimismo, median-

te Decreto Ley en vísperas de la aprobación de la Constitución, el Instituto Nacional de la Salud (Insalud), que integró toda la asistencia sanitaria de la Seguridad Social para depender orgánicamente del nuevo Ministerio de Sanidad, aunque sin abandonar el marco normativo de la Seguridad Social. Los Pactos de la Moncloa tuvieron un gran alcance para salir de la crisis y lograr la modernización del marco económico y laboral. Su promotor fue el vicepresidente segundo para asuntos económicos del gobierno de Adolfo Suárez y catedrático de Hacienda Pública, Enrique Fuentes Quintana, quien manifestó en ocasión de la presentación de su proyecto hacendario que los problemas económicos sólo tienen soluciones políticas.

Creación del Sistema Nacional de Salud

El periodo de reforma en salud y creación del SNS se abrió en 1978 con la aprobación de la Constitución, que garantizó el derecho a la protección de la salud y puso las bases de una nueva organización del Estado como Estado de las Autonomías. La LGS define el SNS de manera coherente con la Constitución y proclama la universalización de la asistencia sanitaria como elemento simbólico esencial del proceso.

El texto constitucional fue el resultado de un amplio consenso político cuyo desarrollo en las distintas materias podría haber adoptado soluciones diversas. El clima de acuerdo marcó el desarrollo del derecho constitucional de protección de la salud en las primeras leyes Orgánica de Salud Pública y General de Sanidad, ambas de 1986.

El Real Decreto Ley creador del Insalud mantuvo el principio de caja única⁴ para todo el Sistema de Seguridad Social, incluyendo la asistencia sanitaria. El Ministerio de Sanidad ejerció en adelante las funciones correspondientes al Estado en materia de salud, pero con dependencia financiera del presupuesto de la Seguridad Social. En este proceso, el Insalud asume mayor protagonismo con la

⁴ La Caja Única de la Seguridad Social se establece por el citado Decreto Ley que crea también la Tesorería General de la Seguridad Social como servicio común financiero y único para todo el sistema. Hasta entonces, la dispersión era extrema. Las dos grandes entidades, INP y Mutualismo Laboral, estaban formadas por un mosaico de servicios, cajas, fondos, mutualidades, colaboradoras, mutuas, etcétera, que disfrutaban de mayor o menor independencia administrativa y de gestión de sus recursos, con sus propios ingresos y gastos y con unas reservas y patrimonio propios.

El principio de Caja Única de la Seguridad Social, aun cuando no está recogido en el texto de la Constitución, ha sido desarrollado y mantenido por el Tribunal Constitucional y ha resultado fundamental en la evolución del sistema de Seguridad Social y su blindaje frente a las tendencias centrífugas derivadas del proceso autonómico.

incorporación de nuevas prestaciones y la ampliación de su cobertura a nuevos segmentos de población.

El partido de centro-derecha gobernante en aquellos momentos carecía de la mayoría necesaria para gobernar en solitario, pero elaboró una propuesta de líneas generales de la reforma sanitaria que definieron a grandes rasgos un catálogo de las medidas que debían adoptarse; entre ellas, algunas de las que después desarrollaría la LGS.

La necesidad de coordinación hospitalaria entre Estado y Comunidades Autónomas (CCAA) obligó al gobierno a dictar normas reglamentarias que fueron impugnadas por confrontar las competencias autonómicas, lo que aconsejó la elaboración de normas con rango legal suficiente. Entre 1981 y 1986 se produjeron transferencias sanitarias con esta insuficiencia normativa, que facilitó la adopción de decisiones unilaterales de una u otra parte. La agilización del proceso, antes de definir claramente los contenidos, niveles y condiciones de las transferencias, produjo distorsiones que fueron corregidas con una tendencia inevitable hacia soluciones de máximos para las CCAA por el efecto subasta al alza de reivindicaciones competitivas. Esto condicionó las alternativas adoptadas en las subsiguientes leyes marco.

El primer gobierno socialista de Felipe González alcanzó el grado suficiente de acuerdo para aprobar la LGS, que estableció en 1986 las normas básicas del sistema de salud público para todo el Estado, respetando las competencias de las CCAA. Se logró el acuerdo a pesar de la fuerte oposición de los sectores sanitarios más conservadores y del partido de derecha, Alianza Popular. La LGS zanjó el debate sobre el modelo de salud al proclamar el objetivo de la universalización, el financiamiento público y la complementariedad de recursos públicos y privados. No se alcanzó el mismo consenso en cuanto a la organización de los servicios y el modo de provisión. En la tramitación de la Ley, los partidos nacionalistas plantearon un amplio abanico de cuestiones relacionadas con el aumento de las competencias sanitarias autonómicas y la correlativa reducción de las estatales. La distribución del poder sanitario resultante de las primeras transferencias condicionó el texto final de la LGS y ha tenido mucho que ver con la singular y algo precaria configuración orgánica y funcional de los órganos que debieron ser coordinadores naturales y básicos del SNS, especialmente el Consejo Interterritorial y la Alta Inspección.

Los grandes logros de aquella legislatura, además de la aprobación de la LGS, fueron: *a*) la universalización de la cobertura de asistencia en salud, que pasó del 86.5% en 1982 al 96% en 1986 y alcanzaría el 97.2% en 1989, y *b*) el inicio de la

transformación de los antiguos ambulatorios y consultorios en modernos Centros de Salud, con lo que se configuró el sistema de asistencia primaria.

Las discrepancias políticas que la ley suscitó se mantuvieron hasta 1996, cuando el primer gobierno del nuevo partido de derecha, Partido Popular, decidió explícitamente mantener los principios básicos de la reforma en salud del gobierno socialista y abandonó cualquier intención de derogar o modificar significativamente el texto ya incorporado al elenco de las grandes leyes administrativas del Estado.

En 1990 se creó una comisión para analizar la estructura, organización y funcionamiento del SNS en cuanto a equidad, calidad y eficiencia, y considerar el impacto sobre el sistema de los escenarios económicos y sociales previsibles del futuro próximo. El resultado se recogió en el Informe Abril.

El Informe Abril consideró entre los logros del SNS: la universalización, la equidad, la calidad médico-hospitalaria, la formación de especialistas, el progreso de la investigación y el cómodo servicio farmacéutico. Identificó como deficiencias: la indeterminación presupuestaria, la irresponsabilidad burocrática, la ineficiencia, la rigidez administrativa, los incentivos perversos, la desinformación, la insatisfacción del usuario, el desánimo del personal de salud, la centralización y la politización. Presentó recomendaciones sobre organización, financiamiento y gestión.

Marco legal del sistema

Marco constitucional

Entre los derechos reconocidos por la Constitución Española de 1978 se encuentran los derechos sanitarios esenciales. Pero, además, en ella tienen origen dos líneas de desarrollo que interactúan y conforman lo que se convirtió en el hilo conductor del proceso que analizamos. Por una parte, la implantación de un sistema político-administrativo de las CCAA y, por otra, la creación del Sistema Nacional de Salud.

Además de la refundación de un Estado democrático, la Constitución de 1978 intentó resolver un viejo conflicto español de tensiones nacionalistas y de identidad en algunos territorios. En su título VIII se diseñó una organización territorial del Estado español en CCAA que equivale en la práctica a un Estado federal y otorga a las CCAA la posibilidad de asumir competencias en muchas materias, incluyendo la salud, reservándose la regulación de las bases legislativas y la coordinación general en la materia.

Una clave fundamental para comprender el actual modelo de salud en España, reside en la simultaneidad con la que se han desarrollado en un corto periodo de tiempo una serie de procesos que han incidido ampliamente en la evolución de los siguientes temas:

- Puesta en marcha del sistema político y administrativo integrado por las 17 CCAA dotadas de sus respectivos parlamentos y gobiernos, con fuerte descentralización de competencias de los poderes públicos, incluida la salud.
- La aplicación progresiva, a lo largo del tiempo, de la cesión de competencias.
- Al mismo tiempo que se ponía en funcionamiento el SNS, se transfería y descentralizaba la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- Se pasó de un sistema sanitario compuesto por seguros sociales a un sistema universal con financiamiento por vía fiscal.
- Inicio y perfeccionamiento del sistema de financiamiento de las CCAA y del propio SNS.

Estos procesos se extienden a los aspectos fundamentales del modelo en salud a lo largo de algo más de 20 años, entre 1981 y 2003.

En términos de la organización territorial, la Constitución abrió el proceso hacia un Estado descentralizado, reservando las competencias de seguridad social para la Administración General del Estado,⁵ titular de casi toda la asistencia de salud pública que, sin embargo, podría ser ejecutada por las CCAA. Igualmente le corresponden la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la salud y la legislación sobre productos farmacéuticos. La competencia en seguridad social se extiende a “la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas“, de acuerdo con el artículo 149, inciso 1 de la Constitución.

A las CCAA se les atribuye lo relacionado con sanidad e higiene, de manera que las materias de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las CCAA a título propio.

El proceso descentralizador se inició con la cesión de la función de salud pública e higiene al gobierno de Cataluña en 1979. En los años siguientes seguirían la gestión y organización de los servicios sanitarios.

⁵ La Administración General del Estado es el instrumento del gobierno para desarrollar e implementar sus políticas públicas o prestar servicios. (*N. del E.*)

Las competencias sanitarias formaban parte de la Seguridad Social y sólo podían ser asumidas por las CCAA de un nivel constitucional superior. Por ello, los trasposos del Insalud se limitaron inicialmente a siete comunidades: País Vasco, Cataluña, Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana, Canarias y Navarra. Las comunidades restantes, con el 41% de la población española, no recibieron las competencias sanitarias hasta las reformas concluidas en 2002. Actualmente, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa), que es el residuo del Insalud, permanecen en el ámbito de la administración central los servicios de salud de Ceuta y Melilla, las dos ciudades españolas con estatuto de comunidad autónoma situadas en territorio africano.

La cesión sanitaria a Cataluña en 1981 comienza con la creación del Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora en su territorio. De esta manera, la separación entre pagador y proveedor de sanidad pública se inició precisamente allí donde el sistema público era más débil: Cataluña, con una infraestructura hospitalaria pública muy insuficiente.

Al construirse el SNS sobre la base de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, quedaron significativos puntos de influencia de ésta en el modelo sanitario actual. La Seguridad Social es la entidad que ofrece todavía el título jurídico del derecho al acceso a las prestaciones sanitarias a sus asegurados y pensionistas, y existe, igualmente, población que accede a la protección pública a la salud mediante convenios singulares con la Seguridad Social.

El Estado puede garantizar la equidad en el sistema de prestaciones a través de la definición de las bases y mediante la coordinación. Puede establecer el modelo sanitario, garantizar un sistema público y universal y fijar el contenido mínimo e igual de las prestaciones. Pero hay que aceptar la concurrencia de las competencias del Estado y las CCAA, así como la dificultad de trazar una línea divisoria indiscutible. La distribución constitucional de competencias en materia de salud se resume en el cuadro 5.3.

Las competencias de las CCAA en materia sanitaria pueden corresponderles de manera exclusiva o compartida con el Estado, asunto que debe conciliarse. La sola contribución al financiamiento no autoriza al Estado a invadir competencias ajenas; deberá desenvolverse con respeto a las competencias que la Constitución ha reservado a otros entes territoriales. Pero conviene también recordar que el Estado no puede verse privado del ejercicio de sus atribuciones por la existencia de una competencia, aunque sea exclusiva de una CCAA.

En cuanto a la jerarquía normativa, cada CCAA dispone de un Estatuto de Autonomía que es su propia constitución, aprobada por sus órganos de representación

y por el Parlamento español a través de Ley Orgánica. Ésta tiene un rango intermedio entre la Constitución y las leyes ordinarias, sólo puede aplicarse a materias reservadas constitucionalmente y requiere mayoría absoluta para su aprobación, por lo que su modificación es más difícil.

Cuadro 5.3. Competencias sanitarias de las administraciones

Consejo Interterritorial del SNS	Administración del Estado	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
		Gestión del Ingesa
		Alta Inspección
	Comunidades autónomas	Planificación sanitaria
		Salud pública
		Gestión de los servicios de salud
Administración local Colaboración de la gestión de los servicios públicos	Salubridad	
	Colaboración de la gestión de los servicios públicos	

Fuente: SNS, 2012.

Legislación ordinaria. Ley General de Sanidad de 1986

En el plano normativo inferior a la Constitución y los Estatutos de Autonomía, el derecho a la atención sanitaria en España está regulado por una pluralidad de disposiciones que hacen difícil una exposición sencilla del marco jurídico.

Hay que tener en cuenta que el reconocimiento constitucional de este derecho no es un título jurídico general directamente exigible que garantice el derecho subjetivo al aseguramiento sanitario universal, público, gratuito y homogéneo, sino que constituye un principio rector de la actuación del Estado, que precisa ser concretado mediante un posterior desarrollo normativo.

A partir de 1982, el gobierno socialista de Felipe González puso en marcha un proceso de reformas legales, organizativas y funcionales orientadas a configurar el servicio público sanitario español de acuerdo con el mandato constitucional, y tuvo como referente la promulgación de la LGS en 1986.

La LGS define un antes y un después en el sistema de salud español. Puso en pie un sistema público de salud con extensión universal, que al final del proceso debía ser financiado con recursos fiscales. Su objetivo era ofrecer cobertura gratuita a toda la población española en igualdad de condiciones. Integraba en un nuevo y único marco institucional los diferentes medios y estructuras asistenciales de variada procedencia que dispensaban la asistencia sanitaria. Esta ley creó el Sistema Nacional de Salud.

El desarrollo normativo es amplio y diverso, por lo que aquí nos limitamos a ofrecer una síntesis en el cuadro 5.4. En todo caso, debe resaltarse lo siguiente:

- Permanecen vigentes normas anteriores a la Constitución, en especial la Ley de Seguridad Social de 1974, que regula la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la vincula al alta laboral, con multitud de normas posteriores de rango muy diverso que amplían la cobertura en salud a diversos colectivos.
- Muchos años después de haberse aprobado la LGS siguen siendo necesarias normas concretas para garantizar la atención en materia de salud a diferentes colectivos de ciudadanos españoles.

Legislación autonómica

Una vez que se concretó el traspaso de la asistencia sanitaria a las CCAA se debía proceder a regular el nuevo sistema de servicios de salud por parte de cada una de ellas. La LGS en su artículo 50 señala: “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

En materia de organización, en lo personal y en la cartera de servicios, las CCAA pueden tomar sus propias decisiones o mejorar la asistencia por encima del mínimo obligatorio, pues nada impide que los gobiernos autonómicos asignen parte de sus recursos a nuevas prestaciones o a mejorar las existentes. Tal vez en este punto la cuestión más delicada no sea la garantía de que se reconozcan las mismas prestaciones, sino el hecho de que su dispensación se realice en las mismas condiciones. Para ello deberá entrar en juego un instrumento del Estado, como es la Alta Inspección, y la capacidad normativa básica, en su caso.

Cuadro 5.4. Marco normativo del derecho a la salud

<i>Año</i>	<i>Normatividad</i>	<i>Contenido</i>
Hasta 1985	Decreto 2766/1967 Leyes de 1975 y 1978 Real Decreto 137/1984	Asistencia sanitaria y servicios médicos de Seguridad Social. Prestación sanitaria por mutualidades para funcionarios. Estructuras básicas de salud.
1986	Ley General de Sanidad, Ley 14/1986. (y Ley Org. 3/1986 de Salud Pública)	Define como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los ciudadanos españoles y los extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y se realizará en condiciones de igualdad efectiva. Implantación progresiva.
1989	Real Decreto 1088/1989	Extiende la cobertura de asistencia sanitaria de Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
1994	Ley General de la Seguridad Social Real Decreto Ley 1/1994	Mantiene en su integridad el capítulo IV, relativo a la asistencia sanitaria, del título II del Decreto 2065/1974. Incluye la asistencia sanitaria dentro de la acción protectora de la Seguridad Social.
1996	Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor	Derecho de asistencia sanitaria a menores extranjeros residentes en España. Ampliado por Ley 4/2000 a los extranjeros menores de 18 años.
1997	Ley 24/1997 de Consolidación y Racionalización del SNS Ley 15/1997 de nuevas formas de gestión del SNS	Establece el principio de que las prestaciones no contributivas serán financiadas por aportaciones del Estado, entre ellas la asistencia sanitaria de Seguridad Social por causa no laboral. Amplio debate parlamentario sobre la reforma sanitaria y la flexibilización de las formas de gestión.
1998		Se actualiza la lista de productos farmacéuticos excluidos del financiamiento público.
1999		Se aprueban deducciones fiscales para los planes de seguros sanitarios de empresa. Se abre vía legal para la transformación de los hospitales públicos en agencias independientes, con estatus legal de fundaciones públicas sanitarias. Se inicia el debate sobre el acceso al sistema público de los inmigrantes ilegales y se hace efectivo el acceso de los menores extranjeros a todas las prestaciones públicas, aprobado en 1990.
2000	Ley Orgánica 4/2000 de derechos y libertades de los extranjeros en España	Derecho a la asistencia sanitaria para los inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente. Para los demás, derecho a asistencia sanitaria pública de urgencia y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. Algunas CCAA han regulado de forma más amplia el derecho a la asistencia sanitaria para los extranjeros.

2001	Ley Orgánica 7/2001 y Ley 21/2001	Nuevo modelo de financiamiento autonómico. La asistencia sanitaria de la Seguridad Social es transferida a las CCAA y será financiada con cargo al sistema de financiamiento autonómico vigente en cada momento.
2002	Ley Básica 41/2002 de la autonomía del paciente	Regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2003	Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS	Referente básico del nuevo escenario. Refuerza el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y crea la Agencia de Calidad del SNS, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del SNS.
2004	Real Decreto Legislativo 6/2004 Real Decreto 183/2004	Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Regula las mutualidades de previsión social como complementarias o alternativas a la Seguridad Social. Tarjeta Sanitaria Individual
2006	Ley 29/2006 de medicamento Real Decreto 1030/2006	Regula las garantías y el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Establece la cartera de servicios comunes del SNS, actualizando la de 1995 y el procedimiento para su actualización.
2011	Ley General Salud Pública 33/2011	Moderniza y complementa la ley del 1986.
2012	Real Decreto Ley 16/2012. Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS Real Decreto 1192/2012	Refuerza componentes de aseguramiento con importantes modificaciones en los distintos supuestos de acceso. Regula la condición de asegurado y de beneficiario de asistencia sanitaria en España, con fondos públicos, a través del SNS. Impone limitaciones a extranjeros. Copago farmacéutico. Regula la condición de asegurado y de beneficiario de asistencia sanitaria SNS

Fuente: Elaboración propia.

Competencias exclusivas y compartidas

Sin entrar en mayores detalles, conviene tener en cuenta que el debate político y jurisdiccional sobre la delimitación de competencias entre las distintas administraciones ha sido habitual en todo el proceso y que aún hoy, marca zonas de conflicto en cuestiones tan sensibles como la amplitud de la asistencia a extranjeros, la imposición del copago farmacéutico o la adquisición de productos farmacéuticos por los servicios de salud. Especial dificultad plantea el hecho de que existan competencias que puedan ser compartidas por una y otra administración y de que la correspondiente legislación a nivel Estado, tenga el carácter de norma mínima.

En general, las CCAA no reclaman competencia exclusiva en sanidad sino que utilizan la fórmula “Corresponde a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado...” en su legislación para referirse a materias de sanidad. Por ejemplo, todas las CCAA se reconocen competencia exclusiva en la ordenación farmacéutica, a diferencia de la legislación sobre productos farmacéuticos, competencia atribuida al Estado, así como en la ejecución en esta materia.

Para ilustrar la amplitud de la legislación sanitaria de las CCAA en más de dos décadas, sería suficiente con referirse al número de normas aprobadas por algunas de ellas en cualquier ejercicio legislativo, por ejemplo el año 2007. Así, Andalucía con 30 leyes, decretos u órdenes, o Aragón con 12 en ese año, nos pueden dar una idea del volumen normativo global si lo elevamos al número de 17 CCAA y al número de años transcurridos.

Sin embargo, es imprescindible tener en cuenta la legislación autonómica para conocer adecuadamente el alcance del derecho a las prestaciones en cada territorio, pues es posible encontrar diferencias significativas entre ellas. Si bien el derecho constitucional de igualdad exige una regulación normativa equivalente, no es preciso que sea uniforme ni idéntica en toda España. Además de la normativa aludida, las CCAA y el Ingesa con la colaboración del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), son las administraciones expedidoras de la Tarjeta Sanitaria Individual, a la que se hará referencia más adelante.

Población protegida y acceso al Sistema Nacional de Salud

Población protegida

En el ordenamiento jurídico español, la asistencia sanitaria se configura como un derecho subjetivo, si bien la Constitución de 1978 lo reconoce a través de una técnica de garantía débil al estar incluido en el capítulo III, “De los principios rectores de la política social y económica”. Por consiguiente su sentido y alcance dependen en la práctica, de la concreción que le otorguen las leyes que lo desarrollan, con sus posibles cambios de ritmo y enfoque en lo particular.

Originalmente, el derecho a la asistencia estaba vinculado a la inclusión previa en la Seguridad Social, las sucesivas ampliaciones de cobertura sanitaria

realizadas hasta la aprobación de la LGS en 1986, se hicieron siempre mediante la inclusión de nuevos colectivos en la Seguridad Social. El reconocimiento del derecho era competencia de la Administración de la Seguridad Social. Así, corresponde el derecho en primer lugar a los asegurados de la Seguridad Social con sus beneficiarios y a sus pensionistas. A partir de la LGS que extiende el derecho, por ejemplo a los ciudadanos sin recursos, se especifica que la asistencia sanitaria que se reconoce tendrá idéntica extensión, contenido y régimen que la prevista en el Régimen General de la Seguridad Social, pero el reconocimiento del derecho deja de ser una competencia exclusiva del INSS. Esta vía condicionada y selectiva de acceso se fue extendiendo fuera del ámbito de la Seguridad Social en favor de emigrantes retornados y otros colectivos que firmarían un convenio especial, así como a excombatientes republicanos, contratados de la Administración en el extranjero, etcétera.

La condición de asegurado la cumplen quienes reúnen alguna de las siguientes condiciones:

- Trabajador empleado o por cuenta propia, asegurado y con alta en la Seguridad Social.
- Pensionista de la Seguridad Social.
- Perceptor de prestaciones periódicas, incluso subsidio por desempleo.
- Beneficiarios que hayan agotado la prestación o subsidio por desempleo y estén inscritos como demandantes.

Así, en un sistema definido como universal, el derecho se regula a través de una pluralidad de normas que recogen numerosos títulos jurídicos habilitantes. La mayor parte de los usuarios del SNS son titulares de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que gestionan los servicios autonómicos de salud. La materia podría simplificarse si todas las personas que tienen derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se integrasen en un único colectivo. Pero el espíritu que impregna a la administración de la Seguridad Social es claramente restrictivo en aras a impedir que se beneficien de sus prestaciones económicas quienes no tengan derecho a ellas; y esto choca con la tendencia universalizadora de la asistencia sanitaria. El estrecho control sobre el costo de las prestaciones económicas y el equilibrio financiero, ha condicionado a veces, que la universalización se viera como un factor de gasto, más que como un mandato legal. En el mismo sentido, haber ignorado la falta de eficiencia

que caracteriza a los sistemas abiertos y su impacto negativo en el receptor de los malos riesgos, ha facilitado que la universalización tenga todavía algunos puntos pendientes en la asistencia sanitaria en España. El SNS debe responsabilizarse de todas aquellas situaciones que no tengan una protección específica. Es el responsable último de la cobertura de riesgos concretos para la mayoría de los ciudadanos y concentrador de todos los riesgos considerados como malos, o en los que la relación causa-efecto es discutible y existe doble cobertura. Frente a la previsión del SNS como sistema universal, con atención integral a la salud, y sin posibilidad de selección en la cobertura del riesgo, la realidad es un sistema parcialmente fragmentado, principal para muchos pero que concentra por defecto, los malos riesgos de algunos.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 declara la universalización de la atención sanitaria para todos los españoles. Sin embargo, no derogó la disposición transitoria de la LGS que preveía que la universalización se habría de realizarse de forma progresiva, por lo que todavía existen algunos supuestos en los que el acceso al SNS puede implicar el pago de los servicios. Lo mismo ocurrió con el nuevo intento de universalización de la Ley de Salud Pública de 2011, hasta que el Decreto Ley del gobierno actual en 2012 retomó nuevamente las categorías de asegurado y beneficiario de la prestación, con lo que se alejó de la tendencia universalizadora original. Actualmente en España, casi el cien por cien de las personas tienen derecho “de facto” a las prestaciones del SNS. Sin embargo, el título jurídico para el acceso y el contenido de la asistencia han ido cambiando en respuesta a circunstancias personales y económicas.

Desde el año 2000, a los extranjeros empadronados se les reconocía el derecho en las mismas condiciones que a los españoles. En 2012 se dio marcha atrás en la equiparación pero, al margen de su situación administrativa, todo extranjero que se encuentre en España tiene derecho a la asistencia sanitaria de urgencia, cualquiera que sea la causa; también las embarazadas extranjeras en todas las fases del proceso de gestación hasta el posparto. En cualquier caso, los nacionales de los estados de la Unión Europea (UE) tienen el derecho en los mismos términos que los españoles.

Por su parte, la legislación de las distintas CCAA ha ampliado el ámbito de cobertura a los extranjeros hasta hacerlo coincidir con el derecho universal.

En enero de 2012, residían en España 47.2 millones de habitantes, con un ligero predominio de las mujeres (50.7%). El grupo de edad de menores de 16 años supone casi el 16% y el de 65 y más años más del 17%. El 98.3% de los residentes

en España,⁶ constituyen la población protegida por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo al mutualismo administrativo (Muface, Mugeju e Isfas) que recibe la prestación sanitaria por el sector público.

Del total de habitantes, 5.7 millones son extranjeros, lo que representa el 12.1%, repartidos de manera muy desigual en las distintas CCAA incluyendo también extranjeros pensionistas. Como referencia para 2011, en el conjunto de los países de la UE residían 33.3 millones de ciudadanos extranjeros, lo que supone el 6.6% del total. La mayoría, 20.5 millones, son ciudadanos de países extracomunitarios, mientras que el resto, 12.8 millones, son originarios de otro Estado miembro de la UE. En cifras absolutas España es el segundo país de la UE con más población extranjera residente, sólo superada por Alemania que tiene más de siete millones.

Acceso al Sistema Nacional de Salud. Tarjeta sanitaria individual

La acreditación del derecho de acceso a los servicios de salud se realiza desde 2003 mediante la denominada Tarjeta Sanitaria Individual prevista en la Ley de Cohesión del SNS. Es un documento administrativo unificado, nominal e intransferible, que identifica individualmente a cada beneficiario del SNS, y facilita la coordinación e intercambio de información entre las CCAA y el SNS. La tarjeta con soporte informático, válida en toda España, cumple con las funciones de acreditación, control e información.

Su gestión corresponde a cada CCAA, que debe garantizar la lectura y comprobación de los datos en todo el territorio del Estado español. El Ministerio de Sanidad soporta la base de datos con la información básica de asegurados del SNS, que debe ser mantenida y actualizada por los propios integrantes del sistema, lo que permite la depuración de titulares de tarjetas.

La generalización de su implantación no carece de problemas debido a la doble dependencia de la mayoría de los usuarios beneficiarios de la Seguridad Social, que debe acreditar la legitimidad del título. El proceso requiere de una fluida coordinación entre el INSS, las distintas CCAA y el propio Ministerio de Sanidad, que debe generar el código de identificación personal único y dar soporte a la base de datos común.

⁶ Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2011. Si bien se había alcanzado ya la cobertura del 99.5% de la población en 1999 (datos Ministerio Trabajo), los grandes flujos migratorios posteriores y el cambiante tratamiento legal de su cobertura contribuyen a estas fluctuaciones.

Derechos reconocidos y su extensión

Contenido de los servicios de salud

El derecho a la salud es un “derecho de prestación” que requiere la organización de un servicio público adecuado y la definición de las acciones concretas a realizarse para garantizar la efectividad del derecho. Al tratarse de un modelo descentralizado con normativa autonómica, se requiere fijar el contenido de las prestaciones como resultado de una regulación en cascada que obliga a conjugar las leyes e instancias referidas. Compatibilizar la exigencia de certeza sobre el alcance del derecho con la necesidad de asignación eficiente y racional de los recursos, por su racionamiento vía cantidad y calidad del servicio, conduce a la ordenación de las prestaciones y a la técnica de catálogo de prestaciones en las normas correspondientes.

Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El conjunto de servicios ofrecidos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. La cartera de servicios básica se formuló en la Ley de 2003, que desarrolló la anterior vigente desde 1995, y en el Real Decreto de 2006 que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recientemente, la reforma sanitaria del Decreto Ley de abril de 2012 modificó la cartera común de servicios para incluir las modalidades que se comentan a continuación.

Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud

Comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación realizadas en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente.

Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud

Incluye las siguientes prestaciones:

- Farmacéutica.
- Ortoprotésica.
- Productos dietéticos.
- Transporte sanitario no urgente por prescripción facultativa y razones clínicas.

Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud

Incluye todas aquellas actividades y servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que se consideran no esenciales y/o coadyuvantes o de apoyo para la mejoría de una patología de carácter crónico. Las actividades, servicios o técnicas incluidas en esta modalidad de cartera están pendientes de hacerse efectivas una vez que se aprueben por Orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas

Las CCAA en el ámbito de sus competencias podrán incorporar una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común básica, suplementaria o de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud. Al efecto, establecerán los recursos adicionales necesarios e informarán de forma motivada, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

El contenido de la cartera común de servicios del SNS se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del CISNS. En la elaboración de su contenido se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo. La inclusión de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La prestación farmacéutica

Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y la comunidad, de manera que se promueva el uso racional del medicamento.

Los pacientes hospitalizados disponen de los productos de la cartera común. Los pacientes no hospitalizados pueden disponer de aquellos medicamentos que han sido autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, las fórmulas magistrales y los preparados oficiales elaborados por las oficinas de farmacia según lo establecido en el Formulario Nacional,⁷ y las vacunas

⁷ Se trata de un compendio farmacológico con rango legal: "El Formulario Nacional contendrá las

antialérgicas y bacterianas; con exclusión de los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos sanitarios, los medicamentos calificados como publicitarios, los medicamentos homeopáticos, los efectos y accesorios de los que se realice publicidad dirigida al público general.

El financiamiento público de medicamentos estará sometido al sistema de precios de referencia y mecanismos de precios seleccionados como instrumentos de ahorro en el gasto farmacéutico; se potenciará el uso de medicamentos genéricos y se adecuará sus envases a la duración de los tratamientos.

La reforma que recoge el Decreto Ley de 2012 modifica el sistema de aportaciones del usuario en farmacia que existía previamente y establece distintos niveles de aportación para el copago de medicamentos y/o productos sanitarios financiados. La contribución a la financiación del gasto farmacéutica es la siguiente:

- Farmacia hospitalaria: los medicamentos dispensados no tienen copago.
- Prestación farmacéutica ambulatoria: a través de oficina de farmacia y sujeta a la aportación del usuario en el momento de surtido.

La cuantía vigente para esta contribución se incluye en el apartado del copago.

Racionamiento de los servicios: listas de espera y exclusiones

Listas de espera

Este problema no afecta a todos los países por igual porque los modelos sanitarios son diferentes y el proceso de racionamiento y ajuste se realiza por vías distintas, como pueden ser los precios. Cuando las listas de espera alcanzan un volumen elevado, pueden alterar la equidad de utilización y la equidad en el acceso.

Se trata de un problema multifactorial en el que intervienen los recursos humanos existentes, los sistemas de trabajo y retribución, el financiamiento disponible y su forma de aplicación, la organización del sistema de cuidados y el grado de complementariedad entre atención primaria y especializada, los recursos tecnológicos, la infraestructura y dotación hospitalaria, la elaboración de información y registro de lista de espera con disponibilidad o no de identificación de la morbilidad, el pa-

fórmulas magistrales tipificadas y los preparados oficiales reconocidos como medicamentos, sus categorías, indicaciones y materias primas que intervienen en su composición o preparación, así como las normas de correcta preparación y control de aquellos” (Boletín Oficial del Estado núm. 18, 21 de enero de 2015).

pel de ciudadanos y pacientes, los medios de comunicación, el papel y la presión de la sanidad privada, la educación para la salud y el conocimiento disponible por el ciudadano sobre sus procesos de enfermedad.

En el contexto económico actual se proponen reformas que, amparadas en la “necesidad” de recortes presupuestarios, descuidan interesadamente los tiempos de espera como estrategia para el estímulo de sistemas de aseguramiento y provisión de sanidad privada. Incluso, lo han planteado abiertamente algunos responsables de gobiernos autonómicos fuertemente vinculados a grupos mercantiles de sanidad.

Desde el año 2000 se constató que los criterios de cómputo y medida de las listas de espera variaban de unas CCAA a otras y se formularon propuestas para homogeneizar la información y criterios objetivos para el cómputo de pacientes pendientes de consultas, pruebas e intervenciones quirúrgicas. La Oficina del Defensor del Pueblo señalaba en 2002 que “los datos estadísticos que pueden permitir una aproximación al análisis causal de la dimensión de las listas de espera son escasos, desagregados y, en ocasiones, poco veraces”.

En 2003 se regularon los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre listas de espera, con el fin de lograr un tratamiento homogéneo en todo el territorio nacional. El resultado se considera insuficiente. Los datos disponibles de tiempos de demora quirúrgica existentes en la base de datos del SNS muestran cierta mejora entre 2003 y 2011. Sin embargo, el número de pacientes en lista de espera quirúrgica a 31 de diciembre de 2011 era de más de 459 000 personas, con un tiempo medio de espera de 73 días naturales. La espera media para consultas externas era de 58 días naturales. Al 30 de junio de 2012, ha aumentado el número de pacientes en espera a 536 911 y la duración de la demora a 76 días naturales.

En las CCAA se han dictado “leyes de garantía” que otorgan al ciudadano el derecho a hacer uso de medios ajenos al sistema bajo ciertas condiciones, en el caso de que la espera supere los tiempos máximos marcados. La aplicación de estas medidas ha sido muy diversa. En algunos casos ha sido una mera campaña promocional mientras que, en otros, se utiliza para derivar pacientes a centros privados.

Exclusiones de la cartera de servicios

La dosificación a través del control de la cartera de prestaciones, es otro instrumento eficaz para el racionamiento de los servicios. Está regulada la posibilidad de exclusión de una técnica o procedimiento incluido en la cartera de servicios cuando se evidencie su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o si el balance entre

beneficio y riesgo es significativamente desfavorable, o si pierde interés sanitario como consecuencia del desarrollo técnico. El procedimiento es el mismo que para las inclusiones.

Adquisición y dispensación de medicamentos

La Administración Central del Estado conserva las siguientes competencias en relación con los productos farmacéuticos:

- Legislación sobre productos farmacéuticos.
- Evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, medicamentos de uso veterinario y productos sanitarios.
- Decisión sobre el financiamiento público y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios.
- Garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los tratados internacionales.
- Importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España.
- Mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes.
- Adquisición y distribución de medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional.

La intervención del Estado en el sector farmacéutico es amplia y compleja debido a la importancia y dinamismo de este sector industrial. En 1990 se aprobó la Ley del Medicamento que estableció el principio de intervención pública, de manera que ningún medicamento pueda ser puesto en el mercado sin la previa autorización sanitaria de la Administración del Estado. Se prescribe una lista cerrada de medicamentos legales, las condiciones de investigación y los criterios de evaluación. Se introduce igualmente la lista de productos que pueden ser financiados con recursos públicos, con el criterio de revisión anual y mejor precio comparativo en relación con un precio de referencia. La autoridad de referencia es la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos de 2006, regula los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, evaluación, autorización, registro, fabricación, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publici-

dad, importación y exportación, prescripción y surtido, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para el financiamiento, en su caso, con fondos públicos. Y contempla la armonización con los Estados de la UE.

El financiamiento público de la prestación farmacéutica centra buena parte de los debates sobre sanidad en la medida en que los medicamentos influyen fuertemente en el incremento del gasto, mientras que es asunto muy sensible la introducción de medidas restrictivas en esta materia.

En el caso de España, la prestación de asistencia sanitaria regulada por la Ley de Seguridad Social de 1974, formalmente vigente, incluye la prestación farmacéutica con una regulación muy generosa, que ampararía todos los medicamentos que con plena libertad prescribieran los facultativos de la Seguridad Social. Este marco legal definió un nivel de prestación farmacéutica de los más completos de Europa, lo que fomentó el consumo de medicamentos, con su efecto en el gasto sanitario.

Por el contrario, la LGS introdujo en 1986 el principio de financiamiento público selectivo y no indiscriminado de la prestación de medicamentos. En esta línea se promulgó la Ley del Medicamento en 1990 para regular la selección de medicamentos a efectos de su financiamiento por el SNS mediante una lista cerrada de categorías.

Hay dos tipos de exclusiones del financiamiento público. Exclusiones genéricas como: cosméticos, dietéticos, suplementos alimenticios, anabolizantes, anti obesidad, dermatológicos o destinados a síntomas menores. Otros productos se excluyen por Orden Ministerial con informe de las CCAA a través del CISNS. En el momento de la autorización y registro de una especialidad es cuando se decide inicialmente si se incluye o excluye de la prestación farmacéutica del SNS.

En la adquisición de medicamentos, corresponde al Consejo de Ministros la fijación de precios máximos de aquellos financiados por el SNS, utilizando estas vías:

- Acuerdos de adquisición previstos en la Ley de Seguridad Social. Los realiza el Ministerio de Sanidad con los laboratorios productores de los medicamentos, para fijar bonificaciones sobre el precio de venta industrial. También acuerdos con las farmacias a través del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos para ajustar los costos de distribución con la bonificación correspondiente. Se han venido sucediendo desde 1993 cuando se obtuvieron importantes ahorros para el SNS.

La razón de fondo de ambos tipos de bonificaciones y descuentos es la importancia del SNS como cliente, ya que consume aproximadamente el 85 por ciento de los medicamentos en España que es el segundo país del mundo en consumo de medicamentos por persona.

El gasto público en recetas médicas, sin incluir los productos farmacéuticos que se dispensan directamente en las instituciones sanitarias, alcanza el 20.8% del gasto sanitario público corriente. Esta cifra es sensiblemente inferior al 24.3% correspondiente al año 2002, en clara tendencia decreciente. El consumo de genéricos es de los más bajos de Europa y no alcanza la tercera parte de Alemania.

- Sistema de fijación de precios de referencia.
- Concursos o subastas. Son fórmulas de adquisición centralizada propuestas como mejor fórmula de control de este gasto. Algunas CCAA han puesto en marcha este tipo de procedimientos, pero el gobierno actual intenta sistemáticamente bloquearlo ante el Tribunal Constitucional alegando conflictos de competencia.

Los servicios de salud de las CCAA tienen competencia para:

- La autorización y control del uso de los talonarios de recetas médicas oficiales, para la prescripción de medicamentos y productos sanitarios con financiamiento público.
- La comprobación y tramitación mensual de la factura farmacéutica correspondiente a las recetas oficiales surtidas en las oficinas de farmacia.
- La tramitación y seguimiento de convenios y acuerdos en materia de medicamentos.

Garantía de derechos: información y vías de reclamación

La Ley establece un conjunto de obligaciones informativas a cargo de los servicios de salud: informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y cartera de servicios del SNS, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos, o de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

La Ley de 2002 sobre autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define el derecho a la informa-

ción asistencial y el titular del derecho, y regula el derecho al consentimiento informado y el acceso a la historia clínica, informes de alta, certificado sobre estado de salud, etcétera.

En derechos colectivos, los usuarios del sns tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y requisitos de acceso. Los servicios de salud deben disponer en sus centros de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos.

La garantía del cumplimiento de estas previsiones se encomienda a cada uno de los servicios de salud que debe regular los procedimientos y sistemas de garantía. En resumen, el sns ofrece los siguientes servicios de información:

- Al paciente y familiares sobre sus derechos y deberes, en particular para la adecuada prestación del consentimiento informado.
- La tramitación de los procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del proceso asistencial.
- Información sobre todas las actuaciones asistenciales que se le vayan a practicar.
- La expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos.
- El informe de alta al finalizar la hospitalización o el informe de consulta externa.
- A petición del interesado, comunicación o entrega de un ejemplar de su historia clínica o de datos contenidos en la misma.
- Certificación de nacimiento, defunción y demás para el Registro Civil.

Reclamación de derechos relativos a la salud

La forma de reconocimiento constitucional de estos derechos no permite su exigibilidad directa en ámbito judicial, que sólo puede ampararse en las leyes de desarrollo. Estos litigios corresponden al orden contencioso-administrativo, ya que las reclamaciones se dirigen contra actos administrativos. Las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de los servicios públicos de salud se plantean igualmente en vía administrativa y su revisión asimismo, en el orden contencioso-administrativo.

En los diferentes servicios de salud se han creado unidades especializadas a distintos niveles organizativos, ligadas a la creación de los servicios de atención al paciente o unidades de atención al usuario, dirigidas a velar por la adecuada garantía del derecho y a canalizar la información que se pueda derivar. A veces incorporan una figura de defensor del paciente con actuación independiente y/o también dependencias administrativas para recoger y tramitar las quejas y sugerencias de los usuarios de los servicios.

Estructura general del Sistema

Organización del Sistema Nacional de Salud

El sistema sanitario español es un sistema público por su financiamiento, aunque la provisión se realiza también, por entidades privadas. La provisión de los servicios se basa en tres elementos: hospital, asistencia primaria y farmacia.

A pesar de que el SNS español es una realidad palpable, no tiene personalidad jurídica propia, ni una estructura de gestión específica. Se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud subsistentes en el Estado, más los 17 servicios de salud de las CCAA, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias bajo responsabilidad de los poderes públicos. La coordinación sirve para constituir una red única. Es significativo que en la legislación no se ha utilizado la denominación generalizada de “servicio” nacional de salud, que denotaría la existencia de una unidad jurídica, sino que se ha preferido la de “sistema” que da la idea de un conjunto de instituciones. Esto trae asociadas ciertas consecuencias.

El SNS quedó definitivamente estructurado en España a partir de la LGS de 1986, pero el flanco débil es que la LGS no definió un modelo inequívoco de sistema sanitario. En los principios de la Ley se define un modelo del tipo servicio nacional de salud, adaptado a la estructura del Estado español compuesto por las CCAA, al que denomina Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el articulado de la Ley no regula el derecho como un derecho de todos, vincula el acceso a la sanidad a la extensión de la cobertura de la Seguridad Social, mantiene como un elemento básico en el financiamiento las cotizaciones sociales, y relega a una disposición transitoria nunca desarrollada totalmente, la integración de todos los sistemas de aseguramiento sanitario existentes. En realidad, el SNS es el fruto del desarrollo del sistema sanitario de la Seguridad Social.

Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud

La coordinación, cooperación, comunicación e información de los 17 servicios de salud, entre ellos mismos y con la administración del Estado, se instrumenta a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, constituido por los titulares del Ministerio y de los 17 departamentos autonómicos competentes en materia sanitaria. Está presidido por el ministro de Sanidad y la vicepresidencia es desempeñada por uno de los consejeros autonómicos, elegido por y entre sus pares que forman parte del mismo. Funciona en pleno, comisión delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo. Los acuerdos se adoptan por consenso.

El Ministerio de Sanidad y la Administración Central

El Ministerio de Sanidad ejerce las competencias del Estado para fijar las “bases y coordinación general” que deben concretarse con el establecimiento de las normas necesarias y es responsable de facilitar la información recíproca y la homogeneidad de las técnicas empleadas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como de asegurar la cooperación entre las distintas administraciones. Le corresponden la Alta Inspección, la Agencia de Calidad del SNS y la representación del Estado en los organismos internacionales. Su papel se ha reorientado hacia las tareas de supervisión del SNS y el diseño de las estrategias globales de equidad, calidad, y eficiencia.

El Ministerio además es responsable de las competencias estatales en productos farmacéuticos, la salud pública –incluyendo sanidad ambiental y salud laboral–, la seguridad alimentaria y la investigación sanitaria. También del Plan Nacional de Drogas, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y el Instituto de Salud Carlos III para la política de investigación sanitaria, así como del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.

En materia de sanidad exterior, el Ministerio debe colaborar con otros países y organismos internacionales en el control epidemiológico, la lucha contra enfermedades transmisibles, la conservación del medio ambiente saludable, la elaboración y aplicación de normas internacionales, la investigación biomédica y otras acciones benéficas para las partes en sanidad.

El Ministerio de Sanidad desarrolla otras acciones en coordinación con las CCAA:

- Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.

- Reglamentación, autorización y registro u homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario, y sobre los primeros ejerce las competencias de inspección y control de calidad.
- Determinación de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- Fomento de la calidad en el SNS.
- Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados
- Establecimiento del Sistema de Información del SNS.

Servicios de salud autonómicos. Estructura asistencial

Las competencias sanitarias no exclusivas del Estado corresponden totalmente a las CCAA desde 2002. La descentralización iniciada en 1979, consolidó 17 consejerías de salud o “ministerios” autonómicos, que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de los servicios sanitarios dentro de su territorio. La estructura más habitual de los sistemas regionales comprende una consejería de salud responsable de la regulación y planificación en materia de política y atención sanitaria, y un Servicio Regional de Salud que se encarga de la provisión de servicios. Les compete la organización territorial de los servicios sanitarios de su ámbito: delimitación de áreas de salud y zonas básicas de salud y su posible descentralización.

La estructura asistencial de la sanidad inició en 1984 una importante reestructuración y quedó configurada como se describe en los siguientes apartados.

A nivel territorial

La ubicación de los recursos asistenciales responde básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demo-geográficas delimitadas que establece cada CCAA, que son las áreas de salud. Se construye un mapa sanitario con dichas áreas como estructura fundamental y que se delimita atendiendo a una serie de factores sociales, económicos y demográficos, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios. Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200 000 habitantes y no más de 250 000.

Las áreas de salud se subdividen en zonas básicas de salud, que son el marco territorial en que se desarrolla la atención primaria y en las que se desarrollan las actividades sanitarias de los centros de salud. En algunos servicios de salud existen estructuras organizativas intermedias entre el área de salud y la zona básica.

Cada área básica dispone de un hospital general como referente para la atención especializada.

La posibilidad de que el paciente pueda elegir especialista y hospital está relativamente menos desarrollada que en el caso de la atención primaria. Para acceder a la atención sanitaria especializada es preciso que el médico familiar o el pediatra derive al paciente hacia ella.

A nivel asistencial

Atención primaria. Es el primer escalón y se desarrolla por medio de una potente red de centros denominados centros de salud, a través de los equipos de atención primaria, formados por médicos familiares, pediatras, diplomados en enfermería y auxiliares de enfermería. Los centros son públicos y los profesionales, empleados públicos. Esto es atípico en Europa donde la atención primaria se ha formado por evolución natural de la práctica médica y está constituida por profesionales independientes que mantienen un contrato con el sistema público. En este primer nivel se pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia.

La atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema sanitario público en contraste con algunos países donde hay acceso directo al especialista. En general, esta circunstancia se valora muy positivamente y se considera como uno de los puntos fuertes del sistema. Una atención primaria bien organizada, con el papel de *gatekeeper*, puede hacer mucho por la continuidad y racionalidad de la asistencia.

El SNS cuenta con 3 006 centros de salud y 10 116 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud para acercar los servicios básicos a la población.

En los centros de salud y consultorios locales del SNS trabajan más de 35 000 médicos (alrededor de 29 000 médicos familiares y algo más de 6 000 pediatras) y más de 29 000 profesionales de enfermería. La tasa de médicos del primer nivel asistencial por cada 10 000 habitantes de población asignada es de 7.6 y la de enfermería, 6.3.

En las consultas de atención primaria existe una importante implantación de las tecnologías de la información y comunicación, ya que la inmensa mayoría de los médicos de familia (casi nueve de cada 10) utilizan las historias clínicas de sus pacientes a través de computadora.

La actividad de los centros de salud puede medirse por la frecuencia general de asistencia anual por habitante asignado a las consultas médicas de este primer

nivel asistencial y que es de 6,0, lo que supone la atención de 259 millones de consultas médicas al año. Si se incluye la atención de urgencias fuera de horario, el número de consultas llega a 279 millones. Y si añade la enfermería, el volumen supera los 418 millones.

Atención especializada. Se presta en los centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o bajo régimen de ingreso. Tras la conclusión de las atenciones, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente, al médico de atención primaria quien al disponer del conjunto de datos de la biografía sanitaria, posibilita que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente.

En 2011 en España, estaban en funcionamiento 790 hospitales (1,8 por 100 000 habitantes) con una dotación de 162 538 camas instaladas (352,5 por 100 000 habitantes). De esa cifra, el SNS cuenta con 315 hospitales, dotados de 105 505 camas, más cuatro hospitales del Ministerio de Defensa que aportan otras 995 camas. Existen otros 20 establecimientos hospitalarios de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con 1 468 camas.

Por dependencia funcional, de cada 10 hospitales cuatro son públicos y seis privados, proporción que se invierte cuando contamos la titularidad de las camas instaladas: de cada 10 camas instaladas siete son públicas y tres privadas. Por finalidad asistencial, de cada 10 hospitales, siete se dedican a la atención de enfermedades agudas, uno es un hospital psiquiátrico y dos tienen por finalidad la asistencia geriátrica y larga estancia. De cada 10 camas instaladas ocho están en hospitales de padecimientos agudos, una está en un hospital psiquiátrico y una en un hospital de geriatría y larga estancia.

Por dependencia funcional y titularidad, la mitad de los hospitales de enfermedades agudas y el 75% de las camas son de titularidad pública. El 30% de los hospitales psiquiátricos y el 34% de sus camas son de titularidad pública, lo mismo que el 30% de los hospitales de geriatría y larga estancia y el 37% de las camas instaladas.

En cuanto al personal, en los centros hospitalarios del SNS prestan servicio 79 000 médicos (17,2 por 10 000 habitantes y 128 000 enfermeras (27,9 por 10 000 habitantes). Esto supone casi el 90% del conjunto de los médicos y más del 85% de todas las enfermeras que trabajan en los hospitales y centros de especialidades españoles.

Organización de la prestación de servicios médicos

El total de personal sanitario entre centros de salud y hospitales públicos es de alrededor de 272 000 médicos y enfermeras a los que habría que añadir el personal en periodo de formación posgrado, entre los que destacan los alrededor de 19 000 médicos internos y residentes que están en los hospitales públicos. El número total de trabajadores de los 17 servicios de salud supera los 600 000.

La relación de los médicos y personal sanitario con el SNS no es por contrato laboral ni mercantil, sino por una relación estatutaria similar a la funcionarial. Esto condiciona los sistemas de selección del personal y de provisión de vacantes, el funcionamiento de las interinidades o las incompatibilidades.

El sistema de formación médica especializada en España tiene una alta valoración. Los hospitales públicos desempeñan la función formativa para la obtención del título de médico especialista con el ingreso periódico mediante pruebas selectivas, de licenciados en medicina. Con el ingreso, los licenciados en medicina obtienen la calidad de médico interno residente, y pasan un largo periodo de formación que puede variar entre tres y cinco años, según la especialidad. Concluido con éxito este ciclo obtienen la correspondiente titulación especializada o posgrado. Durante el periodo formativo funciona un contrato mixto de formación y trabajo por el tiempo que dura la especialización y el médico percibe una retribución. El ingreso en el SNS es por oposición o mediante contrato.

En otro orden de cosas, tiene interés referirse a la delimitación de competencias para la expedición de los partes de alta y baja médica. La alta y baja médicas no sólo tienen efecto en cuanto al tratamiento sanitario, sino que marcan el principio y terminación de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal o invalidez. Por consiguiente, el control del gasto por las citadas prestaciones económicas depende en buena medida del control riguroso de las altas y bajas médicas.

El costo del subsidio por incapacidad temporal es un capítulo de especial preocupación por su volumen y crecimiento. Existe una disociación entre la institución que soporta el costo de los procesos y debe pagar la prestación económica, que es la Seguridad Social, y la institución que tiene las facultades para determinar su inicio, mantenimiento y extinción, que son los médicos, y que no dependen de esa entidad gestora y pagadora. Cualquier posible laxitud en la prescripción de altas y bajas médicas se traduce en elevados costos para la Seguridad Social.

Algo similar ocurre con el diagnóstico sobre si una enfermedad es de carácter común o profesional, por la diferencia de la prestación económica entre ambos supuestos y porque el gasto sanitario correrá a cargo del servicio de salud autonómico en el primer caso, o de la Seguridad Social, en el segundo.

Todo ello genera tensiones entre la Seguridad Social y los servicios de salud en relación con la cuantía del gasto y con la institución que debe asumirlo.

Elementos del sistema público no integrados

Además del sistema general descrito, la acción pública en materia de salud se organiza bajo otras modalidades para riesgos o colectivos diferentes, como los siguientes:

- a) *Empresas colaboradoras.* Son empresas autorizadas para cubrir la asistencia sanitaria de sus trabajadores por enfermedad común, como colaboración en la gestión de la Seguridad Social que las financia con un descuento en la cotización. A partir de 2002, al modificarse el financiamiento del SNS, este sistema se ha convertido en residual.
- b) *Mutualidades de funcionarios estatales.* Mutualidades de funcionarios civiles (Muface), judiciales (Mugeju) y militares (Isfas). Les corresponde la asistencia sanitaria de unos dos millones de personas protegidas, entre titulares y familiares, que representa el 4.8% de la población. Se financian por medio de contribuciones sobre la nómina del trabajador y por el Estado como empleador. Esto supone un doble pago del funcionario al añadir estas cotizaciones sanitarias a su tributación fiscal, que financia la asistencia sanitaria de todos. Son el único grupo que puede renunciar al SNS y optar por servicios de salud privados y con opción anual de cambio de proveedor. El 80% de los funcionarios opta por instituciones privadas, pero es común que retornen al SNS para atender afecciones graves. Esto supone una selección de riesgo favorable para las aseguradoras privadas, a lo que la administración estatal reacciona pagándoles una prima inferior al costo medio de los funcionarios en el sistema público. Se genera, así, un círculo vicioso que conduce a que la calidad de la prestación sanitaria de las aseguradoras al funcionario se deteriore y se le ofrezcan a éste servicios médicos diferentes a los que se otorgan a los asegurados privados.
- c) *El Seguro Escolar.* Es un régimen residual que persiste para los niveles de “enseñanzas no obligatorias” de los estudiantes menores de 28 años en caso

de que no dispongan de otra protección. La cotización se paga junto con la matrícula escolar.

- d) *La asistencia sanitaria del Instituto Social de la Marina*, que es la entidad gestora de Seguridad Social para el régimen especial de los trabajadores del mar. Tiende a la integración en el sistema público ordinario. Dispone de medios sanitarios propios y concertados, entre los que destacan sus dos modernos buques hospital.
- e) *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social*, a las que corresponde la asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional de todos los trabajadores. Son asociaciones no lucrativas de empresarios que colaboran con la Seguridad Social en la gestión de contingencias sanitarias laborales, para lo cual administran las correspondientes cotizaciones que pone a su disposición la Tesorería General de la Seguridad Social. La cotización corre a cargo exclusivo de la empresa, en aplicación del principio de responsabilidad objetiva del empresario en los accidentes de trabajo. Los medios que tienen asignados son propiedad de la Seguridad Social y también contratan con entes privados. Tienen a su disposición 22 centros hospitalarios y 1 096 ambulatorios, con un personal sanitario total calculado en 11 682 personas.
- f) *Mutualidades profesionales*. La población que accede a la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social mediante convenios singulares, como los realizados por algunos colegios profesionales a favor de los colegiados que lo deseen y paguen, puede tener atención sanitaria pública. Los colegios que en 1985 tenían una mutualidad de previsión social obligatoria fueron autorizados a mantenerla sin obligación de incorporarse a la Seguridad Social. Esta peculiaridad de ciertos colegios implica que haya ciudadanos fuera de la sanidad pública en un sistema universalizado y sin que exista una regulación específica que los excluya. Alguno de los colegios no ha firmado un convenio especial, por lo que sus miembros no cuentan con servicios de salud pública en un sistema universalizado. Ahora bien, en los casos en los que existe convenio para acceder al SNS, los agremiados deben pagar una cuota, lo que supone un doble pago en un sistema universal y financiado por impuestos.
- g) La sanidad penitenciaria está financiada por el presupuesto del Ministerio del Interior.

El sector privado en relación con el Sistema Nacional de Salud

En el SNS la organización de la provisión de servicios es de responsabilidad pública, aunque la prestación se realice a través de centros y servicios concertados.

La asistencia sanitaria pública se recibe de las instituciones o profesionales designados por el SNS. Cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los asignados, la asistencia médica pierde la gratuidad. Sólo procede el reembolso en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, y siempre que se compruebe que no se pudieron utilizar los servicios del SNS.

Los seguros privados voluntarios tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante. En muchas ocasiones se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera o servicios como la atención bucodental de los adultos, que son muy limitados en el catálogo de prestaciones.

El número de personas que declaran tener un seguro médico privado contratado individualmente o por la empresa para la que trabajan, según las Encuestas Nacionales de Salud, pasó del 8.8% en 1987 al 10.9% en 1999 y al 14.4% en 2006-2007, con considerables variaciones regionales. Este incremento de la cobertura podría explicarse por las mejoras del nivel de ingresos habida cuenta de que coinciden los periodos citados, al menos en parte, con momentos de expansión de la economía.

Como estímulos al aseguramiento sanitario privado, hay que señalar que para las empresas son gastos deducibles en el impuesto de sociedades las primas de seguros que paguen por los trabajadores. Por otra parte, no se considera como retribución en especie para el trabajador la prima de seguro de salud que la empresa pague por él, su cónyuge o sus hijos, siempre que no supere una determinada cantidad. Esto, unido a que una póliza colectiva es más económica que una individual, ha conducido a que muchas compañías decidan dar a sus trabajadores una póliza como parte de sus beneficios sociales. De acuerdo con la patronal de seguros, Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Unespa), este tipo de asegurados alcanzan ya un millón de personas.⁸ Para los profesionales y trabajadores autónomos también son gastos deducibles, con límites, en el impuesto sobre la renta, las primas de seguros de asistencia sanitaria.

Los profesionales con seguro alternativo a la Seguridad Social pueden deducir además las primas que paguen hasta un máximo de 4 500 euros anuales.

⁸ Las cifras utilizadas en este apartado proceden principalmente de Abascal Ruiz (2013).

Por otra parte, merece atención la escalada de uso de la atención sanitaria privada del SNS, que tradicionalmente se reducía a subsanar las limitaciones de recursos propios y a la gestión de listas de espera. A partir de 1997, la Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS abrió el abanico de posibilidades de acceso a nuevas formas de contratación de los servicios públicos sanitarios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas. Se profundizó la separación entre el financiamiento, compra y provisión de servicios. Las fórmulas habilitadas se detallan en el cuadro 5.5.

Cuadro 5.5. Nuevas formas de gestión

Gestión directa	Organismos autónomos de carácter administrativo
	Entes de derecho público
	Consortios
	Fundaciones públicas
	Sociedades mercantiles públicas
	Sociedades estatales
	Fundaciones públicas sanitarias
Gestión indirecta	Concierto (de dos tipos)
	Convenio singular
	Consortio. Por empresa pública sometida al derecho privado
	Concesión administrativa

Fuente: Elaboración propia, con información de la Ley 15/1997.

Las actuaciones más recientes de concesión de obra pública han adoptado fórmulas de *public-private partnership* para la creación de infraestructuras que permiten el financiamiento y construcción privada (*private finance initiative*) con participación pública y privada en la construcción y explotación de infraestructuras. El modelo fue utilizado en el Reino Unido al inicio de la crisis del National Health System durante el mandato de Margaret Thatcher. Su ventaja adicional en escenarios con riguroso control del déficit público es que el financiamiento vinculado al proyecto no se cuenta como déficit en la contabilidad pública para efectos de la normatividad europea sobre estabilidad presupuestaria y del sistema europeo de cuentas.

Este nuevo marco regulatorio es causa y efecto de la creciente actividad del sector sanitario privado en España, en el que participan sociedades multinacionales,

de capital riesgo y grandes empresas constructoras con interés en ampliar y potenciar este prometedor mercado. Se suele recurrir al discutible argumento de ayudar a la disminución de costos del SNS, lo que está lejos de poderse demostrar.

Además de la significativa participación de empresas constructoras, hay que resaltar el especial protagonismo de compañías de capital riesgo, a las cuales les resulta especialmente atractivo por la atomización del sector y la rentabilidad que obtienen, superior a la correspondiente al mercado bancario. Cabe resaltar, igualmente, el incremento de la facturación de los seguros de salud en los últimos años. En el año 2012 las primas ingresadas alcanzaron los 6 800 millones de euros, un incremento del 3.18% sobre el año anterior. Según datos del sector, el incremento en 2007 alcanzó un 9.8%. El número de asegurados superó los 10.4 millones de personas en 2011. El aumento en el número de camas hospitalarias privadas ha sido cinco veces superior al de las públicas en los últimos años.

Se ha puesto de relieve la asimetría existente entre una gran concentración de entidades de seguro y una atomización de hospitales y otros servicios sanitarios (análisis, radiología, etcétera). Así, mientras los principales cuatro grupos aseguradores (Grupo Caixa, Sanitas, Asisa y Mapfre) suman el 70% de las primas, las cuatro principales redes hospitalarias privadas (Capio, Adeslas, USP y Quirón) apenas cubren el 24% de la asistencia. Del resto de la red, hasta un 68% son hospitales y clínicas independientes. Entre los grupos con mayor número de hospitales destaca la Orden de San Juan de Dios con 27, seguida de las Hermanas Hospitalarias con 16, y la Cruz Roja con seis.

La construcción de nuevos hospitales en los años recientes –siete en Madrid– se ha realizado bajo alguna de las nuevas fórmulas de gestión y apunta claramente hacia formas de privatización de la provisión del servicio sanitario aunque no, naturalmente, del financiamiento. Donde con más fuerza se ha evidenciado esta tendencia ha sido en las CCAA de Cataluña, Valencia y Madrid, y en todas ellas ha sido acompañada de casos claros de conflicto de intereses y episodios de *puerta giratoria*.⁹

Aunque la dinámica privatizadora de la gestión sanitaria se inició en territorios como Cataluña, donde existía de inicio la red más débil de centros públicos, se ha

⁹ Expresión que describe el hecho de que un funcionario público se vaya a trabajar al sector privado en una empresa relacionada con su actividad anterior, donde resulta beneficiado por la información y relaciones adquiridas en su cargo público. También describe el fenómeno inverso: el paso de empresarios a cargos gubernamentales y, en general, la ida y vuelta de altos directivos de los sectores público y privado, lo que genera conflicto de intereses. Proviene del término en inglés *revolving door*. (N. del E.)

ido extendiendo en el resto de la CCAA aunque con distinto grado de intensidad y, tal vez, de intenciones. Es especialmente notable el caso de Madrid. Luego de varios años de medidas parciales en esta misma dirección y con total falta de información al público, se ha concluido con un concurso para privatizar la gestión de seis hospitales públicos y 27 centros de salud, lo que ha provocado movilizaciones masivas de quienes se oponen a esta decisión. Actualmente este proceso está pendiente de varios recursos judiciales, incluso ante el Tribunal Constitucional y se han acordado judicialmente medidas cautelares de suspensión del concurso.¹⁰

Para comprender estos movimientos de fuerte oposición, conviene recordar que, en definitiva, el SNS se construyó sobre la base de un gran acuerdo entre los partidos políticos, lo que representó un pacto entre clases, y que constituye uno de los principales sistemas de redistribución de la riqueza en España, junto con el sistema de pensiones y el sistema educativo.

El financiamiento y el gasto del Sistema Nacional de Salud

El financiamiento de un sistema de salud se alimenta de cuatro fuentes: impuestos, cotizaciones, seguros voluntarios y contribuciones directas. Las fundamentales para el SNS son las cotizaciones de Seguridad Social y la aportación fiscal del Estado. La evolución del sistema se concretó desde mediados de los años setenta, cuando la Seguridad Social hacía frente a las dos terceras partes del gasto en salud, mientras que el tercio restante se cubría con el presupuesto del Estado. Este esquema se invirtió en 1989, cuando el presupuesto del Estado se incrementó hasta el 70%, mientras que la Seguridad Social redujo sus aportaciones a alrededor del 30% del total, y continuaron decreciendo hasta desaparecer completamente en 1999. A partir de entonces, el 98% del gasto público en asistencia sanitaria está cubierto por impuestos y el 2% restante corresponde a la atención a pacientes con otro tipo de cobertura, como las aportaciones de los funcionarios a sus mutualidades o las de las empresas para las prestaciones por accidentes de trabajo. En cuanto a los funcionarios, se estima que el 70% es aportado por el Estado y procede igualmente de impuestos, y el 30% restante, de las contribuciones específicas de estos trabajadores.

¹⁰ Finalmente el gobierno regional de la Comunidad de Madrid retiró el proyecto de privatización de la gestión en estos hospitales.

Hasta 2002, el grueso del financiamiento de la sanidad provenía de la Seguridad Social, aunque, a su vez, desde 1999 se originaba en transferencias estatales a ésta. En cuanto a infraestructura, la mayor parte de los hospitales públicos pertenecen al patrimonio de la Seguridad Social, que es distinto del patrimonio del Estado.

Cuadro 5.6. Fuentes de financiamiento 1989-1999 (porcentajes)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<i>Estado</i>	70.1	68.8	67.8	69.04	68.75	70.23	77.35	82.82	91.85	95.24	98.44
<i>Cotizaciones</i>	27.2	27.2	27.22	27.22	27.96	27.12	20.37	14.91	5.61	2.7	0

Fuente: Presupuesto Insalud. Cifras y datos Insalud.

El Parlamento español es el que aprueba anualmente el presupuesto del Estado y el presupuesto de la Seguridad Social. En los modelos de financiamiento anteriores a 2002, los recursos correspondientes eran transferidos a las CCAA bien directamente bien a través del Insalud, en caso de que no tuvieran todavía a la capacidad de gestión financiera de la prestación. Actualmente se distribuye a cada CCAA la cantidad que le corresponde de los tributos recaudados por el Estado, de acuerdo con las reglas establecidas, excepto el País Vasco y Navarra, que tienen un régimen fiscal especial. Los acuerdos y normas de aplicación se gestionan en el seno del Comité de Política Fiscal y Financiera con participación de las CCAA y decisión final del gobierno del Estado.

La mayoría de los impuestos se recaudan de manera centralizada debido a la limitada autonomía fiscal de las CCAA. A título de ejemplo, en 1996, los impuestos recaudados por los gobiernos autónomos eran menos del 9% del presupuesto sanitario total.

Evolución del modelo de financiamiento sanitario

Desde la creación del SNS, y como consecuencia del nacimiento simultáneo del Estado autonómico, del nuevo sistema de salud y de su progresiva descentralización, el sistema de financiamiento ha recorrido en pocos años un complejo camino hasta su configuración actual. Es ilustrativo reseñar los trazos esenciales para mejor entender los problemas encontrados en cada coyuntura y las soluciones adoptadas.

La LGS de 1986, bajo la situación entonces existente, indica el origen de los recursos destinados a financiar la asistencia sanitaria con cargo a:

- Cotizaciones sociales.
- Transferencias del Estado con finalidades concretas: contribución al sostenimiento de la Seguridad Social, compensación por extensión de la asistencia de la Seguridad Social a personas sin recursos y compensación por integración de hospitales de corporaciones locales en el SNS.
- Aportaciones de las CCAA.
- Aportaciones de las corporaciones locales.
- Tasas por la prestación de servicios.

Esta estructura de financiamiento ponía de manifiesto o consagraba implícitamente, el hecho de que el nuevo sistema se construía sobre la estructura existente de la Seguridad Social. El hecho de mantener las cotizaciones sociales como fuente financiera del sistema consolidaba a la Seguridad Social como ente financiador, e igualmente reafirmaba la naturaleza de las transferencias del Estado como contribuciones al sostenimiento de la Seguridad Social, con lo que pervivía una estructura dualista de financiamiento.

En todo caso hay que destacar la transformación del financiamiento desde un sistema de cotizaciones sociales al actual sistema no contributivo de financiamiento por la vía fiscal.

Hasta 2001, la distribución del presupuesto de sanidad a las CCAA se llevó a cabo sobre la base de un presupuesto inicial anual prospectivo, orientado por el principio de población protegida que en el momento de su liquidación, se comparaba con el de la parte mayoritaria del SNS gestionada todavía por un organismo de la Seguridad Social, el Insalud, con lo que se garantizaba un trato equivalente.

A partir de 2002, y con correcciones realizadas en 2009, el financiamiento del SNS quedó integrado en el sistema general de financiamiento de las CCAA con algunas peculiaridades, con lo que se inició el camino de la descentralización tributaria. En ese momento, a los tradicionales problemas de suficiencia se añadió la preocupación por la cohesión y la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema.

La primera etapa (1981-1994) del proceso de transferencia de la asistencia sanitaria a las CCAA abarca el periodo inicial hasta 1994, cuando se firmó el primer Acuerdo para el financiamiento de los servicios transferidos. Una característica de esa etapa es que cada CCAA siguió su propio proceso de transferencia, en distintos momentos y bajo circunstancias diferentes. Esto provocó que el proceso se realizara sobre la base de diferentes parámetros para el cálculo del financiamiento, lo

que cuestionó la integridad del sistema. Se trataba de un conjunto de mecanismos y criterios de financiamiento complejo y heterogéneo, que iban desde la aplicación inicial del criterio del costo-efectivo de los servicios traspasados, hasta pasar progresivamente al criterio de población de derecho, para finalizar con el criterio de la población protegida. Todo ello generó importantes tensiones presupuestarias derivadas de una larga etapa de previsión insuficiente de los recursos necesarios, que resultó en un importante endeudamiento del sistema.

La alteración del peso relativo de las diversas fuentes financieras de la sanidad, básicamente cotizaciones sociales y transferencias del Estado, a partir de la Ley de Presupuestos del Estado para 1989, y que convirtió a los impuestos en la principal fuente de financiamiento, sirvió para reconducir la lógica financiera heredada hacia la propia de un servicio nacional de salud. Sin embargo, el progresivo predominio del recurso fiscal no culmina hasta los presupuestos de 1999 con la desaparición de las cuotas como fuente de financiamiento de la sanidad, en cumplimiento de las previsiones de separación de fuentes de financiamiento acordadas en el Pacto de Toledo. Antes de esa fecha no se alteró el vínculo con la Seguridad Social, puesto que hasta la aprobación del nuevo modelo de financiación autonómica, la pieza básica seguía siendo una transferencia final del Estado con origen presupuestal en la Tesorería General de la Seguridad Social.

Desde el criterio inicial del costo de los servicios transferidos, se pasó en 1990, a introducir como novedad, el criterio de distribución de los recursos en función de la población protegida. Para reducir el posible impacto, se estableció un periodo de ajuste de 10 años, a partir de 1991.

Este primer mecanismo de financiamiento experimentó una evolución desigual y careció de homogeneidad. En consecuencia, el Consejo de Política Fiscal y Financiera acordó en 1992, la creación de un grupo de trabajo para examinar el sistema presupuestario y de liquidación del gasto sanitario, a fin de formular las oportunas recomendaciones.

La segunda etapa abarca el periodo 1994-1997. En el acuerdo de financiamiento de la asistencia sanitaria para esta etapa se retoma la necesidad de articular el crecimiento del gasto global del Insalud en paralelo al crecimiento de la riqueza en España, para lo cual dicho gasto debía aumentar en la misma proporción que el PIB nominal.

Entre los aspectos relevantes de este acuerdo, destaca la homogeneización de los criterios de reparto al establecer como criterio único, frente al del costo histórico de los servicios, el de la población protegida, que se define a partir del Censo

de Población, deduciendo los colectivos que reciben asistencia sanitaria por otros mecanismos, especialmente el mutualismo administrativo de los funcionarios.

Se intentó resolver la insuficiencia de recursos a través de cuantificar una base financiera realista sustentada en el gasto efectivo del sistema en el ejercicio de 1993 y de vincular el crecimiento de los recursos a la variación del PIB nacional. La posible incertidumbre de las modificaciones se resolvería con el establecimiento de un marco temporal de cuatro años para la vigencia del modelo.

Una decisión trascendente fue que las partidas de crédito del presupuesto del Insalud perdieron su carácter ampliable; de modo que las posibles insuficiencias presupuestales exigirían la tramitación de un crédito extraordinario, que obligaba al gobierno a remitir a las Cortes Generales un proyecto de ley. Se pretendía introducir una norma de disciplina presupuestal y de gestión de la sanidad pública, acostumbrada hasta entonces a la cultura del crédito ampliable.

Periodo 1998-2001

En 1996, el Congreso de los Diputados constituyó una comisión dedicada al estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario, garantizar su viabilidad y consolidar el aseguramiento sanitario universal. A su vez, el Consejo de Política Fiscal y Financiera creó en 1997 un grupo de trabajo para estudiar el financiamiento sanitario y aprobó el nuevo sistema de financiamiento para el periodo 1998-2001.

La Ley de Presupuestos de 1999 dispuso que el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las CCAA, asumiera totalmente el financiamiento de la asistencia sanitaria pública para desvincularla de las aportaciones a la Seguridad Social y evolucionar hacia su financiamiento mediante impuestos.

Este acuerdo destaca igualmente por la articulación de tres fondos específicos:

- Fondo de compensación a las CCAA por atención a pacientes desplazados de otras.
- Fondo destinado a cubrir los costos de docencia e investigación.
- Fondo para garantizar que las posibles pérdidas de población tuviesen una incidencia amortiguada en el financiamiento territorial.

Sistema 2002-2008

Estas consideraciones sobre financiamiento se refieren a las CCAA de régimen fiscal común. Hay dos comunidades con régimen foral o régimen fiscal especial, mediante

un acuerdo con el Estado, que son País Vasco y Navarra. Su sistema de financiamiento es diferente al del resto y previo a las modificaciones de 2001.

El cambio del modelo general para el resto de CCAA se produjo con la aprobación de la Ley 21/2001 sobre el nuevo sistema de financiamiento de las CCAA de régimen común, que modificó diversos artículos de las leyes generales de Sanidad y de Seguridad Social con vigencia desde el 1 de enero de 2002. Sin embargo, en la LGS no desaparecieron las demás fuentes de financiamiento sino que se añadió una nueva, los tributos estatales cedidos, que coexisten con las cotizaciones de seguridad Social, tasas y aportaciones de CCAA y corporaciones locales. Por tanto subsiste un trasfondo de diferencia entre la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la facilitada por el resto del sistema.

En el año 2001, con la finalización del anterior modelo de financiamiento sanitario y la revisión del modelo de financiamiento autonómico, se acordó, por vez primera, la inclusión de la sanidad en el sistema general de financiamiento y el cambio de un modelo de financiamiento por la vía del gasto, a un modelo de financiamiento por la vía de los ingresos, con el consiguiente incremento de la responsabilidad fiscal.

El año 2002 es clave por el nuevo sistema de financiamiento sanitario, y autonómico, y por la finalización de la transferencia de competencias sanitarias a las CCAA.

En el sistema actual se eliminó el carácter condicionado del financiamiento sanitario, se le englobó en el general y se vinculó a los ingresos fiscales del Estado. Desde ese momento dejó de existir un financiamiento finalista para la asistencia sanitaria; en adelante, las CCAA financiarán sus servicios de salud con cargo a los recursos generales que reciben. Así, ya no se impide que unas comunidades puedan dedicar distintos recursos que otras a sanidad, siempre que se garanticen los mínimos.

La Ley 21/2001 prevé tres tipos de recursos, atendiendo a su origen:

- Fondo general, cuya masa homogénea de financiamiento se asigna de acuerdo a la población protegida, población mayor de 65 años e insularidad.
- Garantía de mínimos que en definitiva, corresponde a la fórmula según la cual ninguna CCAA percibirá menos recursos que los resultantes de aplicar el sistema anterior a las transferencias.
- Fondos específicos, entre los que destaca el Fondo de Cohesión Sanitaria, gestionado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados de otros países de la UE.

Es de destacar que la Ley de Cohesión del SNS de 2003, convierte en responsable financiero principal de las prestaciones sanitarias del SNS, a las CCAA, de conformidad con los acuerdos y transferencias y el actual sistema de financiamiento autonómico. Para ello, las comunidades deben destinar al financiamiento de dichas prestaciones, los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. El cumplimiento de las garantías sanitarias existentes es responsabilidad financiera de las CCAA.

El modelo descrito no impide el desbordamiento del gasto que condujo en 2004 a la creación de un grupo de trabajo, la convocatoria de la primera Conferencia de Presidentes autonómicos y estatal, y a la habilitación de recursos estatales adicionales. En 2009, se introducen algunas novedades en el modelo de financiamiento. Se modificó el criterio de necesidad (población protegida ajustada por siete grupos de edad) y el sistema de financiamiento (recaudación real de los tributos cedidos, tributos compartidos con mayor nivel de participación, Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales y Fondo de Suficiencia Global).

Comunidades Autónomas y rendición de cuentas

El financiamiento de la asistencia sanitaria de los Servicios de Salud está integrado desde 2002 en el conjunto del financiamiento de las respectivas CCAA. La suprema fiscalización de las cuentas y de la gestión económica de todo el sector público está encomendada constitucionalmente al Tribunal de Cuentas, pero la propia Constitución establece que las CCAA gozan de autonomía financiera para el desarrollo y ejecución de sus competencias, con arreglo a los principios de coordinación con la hacienda estatal y de solidaridad entre todos los españoles.

Esto supone cierta complejidad que se ha venido solventando con la aplicación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas de 1980, sucesivamente reformada, y con las leyes reguladoras de las haciendas locales desde 1985. El cuadro se completa a partir de 2001, con leyes ordinarias y orgánicas de estabilidad presupuestal, hasta la actual de 2012.

En dichas normas se establecen los criterios generales de elaboración presupuestal y las limitaciones en la elaboración del presupuesto anual, así como los procedimientos y la información que se ha de facilitar a la hacienda estatal con este fin. También se define un órgano de coordinación entre el Estado y las CCAA para dar cumplimiento a estas disposiciones, que es el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas creado en 1980, constituido por el ministro de Hacienda y el consejero de Hacienda de cada CCAA.

La Ley establece un mecanismo de alerta temprana similar al existente en la normativa europea, consistente en la formulación de una advertencia que permitirá que se anticipen las medidas necesarias de corrección, en caso de que se aprecie riesgo de incumplimiento de los objetivos de estabilidad de deuda pública o de la regla de gasto. La no anticipación de soluciones supone la posible aplicación de las medidas correctivas para obligar a su cumplimiento forzoso, como puede ser la deducción o retención de recursos del sistema de financiamiento.

Suministro de medicamentos, aportación del paciente y copago

El SNS no siempre financia la prestación farmacéutica en su totalidad; es frecuente que el paciente asuma una parte del costo denominado copago. Recientemente se ha impuesto en algunas CCAA el pago de un euro por cada receta, lo que ha sido apelado por el gobierno ante el Tribunal Constitucional, que ha ordenado la suspensión cautelar. A partir de julio de 2012, las modalidades de aportación del paciente son las que se recogen en el Real Decreto Ley 16/2012.

Los pensionistas, que anteriormente disponían de farmacia gratuita, tendrán que abonar un 10% del precio de venta al público (PVP) del medicamento si su ingreso anual no supera los 100 000 euros, con un límite máximo mensual en función del ingreso. Si el ingreso es inferior a 18 000 euros el límite máximo mensual será de 8 euros, y si es mayor o igual a 18 000 euros e inferior a 100 000, el límite será 18 euros. Los pensionistas cuyo ingreso sea mayor o igual a 100 000 euros abonarán un 60% del PVP, con un límite máximo mensual de 60 euros.

Los trabajadores en activo cuyo ingreso sea inferior a 18 000 euros pagarán el 40% del PVP, los de ingreso mayor o igual a 18 000 euros y menor a 100 000 euros pagarán el 50%, y los de ingreso superior o igual a 100 000 euros, el 60%. En este caso no se aplicarán límites mensuales de aportación.

Los medicamentos son gratuitos en los siguientes casos:

- Farmacia hospitalaria en las instituciones propias o contratadas.¹¹
- Pensionistas, hasta julio de 2012.
- Afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos previstos.

¹¹ A partir de octubre de 2013 se introduce, por mera resolución administrativa, un nuevo copago del 10% para más de 150 medicamentos de suministro hospitalario, entre ellos algunos antitumorales.

- Perceptores de Rentas de Integración Social debidamente acreditadas.
- Perceptores de Pensiones no Contributivas.
- Desempleados que han perdido el derecho al subsidio de desempleo.
- Supuestos de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

En las mutualidades de funcionarios, la aportación del beneficiario por el suministro de medicamentos es del 30% con carácter general.

En otro orden de cosas y con objeto de limitar los costos, el SNS debe reclamar el importe de los servicios realizados a los terceros obligados al pago. Se trata principalmente de la amplia gama de supuestos en los que existe un seguro obligatorio.

La farmacia es un establecimiento privado responsable de la prestación farmacéutica ambulatoria. Su apertura no es de libre arbitrio, por lo que tienen fuerza corporativa. Existen casi 21 500 establecimientos en España, con una cifra de habitantes por farmacia que sólo es inferior en Grecia, según la Agrupación Farmacéutica Europea. Cada establecimiento en España atiende a 2 160 habitantes, frente a 4 624 en el Reino Unido y 8 391 en Suecia.

El gasto sanitario

Para el año 2011, los presupuestos iniciales para la sanidad de la Administración General de Estado y la Seguridad Social, ascendieron a más de 4 500 millones de euros, mientras que la previsión presupuestal de las CCAA para este fin y para el mismo año ascendió a más de 57 400 millones de euros.

Cuadro 5.7. Presupuesto inicial en salud de Administración General del Estado, Seguridad Social y Comunidades Autónomas (millones de euros)

	2009	2010	2011
Administración Central	2 607.7	2 464.0	1 694.2
Mutualismo administrativo	2 060.5	2 104.7	2 088.4
Seguridad Social	1 828.4	1 935.1	1 635.8
Total sin consolidar	6 496.6	6 503.8	5 418.3
(-)Transfer a CCAA	1 702.9	1 607.5	898.6
Total consolidado	4 793.6	4 896.2	4 519.6
Total CCAA	58 960.6	59 738.2	57 408.5
Total	63 754.2	64 634.4	61 928.1

Fuente: Informe SNS 2011

El gasto sanitario público incluido el gasto en cuidados de larga duración, alcanzó en 2010, los 75 000 millones de euros, que es el 75% del gasto sanitario total y el 7.1% del PIB. El gasto sanitario privado supone un 2.5% del PIB con lo que el gasto sanitario total en España se sitúa en el 9.6% del PIB. El peso del gasto público sobre el total, registró un importante aumento desde 1977 cuando superó el 75%, hasta que en 1995, se situó nuevamente por debajo de esa cifra. Llegó hasta el 85% en 1983.

Cuadro 5.8. Gasto sanitario total, público y privado (millones euros y porcentaje del PIB)

	2008		2009		2010	
	Millones de euros	% PIB	Millones de euros	% PIB	Millones de euros	% PIB
Gasto sanitario público	71 169.6	6.5	75 395.3	7.2	74 732.3	7.1
Gasto sanitario privado	26 115.7	2.4	25 496.9	2.4	26 008.5	2.5
Gasto sanitario total	97 285.3	8.9	100 892.2	9.6	100 740.8	9.6

Fuente: Informe SNS 2012 (OECD Health Data, 2012, Cifras acordes metodología Sistema de Cuentas de la Salud).

Cuadro 5.9. Gasto sanitario total en algunos países de la Unión Europea (porcentaje del PIB)

	1970	1980	1990	2000	2008	2009	2010
Alemania	6.0	8.4	8.3	10.4	10.7	11.7	11.6
Austria	5.2	7.5	7.1	7.7	10.5	11.2	11.0
Dinamarca		9.1	8.5	8.4	10.2	11.5	11.1
España	3.5	5.3	6.5	7.2	8.9	9.6	9.6
Estonia				5.3	6.0	7.0	6.3
Francia	5.4	7.0	8.4	10.1	11.0	11.7	11.6
Grecia	5.5	5.9	6.7	8.0	10.1	10.6	10.2
Italia			7.7	8.0	8.9	9.3	9.3
Países Bajos	6.9 *	7.4	8.0	8.0	11.0	11.9	12.0
Portugal	2.4	5.1	5.7	9.3	10.2	10.8	10.7
Reino Unido	4.5	5.6	5.9	7.0	8.8	9.8	9.6
Rumania					5.4	5.6	6.0
Suecia	6.8	8.9	8.2	8.2	9.2	9.9	9.6
Total UE-15/27				8.7	8.4	9.2	9.0

UE desde 2004.

* Datos de 1972

Fuente: Informe SNS 2012 (OECD Health data 2012)

El gasto sanitario público por habitante protegido del conjunto de servicios de salud autonómicos, Ingesa y las respectivas administraciones territoriales sanitarias, sin el resto de los agentes de la administración del Estado, es de más de 1 400 euros.

Los países de la UE, como se observa en el cuadro 5.9, dedican una media del 9.0% del PIB al gasto sanitario total; el rango que va desde el 12% del PIB en Países Bajos, Alemania, Francia y Portugal, hasta el 6% del PIB en Estonia y Rumania.

En gasto público en salud el esfuerzo de España crece especialmente desde 2.3% del PIB en 1970 y 4.3% en 1980, hasta alcanzar el 5.3% en 1990 al igual que en 2000, cuando la media de la UE, con 15 países miembros, alcanzó el 6.3%. Francia: 4.1 (1970), 5.7 (1980), 6.6 (1990) y 7.1 (2000). Alemania: 4.5 (1970), 6.8 (1980), 6.5 (1990) y 8.3 (2000).¹²

El costo de la reforma

Llegados a este punto, interesa plantear algunas reflexiones en torno al costo de la reforma sanitaria en España, por lo que asumiremos que el mayor esfuerzo quedaría reflejado en los primeros años del proceso. Para ello conviene analizar el nivel del gasto público en asistencia sanitaria y su evolución en los años en que tuvo lugar la implantación del SNS. En el cuadro 5.10 puede examinarse la serie histórica del gasto público como participación del PIB. El gasto público en salud ha evolucionado al alza en las últimas décadas, tanto en su valor absoluto como en su relación con el PIB, y ha mantenido una elasticidad mayor que la unidad, salvo en algunos de los años ochenta. Alcanzó el 5.71% del PIB en 1993, y el 6.22% en 1997. El crecimiento del gasto público sanitario en el periodo 2000-2009 fue del 5.4% en términos reales, frente a un crecimiento medio del 4.5% en el conjunto de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Véase su efecto sobre el gasto total en el cuadro 5.9.

En una perspectiva comparada debe tenerse en cuenta, no obstante, que esta evolución al alza se ha dado en paralelo con la evolución de la media de los países de la UE. Con el añadido de que el nivel del gasto sanitario en España estaba siempre aproximadamente dos puntos por debajo del correspondiente a la media de la UE, pese a haberse acercado progresivamente a los patrones europeos. Para la comparación de España (cuadro 5.9) hay que tener presente que tras la ampliación de la UE en el año 2004, con la incorporación de 10 países del este de

¹² OECD Health Data 2004.

Europa menos desarrollados económicamente, se produce un efecto estadístico de descenso de la media, y la posición aparente de España mejora al respecto.

Cuadro 5.10. Gasto sanitario público y porcentaje en el PIB

	<i>% GSP/PIB (pesetas corrientes)</i>	<i>% GSP/PIB (pesetas constantes)</i>
1960	1.01	1.80
1961	0.99	1.73
1962	1.15	1.92
1963	1.18	1.84
1964	1.13	1.70
1965	1.33	1.90
1966	1.47	1.92
1967	1.86	2.25
1968	1.92	2.31
1969	2.14	2.51
1970	2.43	2.67
1971	2.70	2.91
1972	2.99	3.11
1973	3.27	3.37
1974	3.37	3.42
1975	3.78	3.92
1976	3.94	3.90
1977	4.23	4.15
1978	4.39	4.36
1979	4.37	4.37
1980	4.53	4.48
1981	4.58	4.45
1982	4.70	4.63
1983	5.07	4.89
1984	4.71	4.61
1985	4.59	4.46
1986	4.44	4.44
1987	4.46	4.49
1988	4.57	4.62
1989	4.91	5.07
1990	4.98	5.23
1991	5.27	5.59
1992	5.73	5.88
1993	5.71	5.98

Fuente: Blanco Moreno A. y Bustos A. (1996) sobre datos de INE.

En cualquier caso este ritmo de crecimiento no es sostenible a largo plazo, por lo que en 1994 se adoptó la decisión de que el crecimiento del gasto en salud no puede superar el incremento del PIB.

Para valorar el costo hay que considerar los factores que determinan el gasto público en salud y analizar la incidencia de cada uno de ellos a fin de aquilatar mejor el impacto económico de la implantación del sistema. De acuerdo con criterios de la OCDE y de la UE, los factores a tomar en consideración son los siguientes:

- Aumento de la población con cobertura pública.
- Cambios en el tamaño y composición de la población.
- Incremento de los precios implícitos en la prestación sanitaria.
- Evolución de la prestación real por persona (cantidad y calidad del servicio recibido).

En esta materia son ilustrativos los trabajos de Ángela Blanco Moreno, especialmente su reciente tesis doctoral, “Ensayos sobre los factores que impulsan el gasto sanitario público” (Madrid, 2013), a los que nos referiremos.

Cuadro 5.11. Crecimiento anual medio del gasto según factores

<i>Periodo</i>	<i>Gasto sanitario</i>	<i>Efecto demográfico</i>	<i>Tasa de cobertura de la población</i>	<i>Precios</i>	<i>Prestación real por persona</i>
1967-1975	26.81	1.46	4.96	11.81	6.50
1975-1986	18.30	0.91	1.45	14.79	0.67
1986-1992	15.50	0.63	0.60	6.59	7.03
1986-1994	12.80	0.69	0.47	5.18	6.02
1994-2002	6.55	1.08	0.09	2.78	2.47
2002-2008	9.54	1.96	-0.15	3.82	3.64
2008-2010	3.84	1.31	0.00	0.30	2.19
1960-2010	16.30	1.18	1.21	8.49	4.68

Fuente: Blanco Moreno, 2012.

El resultado de los citados trabajos para el periodo 1960-2010 indica, como puede observarse en los cuadros 5.11 y 5.12, que el efecto demográfico es responsable aproximadamente de un 7.62% del crecimiento anual medio del gasto sanitario, la tasa de cobertura de un 7.75%, el incremento de los precios de un 54.58% y la prestación real media de un 30.06%.

Cuadro 5.12. Porcentaje explicado por cada factor sobre el total de crecimiento del gasto sanitario

<i>Periodo</i>	<i>Gasto sanitario</i>	<i>Efecto demográfico</i>	<i>Tasa de cobertura de la población</i>	<i>Precios</i>	<i>Prestación real por persona</i>
1967-1975	26.81	5.91	20.05	47.75	26.29
1975-1986	18.30	5.10	8.12	83.02	3.76
1986-1992	15.50	4.23	4.04	44.38	47.35
1986-1994	12.80	5.57	3.82	41.91	48.70
1994-2002	6.55	16.86	1.38	43.26	38.51
2002-2008	9.54	21.12	-1.64	41.19	39.33
2008-2010	3.84	34.42	0.00	7.90	57.68
1960-2010	16.30	7.62	7.75	54.58	30.06

Fuente: Blanco Moreno, 2012.

Incluso en periodos en los que el efecto del factor demográfico ha sido alto como consecuencia de crecimientos inusuales de la población por el proceso de inmigración, tanto los precios como la prestación real media han continuado siendo los factores con mayor peso en la explicación del crecimiento del gasto. La tasa de cobertura perdió peso conforme se llegó a la universalización de hecho, con la LGS.

El crecimiento de los precios ha sido el factor responsable en mayor medida de la evolución del gasto sanitario, con dos excepciones. Una en el periodo 1986-1994, en el que la prestación real por persona lideró el impulso del crecimiento, seguramente como consecuencia de la extensión de la cobertura de las prestaciones que se produjo con la implantación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La otra en el periodo 2008-2010, caracterizado por la crisis económica, cuando las medidas de consolidación fiscal moderaron notablemente el crecimiento de los precios, alterando la pauta general descrita para el resto de periodos.

Como reflexión final se puede apuntar que en España, además de la necesidad de controlar el crecimiento del gasto, que es una cuestión de flujos y no de fondo, existe un grave problema estructural de ingresos. El rendimiento del sistema tributario es sensiblemente menor que la media de los países de la UE y, muy significativamente, en comparación con los del norte, cuyo Estado de bienestar se toma como referencia sin valorar de igual manera el esfuerzo y la equidad de los sistemas fiscales que aplican. Se registra un bajo gasto social en la perspectiva europea y una muy baja recaudación en proporción al PIB, como han alertado incluso los Servicios de la Comisión Europea en la evaluación del Programa Nacional

de Reformas de España para 2012. Se recauda un 32% del PIB frente a una media superior al 38%. Esta diferencia se ha elevado hasta 9 puntos según los datos más recientes. Todo ello, unido a una economía notablemente deprimida, configura un ineficiente sistema fiscal con un injusto reparto de la carga tributaria.

Por otra parte, la complejidad de un financiamiento sanitario vinculado al financiamiento general de las CCAA es uno de los puntos críticos sobre los que se debe reflexionar a la luz de la experiencia de otros estados federales, como Canadá. El gasto sanitario llegó a alcanzar en el año 2000 el 40% del gasto público total de las CCAA. En un análisis funcional del gasto, destaca el componente del gasto público farmacéutico total, incluyendo el hospitalario y extrahospitalario, que llegó hasta el 28% del gasto sanitario público en 2003. Este ratio supera muy de lejos a todos los países europeos y a Estados Unidos y Canadá. También el gasto público y privado en medicamentos es de los más altos de Europa; en 2011 se situó en el 1.8% del PIB. La remuneración del personal, con datos de 2003, superó el 45% del gasto público sanitario.

Podría concluirse diciendo que el nivel del gasto no es excesivo, pero el ritmo de crecimiento ha sido vertiginoso y se ha acompañado de disfunciones en el sistema tributario y en el diseño del modelo del Estado autonómico federativo. Y, a la postre, la crisis económica se hizo patente antes de que pudiera considerarse completamente instrumentado el modelo sanitario.

Tendencias en el Sistema Nacional de Salud: reformas recientes

Las perspectivas del SNS en España están condicionadas en gran medida por las consecuencias de la crisis económica. En esa línea, se han dictado, especialmente en los dos últimos años, una serie de disposiciones restrictivas del gasto, de la cartera de servicios e incluso de la población protegida.

Pero no son éstas las únicas incertidumbres sobre el futuro, puesto que con el argumento de las dificultades económicas, se ha abierto una puerta hacia el cambio de modo de provisión de los servicios con la potenciación de un fuerte sector sanitario privado. Esta línea se mantenía tradicionalmente en Cataluña, pero ha tenido su eclosión en la Comunidad Valenciana y recientemente de manera muy agresiva en Madrid, con posibilidad de extensión a otras comunidades y el riesgo para el mantenimiento de una sanidad basada en los principios que hasta ahora, han configurado el SNS. Especialmente en CCAA gobernadas igualmente por el Partido Popular.

El gobierno actual del Estado, con mayoría absoluta del Partido Popular, ha impuesto a partir de 2012 una serie de decisiones en el contexto de la reforma sanitaria que quiere promover, comenzando por drásticos recortes en las prestaciones sociosanitarias de atención a la dependencia. De manera señalada, el Decreto Ley de abril de 2012, que en su mayor parte se apoya en la crisis económica para modificar leyes vigentes que tienen escasa relación con el déficit. Con el fin confeso de un ahorro de 7 000 millones de euros, se tramitó la norma sin información pública ni memoria económica. Se desanda el camino hacia la universalización al introducir de nuevo las categorías de titular y beneficiario del derecho, desarrollado en un nuevo decreto de agosto del mismo año. Se deja sin acceso a los inmigrantes sin papeles y se reduce el nivel asistencial a los extranjeros empadronados, quienes ya no tienen cobertura en las mismas condiciones que los españoles.

En cuanto a la cartera de servicios, se divide en tres niveles, de forma que más allá de la común básica, se abre la puerta al copago y restricciones del contenido. Se introduce por primera vez el copago de medicamentos para los más de ocho millones de pensionistas. Se limita el financiamiento ortoprotésico y el transporte sanitario. En octubre de 2013 se introdujeron nuevos copagos para medicamentos de surtimiento hospitalario.

Con todo lo anterior, se rompen importantes consensos sociales. Como dijo al respecto el catedrático de derecho constitucional Jorge de Esteban, “el Gobierno tenía que haber elegido entre reorganizar o dismantelar el Estado de las autonomías, o reducir cada vez más, con recortes y subida de impuestos, el Estado de Bienestar, en perjuicio de los españoles más necesitados. Pues bien, fatalmente eligió la segunda opción, que nos lleva claramente al abismo”.¹³

Hay que matizar esta cita con una tercera alternativa, que es la imprescindible reforma fiscal. Siendo conscientes de la necesidad de controlar el gasto, lo cierto es que el problema principal actual en España son los ingresos, como se ha indicado anteriormente.

Análisis DAFO del Sistema Nacional de Salud en España

Los análisis DAFO de las fortalezas y debilidades internas, junto con las oportunidades y amenazas del entorno, se utilizan con frecuencia en análisis estratégicos.

¹³ Extraída de Jorge de Esteban (2012).

Debilidades

- Marco organizativo y de gestión condicionado por la estructura autonómica del Estado. Falta dirección del conjunto. Complejidad normativa. Ineficiencias.
- Catálogo de prestaciones no priorizadas ni valoradas en términos de efectividad y eficiencia.
- Gasto creciente y necesidad de su control, a falta de solucionar ingresos.
- Gran y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto total en salud.
- Ausencia de órganos colegiados de gobierno. Marco rígido de relaciones laborales.
- Integración insuficiente de niveles asistenciales. Posible abuso de atención en urgencias.
- Listas de espera para hospitalización o para consultas y pruebas especiales.
- Orientación a la salud. Poco desarrollo de servicios sociosanitarios. Decreciente atención a dependientes.
- Zonas de ambigüedad en las relaciones público-privado en materia de gestión hospitalaria, en especial en lo que se refiere a la vinculación laboral y funcional de los gestores de tales instituciones.
- Deficiente sistema de aprovisionamiento y de relaciones con proveedores: múltiples puntos de contratación, grandes retrasos de pago con encarecimiento de suministros.
- Falta de evaluaciones independientes. Insuficiente información del sistema. Proliferan informes privados vinculados.

Amenazas

- Confundir la crisis financiera con una crisis del SNS: lo coyuntural con lo estructural, la reforma del modelo con la liquidación del mismo.
- Reversibilidad de la universalidad y equidad, sin información ni debate, por desaparición del consenso básico. Camino a 17 servicios de salud.
- Fuerte tendencia a la privatización de hospitales, especialmente los nuevos.
- Recorte de recursos por disminución del crecimiento económico.
- Envejecimiento de la población y aumento de problemas sociosanitarios.
- Encarecimiento de la tecnología y los medicamentos innovadores. Exigencias de mayor calidad y confort. Demanda de nuevas prestaciones.
- Escasez de médicos por ahorro: menos titulados y aumento de los que emigran (Inglaterra, Suecia, Estados Unidos). Recortes a la cartera de servicios del SNS.

- Pérdida del atractivo en cuanto a medios (equipamiento y especialidades) y pérdida estabilidad en el empleo (estatutario). Sustitución de profesionales nacionales por extranjeros, especialmente sudamericanos, con demasiada rapidez.
- Fortalecimiento y apoyos al sector privado: deterioro inducido de calidad en el sector público para incentivar privatización. Lucro por privatización puede incrementar costos.

Fortalezas

- La práctica universalización del servicio y equidad básica de acceso. Buena valoración.
- Buena formación del personal sanitario.
- Accesibilidad. Proximidad al paciente en asistencia primaria de calidad (*gatekeeper*).
- Gestores con experiencia creciente. Aceptación de enfoques empresariales.
- Red asistencial con buena dotación tecnológica.
- Gasto sanitario total que permite crecimiento si la economía crece.
- Amplia cartera de prestaciones.
- Diferencias de calidad dentro de límites aceptables. Equilibrio territorial.
- Creciente interés por el sector sanitario de inversores privados y empresas de capital riesgo.
- Proceso de consolidación y de fortalecimiento empresarial tanto del sector asegurador privado como del proveedor, con aparición de redes hospitalarias privadas de alcance nacional.

Oportunidades

- La necesidad de reformas es ocasión para un debate a fondo del modelo, liderado por gobierno y entidades independientes. Informes y evaluaciones públicas.
- La transferencia sanitaria a las CCAA posibilita surgimiento de polos de innovación, alternativas de modelos y emulación.
- Desarrollo en el ámbito nacional de la sociedad de la información en el sistema sanitario, con impulso a la implantación de tecnologías de la información (e-salud).

- Usuarios y pacientes más informados.
- Impulso de la UE por la necesidad de que el SNS se relacione con los sistemas europeos. Mejoras de formación.
- Colaboración del conjunto de empresas sanitarias en la modernización del sistema.

Trayectoria tipo de un ciudadano por el sistema público de atención a la salud en España

Considerando los diferentes caminos de acceso al sistema de atención a la salud en España, un ciudadano que pretenda atención en el mismo, según el tipo de contingencia sanitaria a la que se ha de atender, recorrerá una trayectoria tipo como la siguiente, con las incidencias que se indican.

La experiencia práctica de un paciente en el circuito asistencial del SNS puede observarse en un ejemplo propuesto por F. Lamata,¹⁴ que da una idea del circuito general de atención sanitaria y las conexiones entre los distintos niveles de atención primaria, especializada y urgente:

- Una persona acusa un dolor de espalda persistente. Toma un calmante pero continúa con dolor y molestias que le impiden dormir. No se concentra en el trabajo.
- Decide acudir al médico y pide cita por teléfono a su Centro de Salud. Le dan cita con su médico familiar para el día siguiente. Por ser la primera vez que acude a ese Centro, el médico le abre una historia clínica; le pregunta, lo explora y le indica que se haga una radiografía, para lo cual le entrega el “volante” requerido para solicitar esta prestación. Mientras tanto, le receta un analgésico más potente, le recomienda unos ejercicios y una dieta.
- El paciente solicita cita para realizarse la radiografía en la unidad administrativa de su mismo Centro de Salud. Esta unidad llamará al Servicio de Admisión o al correspondiente servicio de atención especializada y agendará una cita para el paciente. A continuación, el paciente acude a la farmacia para surtir su medicamento y empezar a tomarlo.

¹⁴ En Repullo e Iñesta (2006).

- Días más tarde acude al Centro de Especialidades Periférico, antes denominado Ambulatorio de Especialidades, en el día y hora de la cita agendada, y le hacen la exploración que procede. La prueba se envía al Centro de Salud con el informe correspondiente.
- Entonces, el paciente vuelve a consulta al Centro de Salud. Resultan ser dos hernias de disco: una dorsal incipiente y otra lumbar más pronunciada. El médico general no ve claras las posibilidades y le recomienda ir al especialista. El paciente está de acuerdo porque las molestias no cesan y parece que aumentan.
- Acude al Centro de Especialidades previa cita acordada desde la unidad administrativa del Centro de Salud. El especialista realiza la anamnesis, explora y recomienda reposo y baja laboral.
- El paciente deberá solicitar la baja y los sucesivos partes de confirmación de baja si procede, a su médico de cabecera. Una semana más tarde en su casa, el paciente no se puede levantar de la cama. Siente paralizadas las piernas y fuertes dolores. Decide llamar a urgencias, al teléfono 112. Un médico del servicio de Urgencias acude al domicilio. Recomienda ingreso urgente en el hospital.
- En el área de urgencias del hospital es atendido de inmediato. Se realiza una tomografía axial computarizada y se recomienda ingreso (hospitalización) para estabilizar la situación y valorar una intervención quirúrgica en las próximas horas.

Cuadro 5.13 Trayectoria de un ciudadano tipo ante el sistema de atención a la salud.

España

<i>Entrada</i>	<i>Primer nivel</i>		<i>Segundo nivel</i>		<i>Tercer nivel</i>		<i>Otros</i>	
	Ambulatorio	Copago farmacia	Especialista	Copago farmacia	Hospital	Copago farmacia	Otros copagos	Limitan cartera
Sistema general	sns	Sí	sns	Sí	sns	No	A veces Mejora hostelera	Sí
Funcionarios	Elige	Sí	Elige	Sí	Elige	No	Mejoras electivas	Sí
Otros público (AT)	Diferenciado	No	Diferenciado	No	Diferenciado	No	No	

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO SEXTO

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN INGLATERRA

Julimar da Silva*

Introducción

El sistema de salud inglés es uno de los pioneros en el mundo en ofrecer atención universal y gratuita para todos los ciudadanos y residentes legales en el país. Desde 1946, cuando se creó el Sistema Nacional de Salud (National Health System, NHS), todos los ciudadanos ingleses tienen todas sus necesidades médicas y sanitarias cubiertas por un servicio público casi 100% gratuito. Todos los menores de 16 años y mayores de 65 reciben la atención de salud que necesiten de forma gratuita. Además, si son estudiantes a tiempo completo ese estatus se prorroga hasta los 18 años. También las mujeres desde el embarazo y hasta que sus hijos cumplen un año, los desempleados y las personas de bajos ingresos, así como los enfermos crónicos reciben todos los servicios de manera gratuita. Cabe señalar que existe copago en medicamentos, oftalmología y odontología. Todo lo demás es universal, público y gratuito. Esa característica es la que originó la expresión *From the cradle to the grave* (De la cuna a la tumba).

Este capítulo tiene como objetivo presentar las principales características del sistema de salud pública de Inglaterra. En primer lugar se reseña su evolución histórica, destacando sobre todo las diferentes configuraciones de estructura organizativa y los objetivos fundamentales asociados a cada una de ellas. Se aprecia, así, que en un primer momento el objetivo fundamental era construir un servicio universal que llegase a todos los rincones de Inglaterra. Posteriormente se ha avanzado en la búsqueda de la eficiencia en la prestación del servicio de salud; primero en cuanto a la calidad de los servicios y posteriormente, durante la crisis

* Universidad Autónoma de Madrid.

económica de la década de los setenta, en aras de una mayor eficiencia financiera y reducción de costos. En los años noventa el sistema pasó por su transformación más profunda con la apertura del sistema a las reglas de mercado y la creación del llamado “mercado interno”. Actualmente el sistema vive otra importante transformación en su estructura organizativa, iniciada en mayo de 2013 por el nuevo gobierno conservador. En el apartado subsecuente se analiza la estructura institucional vigente entre 1997 y 2013, construida por los gobiernos laboristas, y las principales transformaciones introducidas en 2013. El penúltimo apartado detalla el funcionamiento del sistema de financiamiento y describe las principales fuentes de ingreso, los criterios de copago y la estrategia de distribución de los recursos entre las diferentes regiones de gestión y prestación de servicios de salud. Esta es una cuestión fundamental porque es la que finalmente va a determinar, a través de la distribución de los fondos, la equidad geográfica en la prestación de los servicios de salud en todo el territorio inglés. Para finalizar, se evalúan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de este sistema de salud pública.

Evolución histórica

La creación del sistema de salud inglés, cuyas principales características se describen en este capítulo, ha sido larga y fue sujeto de un muy intenso debate político y social en la Inglaterra de los años treinta y cuarenta del siglo pasado. En 1941, el ministro Arthur Greenwood –de extracción laborista aunque ministro sin cartera en el gobierno de coalición de Winston Churchill–, consciente de las necesidades de la población inglesa, encargó un informe sobre los principales problemas sociales que azotaban el país a un equipo de expertos coordinados por Sir William Beveridge. El informe tuvo como principal objetivo la formulación de propuestas de política pública para solventar problemas sociales más urgentes de la nación. Considerado la piedra angular para la creación del Estado de bienestar en Inglaterra, y de alguna forma en todo el mundo occidental, el Informe Beveridge identificó lo que consideró los cinco males capitales de la sociedad inglesa en 1940: “la miseria, la ignorancia, la necesidad, la ociosidad y la enfermedad”. Y propuso recomendaciones de política económica para todos ellos, incluida la creación de un sistema de salud público, universal y gratuito para toda la población.

Sin embargo, su construcción y puesta en marcha definitiva no ha sido un camino fácil. Fueron necesarios varios años de debate y discusión en la sociedad

inglesa; incluso hubo que enfrentar la fuerte oposición de la Asociación de Médicos de Inglaterra. Pasaron más de cuatro años entre la publicación del Informe Beveridge y la puesta en práctica de la mayoría de sus recomendaciones, periodo durante el cual, tras finalizar la Segunda Guerra Mundial, el Partido Laborista ganó las elecciones. Una vez en el gobierno, los laboristas pusieron en marcha una reforma sustancial de la política social de Inglaterra, creando, entre otros, el seguro familiar, la política de pensiones y jubilaciones, el seguro contra accidentes laborales y la política de salud. Estas medidas conformaron el Estado de bienestar social.

El sistema inglés de salud pública se ha consolidado definitivamente a partir de la creación del NHS en 1946. Sin embargo, su evolución hasta transformarse en un sistema público y gratuito empezó a desarrollarse desde fines del siglo XIX y principios del XX, con la irrupción de mayor presión social por parte de la sociedad inglesa, especialmente de los movimientos sociolaborales que demandaban al Estado una mayor oferta de asistencia social, pública y gratuita en materia de educación, salud y bienestar.

Para no extender demasiado la descripción de los antecedentes históricos del NHS, cabe tomar como punto de partida del análisis la National Insurance Act (Ley de Seguro Nacional) de 1911¹ y la creación del Ministerio de Sanidad en 1919. La ley de 1911 introdujo un sistema de seguro de salud obligatorio para todos los trabajadores asalariados. El sistema estableció para los trabajadores y empleadores una contribución obligatoria complementada por aportaciones del Estado, que generaba los fondos necesarios para financiar el servicio de salud. De esta forma, todos los trabajadores tenían acceso gratuito a algunos servicios de salud, como atención médica, medicamentos y tratamientos para algunas enfermedades contagiosas, como la tuberculosis. Sin embargo, no cubría tratamiento hospitalario, atención del parto y tampoco daba cobertura a la familia o dependientes del trabajador. El servicio de salud sólo cubría a los trabajadores formales y, por tanto, dejaba fuera de la asistencia sanitaria a las mujeres no trabajadoras y los niños no escolarizados, ya que también existía un sistema de salud pública para niños que asistían a la escuela. En esta estructura, como destaca el estudio de Boyle (2011), sólo un tercio de la población inglesa tenía acceso al sistema de salud pública. Los restantes dos tercios enfrentaban una fuerte barrera económica para acceder a los servicios de salud.

¹ <<http://www.nationalarchives.gov.uk/cabinetpapers/themes/national-health-insurance.htm>>.

Otro hecho relevante en la construcción del NHS fue la creación del Departamento de Salud al nivel ministerial en 1919.² Desde el punto de vista político y social, significó reconocimiento por parte del gobierno central de la necesidad de incluir a la sanidad como una función de gobierno. Implicó el necesario desarrollo de una política nacional de salud frente a los nuevos desafíos políticos surgidos de los desastres de la Primera Guerra Mundial, la dificultad financiera de los sistema de la atención caritativa y una respuesta incipiente al creciente sentimiento social de que la salud era un derecho de todos.

En las décadas de los veinte y los treinta el sistema de salud inglés tuvo pocas transformaciones. A lo largo de este periodo puede caracterizarse como un sistema dual, marcado, por un lado, por el sistema público que atendía a los trabajadores formales y, por el otro, por el sistema caritativo, que daba servicio al resto de la población, aunque era insuficiente para atender la demanda, además de que sufría de crecientes problemas financieros. Según el informe Boyle (2011), este sistema dual carecía de coordinación y existían fuertes barreras económicas para la mayoría de los trabajadores, sobre todo para las mujeres.

La Segunda Guerra Mundial y las crecientes demandas sociales precipitaron cambios radicales en el sistema de salud inglés, lo que lo llevó a convertirse en un sistema público y gratuito a partir de 1948. Para esta transformación resultó determinante el mencionado Informe Beveridge,³ que en lo referente a la atención sanitaria señalaba:

(i) El plan cubre a todos los ciudadanos sin límite superior de ingresos, pero tiene en cuenta sus diferentes formas de vida; es un plan que toma en consideración a todas las personas y a todas las necesidades, pero con la debida clasificación para aplicarlo. [...]

(xi) Se proporcionará tratamiento médico que cubra todos los requerimientos de todos los ciudadanos a través de un servicio nacional de salud organizado por los departamentos de salud, y el tratamiento de rehabilitación posmédico se otorgará a todas las personas que puedan obtener provecho de él.⁴

² Para una revisión de las transformaciones históricas más importantes del NHS, desde su creación y hasta la actualidad, puede consultarse, entre otros: <<http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/>>. La mayor parte de la información histórica de este apartado tiene como fuente the Nuffield Trust: <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/>>.

³ Social Insurance and Allied Services, Report by Sir William Beveridge, Presented to Parliament by Command of His Majesty, November 1942.

⁴ (i) The plan covers all citizens without upper income limit, but has regard to their different ways of life; it is a plan all-embracing in scope of persons and of needs, but is classified in application. [...]

Con sustento en el Informe Beveridge y las demandas sociales, el gobierno del Partido Laborista aprobó la National Health System Act en 1946, que dio origen a la creación del NHS inglés. Esta Ley establece que el Departamento de Salud tiene la obligación de:

... promover el establecimiento en Inglaterra y Gales de un servicio de Salud inclusivo diseñado para ofrecer el mejoramiento de la salud física y mental a las personas de Inglaterra y Gales y para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y con ese propósito proveer o asegurar la provisión efectiva de servicios [...] Los servicios provistos serán gratuitos, excepto cuando cualquier previsión en esta Ley indique expresamente que han de recuperarse los costos.⁵

Dos años después de promulgada la Ley entró en funcionamiento el NHS, el 5 de julio de 1948, en el Park Hospital de la ciudad de Manchester.⁶ El NHS se echó a andar con un total de 2 688 hospitales y alrededor de 480 000 camas. Se creó una estructura organizativa sencilla y tripartita, basada en 14 regiones, 138 consejos ejecutivos y 147 autoridades locales de salud (figura 6.1).⁷

La creación del NHS significó el acceso gratuito y sin discriminación a la atención médica y demás servicios de salud para todos los ingleses. También implicó la entrada al sistema de atención sanitaria de las dos terceras partes de los ingleses excluidos del sistema por razones económicas. Vale la pena destacar las circunstancias históricas de creación del NHS, en una época marcada por los efectos nefastos de la Segunda Guerra Mundial y los esfuerzos realizados por toda la sociedad inglesa para salir adelante. Tampoco se deben soslayar las crecientes

(xi) Medical treatment covering all requirements will be provided for all citizens by a national health service organized under the health departments and post-medical rehabilitation treatment will be provided for all persons capable of profiting by it” (Beveridge, 1942, en: <<http://www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.asp>>).

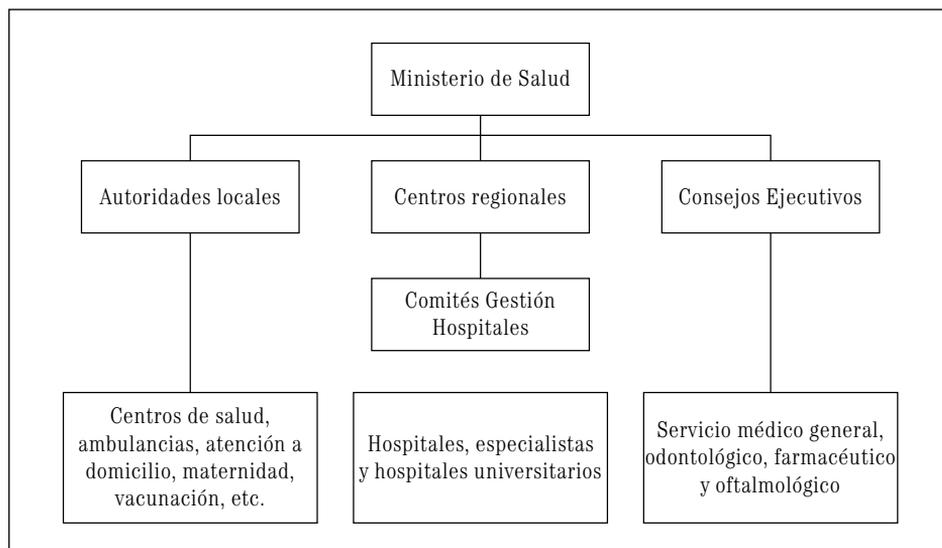
⁵ ... to promote the establishment in England and Wales of a comprehensive health service designed to secure improvement in the physical and mental health of the people of England and Wales and the prevention, diagnosis and treatment of illness, and for that purpose to provide or secure the effective provision of services [...] The services provided shall be free of charge, except where any provision of this Act expressly provides for the making and recovery of charges <http://old.post-gazette.com/pg/pdf/201004/2010_national-health-service-book_01.pdf>.

⁶ Para más detalles véase <<http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/>>.

⁷ Cada consejo ejecutivo, bajo el control de Ministerio de Sanidad, era el responsable, dentro de su área de actuación, del control administrativo general de médicos, odontólogos, farmacéuticos y oftalmólogos. Estos consejos fueron sustituidos por comités de médicos familiares en abril de 1974.

demandas sociales por parte de las organizaciones sociolaborales de la sociedad inglesa de la época, particularmente los sindicatos y las diferentes asociaciones de trabajadores.

Figura 6.1. Estructura del NHS en 1948



Fuente: Elaboración propia con base en Webster (1998) y Boyle (2011).

A partir de este acto fundacional, el NHS se transformó en un consenso social en Inglaterra. Sin embargo, a lo largo de las siguientes décadas y hasta la actualidad ha pasado por diferentes transformaciones estructurales y de gestión, pero sin perder nunca el carácter público y gratuito para todos los ciudadanos ingleses o legalmente residentes en Inglaterra.

Acudiendo a varios autores se pueden destacar los siguientes periodos de transformación del NHS, que coincide con sus principales reformas estructurales:

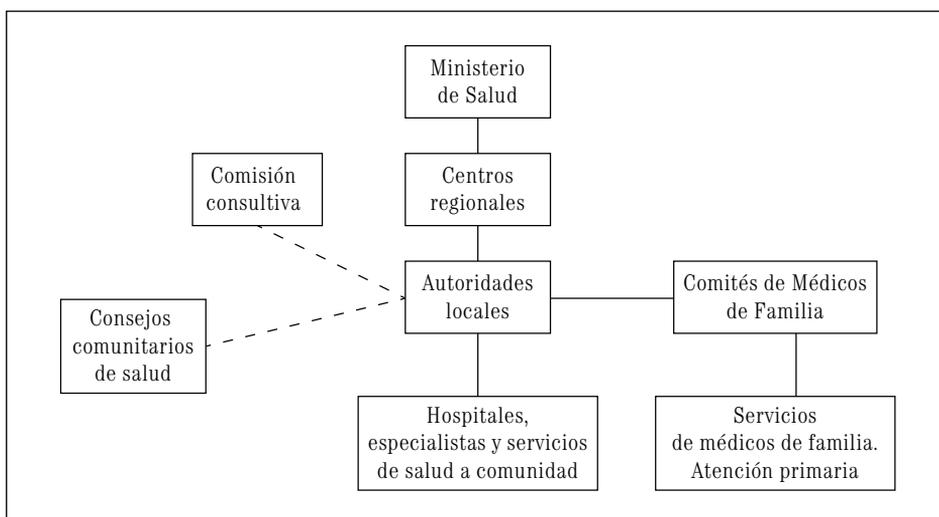
- 1948-1974: administrativo.
- 1974-1982: planificación y reorganización.
- 1982-1990: gestión.
- 1990-1997: mercado.
- 1997-2012: el nuevo NHS.
- 2013: contrarreforma conservadora.

En el primer periodo, caracterizado por la construcción del sistema, de su aparato administrativo y de gestión, se destacan los siguientes cambios:

En 1952 se empezó a cobrar por recetas médicas, sujeto a algunas excepciones en función del ingreso, el tipo de tratamiento y la edad.⁸

En las décadas de los años cincuenta y sesenta hubo un considerable incremento del gasto público en salud, impulsado tanto por la demanda como por el reconocimiento de la necesidad de invertir en la mejora de las instalaciones y en nuevas tecnologías. El gasto público en sanidad, en proporción del PIB, saltó desde un poco menos del 9% en 1950 a casi el 12% en 1961; fluctuó a lo largo de todos los años entre estos porcentajes y alcanzó su máximo histórico en 1968, con casi 15% del PIB.⁹ Cabe destacar el vigoroso plan de inversión en nuevos hospitales de 1962, basado en la construcción de centros hospitalarios para cubrir poblaciones en espacios geográficos de 150 000 personas.

Figura 6.2. Estructura del NHS en 1974



Fuente: Elaboración propia con base en Webster (1998) y Boyle (2011).

Desde el año 1974, dada la crisis financiera internacional, el NHS sufre una serie de ajustes organizativos con el objetivo de aumentar la eficiencia, la efectividad y

⁸ Véase <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx>>.

⁹ Véase <<http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/>>.

la equidad de acceso a toda la población (figura 6.2). La estructura administrativa tripartita creada en 1948 fue sustituida por otra más unitaria, basada ahora en 90 autoridades sanitarias con responsabilidad de gestión y suministro de servicio de sanidad en sus respectivas áreas geográficas, controladas por 14 autoridades regionales. Otra importante transformación estructural en los años setenta fue la metodología de distribución de los recursos financieros entre las diferentes áreas geográficas de Inglaterra. El complejo sistema de distribución basado en aspectos históricos y políticos, excesivamente subjetivo, y que generaba desigualdades crecientes, fue sustituido por uno más eficiente y equitativo, que consideraba las necesidades específicas de salud de cada región y la igualdad de acceso.¹⁰

Los cambios más importantes ocurrieron a partir de los años ochenta y noventa con los sucesivos gobiernos conservadores que introdujeron los conceptos de gestión eficiente, reducción de costos e, incluso, el de mercado en la gestión y la ordenación del NHS. La principal reforma, sin embargo, fue la NHS and Community Care Act (Ley del Sistema Nacional de Salud y Atención Comunitaria) de 1990, que introdujo la idea de *mercado* en la prestación de los servicios de salud, con lo que cambió las competencias de las autoridades de salud mediante la creación de las figuras de *comprador* y *proveedor* de servicios de salud. Los compradores, principalmente las autoridades de salud, manejan el presupuesto para comprar servicios de salud a los proveedores, hospitales y los servicios comunitarios y de salud mental.

Las autoridades de salud regionales y algunos médicos familiares (*general practitioner*, GP) se convirtieron en *compradores* de los servicios de salud. Las autoridades regionales quedaron como responsables de la contratación de servicios para satisfacer las necesidades de los pacientes de su área geográfica de referencia. Los GP adquirieron la opción de controlar la compra de un grupo limitado de servicios a su población de referencia, así como de proporcionar servicios de atención primaria bajo la figura de *fund-holders*; todo ello a partir de un presupuesto limitado. La intención fue aumentar la eficiencia del sistema a través de permitir la competencia entre los proveedores de servicios y promover la búsqueda de eficiencia por parte de los demandantes de servicios.¹¹

Además, se instrumentó un cambio en la estructura organizativa: los proveedores de salud (los hospitales y servicios comunitarios y de salud mental) se trans-

¹⁰ En el apartado sobre financiamiento en este capítulo se describe el sistema de distribución de recursos entre las diferentes unidades geográficas integrantes del NHS.

¹¹ Para más detalles véase Boyle (2011), Gorsky (2008), Hacker (2004), Twaddle (1996) y Klein (1995).

formaron en instituciones públicas semiautónomas sin fines de lucro, independientes de las autoridades locales de salud, con gestión autónoma y compitiendo entre sí por la demanda de servicios de salud.

En 1997, un nuevo gobierno del Partido Laborista volvió a cambiar la estructura del NHS a partir de que consideró que el mercado interno había producido algunas ineficiencias al duplicar ciertos servicios, aunque destacó la reducción de costos que se había alcanzado. Por otra parte, se mantuvo la división fundamental entre compradores y proveedores de los servicios de salud. Bajo la nueva reforma organizativa, las autoridades distritales fueron sustituidas por los Primary Care Trust (PCT) y las autoridades regionales se transformaron en las Strategic Health Authorities. Además, se crearon nuevas agencias de regulación y de calidad, como el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) y la Care Quality Commission (CQC). En el siguiente apartado se analizará en detalle la estructura institucional y las funciones de cada una de estas instituciones.¹²

Desde 1997 se ha impulsado el aumento de la participación del sector privado en la prestación de servicios para el NHS, ya sea a través de la *private finance initiative* (más conocida por sus siglas PFI),¹³ que contrata empresas privadas para la construcción y operación de instalaciones para el NHS en periodos de 30 o más años, o por medio de la introducción obligatoria del sector privado en las prestaciones del NHS a través de Independent-Sector Treatment Centre (figura 6.3).

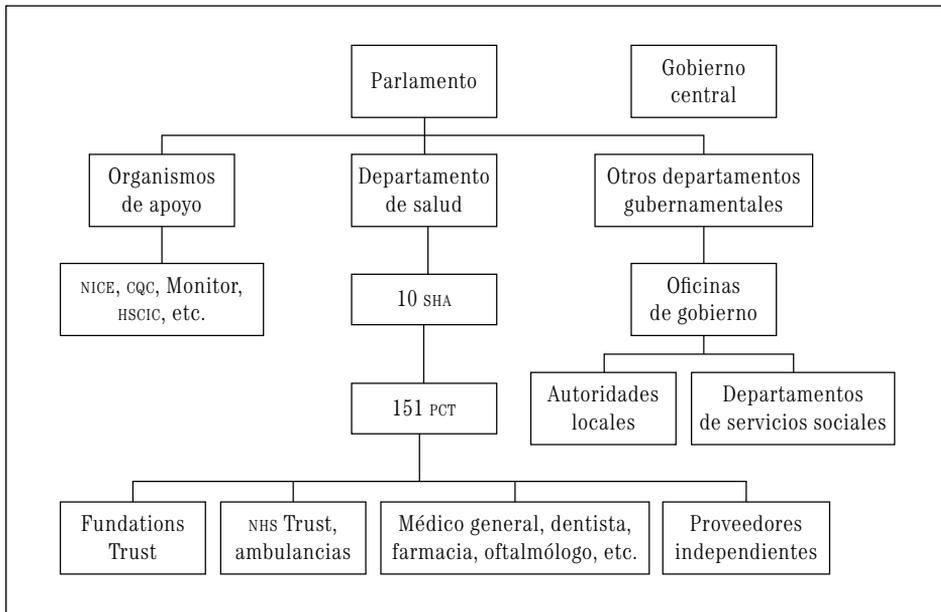
En la actualidad el sistema pasa por una nueva transformación estructural que se inició en abril de 2013, resultado de las modificaciones impuestas por el nuevo gobierno conservador.¹⁴ En cualquier caso, las transformaciones recientes ponen de manifiesto que el NHS ha pasado a constituir el objeto de una disputa político-ideológica entre los partidos Laborista y Conservador, lo que puede llevar a una pérdida de eficiencia social y al incremento de las deficiencias en la atención sanitaria a la población inglesa.

¹² Véase además Department of Health, Departmental Report, Cm. 3612 (London, The Stationery Office, 1997), Annex E.

¹³ La colaboración con el sector privado a través de la *private finance initiative* para desarrollar proyectos en el sector de salud aplicando fundamentalmente los modelos de contratos del tipo Design, Build, Finance and Operate (DBFO). A partir de aquel momento se introdujo la *private finance initiative* para atraer empresas del sector privado con técnicas para mejorar la eficiencia en la provisión de servicios públicos y optimizar el dinero aportado por los contribuyentes.

¹⁴ Para más detalles sobre la reforma, véase: <<https://www.england.nhs.uk/>> y Department of Health (2010).

Figura 6.3. Estructura del NHS en 1997



Fuente: Elaboración propia con base en www.nhs.uk.

Estructura organizativa

La estructura organizativa del NHS ha sufrido algunos cambios puestos en marcha a partir de abril de 2013 por la Health and Social Care Act (Ley de Salud y Asistencia Social) de 2012,¹⁵ aunque no altera la ordenación central del sistema basada en tres pilares fundamentales: el secretario de Estado para la Salud, el Departamento de Salud y el Parlamento del Reino Unido. Además de estas instituciones de carácter ejecutivo, la estructura del NHS está determinada por las funciones que desarrollan las instituciones de carácter nacional, regional y local. De esta forma, existe un conjunto de instituciones de regulación, protección y defensa del paciente; otro de instituciones de apoyo al sistema de salud; uno más de empoderamiento de los ciudadanos y las comunidades locales; otro de edu-

¹⁵ La descripción de la estructura institucional del NHS se basa en la información disponible en: www.nhs.uk.

cación y formación; uno de mejoramiento del sistema de salud; otro destinado a la puesta en marcha de los servicios de salud y, por último, el que efectivamente ofrece los servicios de salud.

La responsabilidad de la atención sanitaria financiada con fondos públicos recae en el Departamento de Salud, que es la entidad responsable ante el Parlamento del Reino Unido. El secretario de Estado para la Salud tiene la responsabilidad final sobre la prestación del servicio de sanidad y la de asegurar que el sistema trabaje como conjunto para responder a las prioridades de la comunidad y atender a las necesidades de los pacientes.

El Departamento de Salud es el organismo del gobierno central encargado de establecer la política de seguridad social, de salud pública, asistencia social y otras áreas relacionadas. Para tal efecto dispone de una Secretaría Permanente, responsable ante el secretario de Estado y el Parlamento de la gestión de dicho departamento. El NHS tiene un director ejecutivo, que es el encargado de establecer las líneas estratégicas del NHS y la asistencia social.

Estas instituciones forman la estructura ejecutiva del NHS. Además, para su funcionamiento a nacional y el desempeño de sus funciones de atención sanitaria, el Departamento de Salud cuenta con una serie de organismos gubernamentales e independientes para la regulación de los servicios de sanidad, protección y defensa del paciente. Los más importantes son:

- La Comisión para la Calidad de la Atención ,creada en el 2009. Es una institución independiente (organismo público no departamental) con capacidad para regular todo el servicio de salud y el servicio social en el Reino Unido. Tiene por objetivo promover la calidad de los servicios de salud del sector público, privado y organizaciones comunitarias. Por otro lado, se encarga de evaluar el desempeño tanto del NHS como de las organizaciones de salud independientes; además, busca asegurar que el servicio de salud atienda a las necesidades de la población y que los recursos disponibles sean utilizados de forma eficaz y eficiente.
- Monitor, es el regulador independiente del NHS. Su principal papel es velar por el buen funcionamiento del servicio de atención sanitaria del NHS, vigilar que sus servicios de sanidad sean efectivos, de calidad y cumplan con un criterio mínimo de precio/calidad. Además, uno de los principales instrumentos de supervisión del Monitor es la capacidad para conceder y quitar licencias para la prestación de servicios de salud del NHS.

- La Health Research Authority (HRA, Autoridad de la Investigación en Salud) es responsable de promover y proteger el interés del paciente y del público en la investigación sanitaria. Busca garantizar procedimientos éticos en las diferentes investigaciones desarrolladas por miembros del NHS.
- La Human Tissue Authority (HTA, Autoridad en Tejido Humano) es la institución que regula los trasplantes y donaciones de órganos. Ejerce el papel de supervisor y garante de la calidad, ética y seguridad de los procedimientos y tejidos de trasplante y donación.
- La Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA, Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos para la Salud) es la entidad de regulación asignada para supervisar la calidad de los medicamentos y de los aparatos médicos a fin de garantizar la seguridad de su uso en humanos. También es la responsable de investigar los incidentes ocurridos en el sistema.

Además, hay otros dos organismos de regulación: el Professional Regulators Standards Authority for Health and Social Care supervisa la actividad de los cuerpos profesionales del sistema de salud y además audita y examina el desempeño y las decisiones de los reguladores sobre las licencias otorgadas a los profesionales,¹⁶ y la Human Fertilisation and Embryology Authority, que regula los tratamientos de fertilización clínica y todas las investigaciones sobre embriones humanos.

Como complemento de estos organismos de regulación, el NHS cuenta con el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Instituto Nacional para la Salud y la Atención de Excelencia), reestructurado en abril de 2013, que tiene entre sus funciones la de evaluar y emitir directrices sobre medicamentos,¹⁷ tratamientos y procedimientos sanitarios en el NHS. El NICE está formado por representantes de los pacientes, de los profesionales médicos, de la industria de medicamentos e instrumentos médicos, así como de los gobiernos locales, que participan conjuntamente en la elaboración de sus directrices.

Finalmente, el Departamento de Salud se apoya en otra serie de instituciones tales como:

¹⁶ Véase <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/healthregulators/Pages/professional-standards-authority.aspx>>.

¹⁷ Aunque el NICE no otorga licencia de medicamentos –eso es función del Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency–, establece directrices sobre determinadas medicinas o equipos cuando no existe consenso acerca de su utilidad o cuando existen diferencias de procedimientos entre regiones. Para más información, consultar: <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/healthregulators/>>.

- Health and Social Care Information Centre (HSCIC, Centro de Información de Salud y Asistencia Social), organismo de estudio y análisis que elabora informes, estudios y estadísticas.
- National Institute for Health Research (NIHR, Instituto Nacional para la Investigación en Salud), de investigación médico-científica.
- NHS Blood and Transplant (NHSBT, Sangre y Transplantes del Servicio Nacional de Salud), organismo responsable de garantizar el suministro de sangre, promover la donación y encontrar compatibilidad de órganos para trasplante y células madre. Esta institución tiene un carácter especial, por lo que es auditada directamente por el Departamento de Salud.
- NHS Litigation Authority (NHS LA, Autoridad de Litigios del Servicio Nacional de Salud), que gestiona las reclamaciones y demandas por negligencia médica y entre los miembros del NHS, y trabaja para mejorar su gestión de riesgo.
- NHS Business Services Authority (NHSBSA, Autoridad en Servicios Empresariales del Servicio Nacional de Salud), que ofrece soporte de gestión financiera a los organismos del NHS, incluyendo servicios de pago por prescripción a farmacias comunitarias, servicios odontológicos y la gestión del sistema de pensiones del NHS, entre otros.

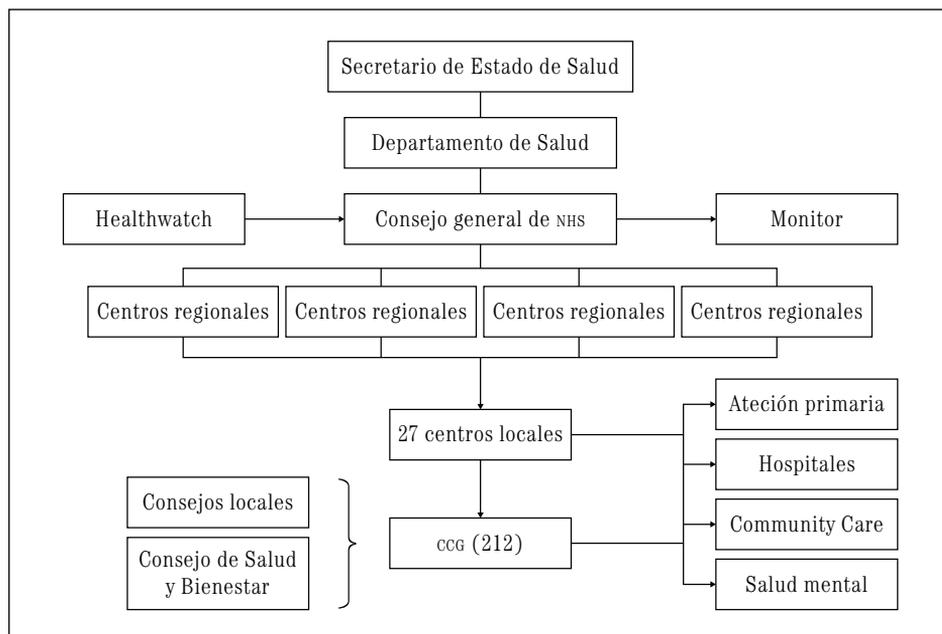
Hasta abril de 2013, a escala regional el Departamento de Salud operaba a través de 10 autoridades estratégicas regionales (Strategic Health Authorities), instituciones responsables de garantizar la procuración, calidad y eficiencia de los servicios salud en una determinada área geográfica. A partir de abril de 2013, las Strategic Health Authorities desaparecieron y sus instalaciones fueron reintegradas al NHS, como resultado de la Ley de Salud y Asistencia Social de 2012 (figura 6.4).

Por otro lado, por la misma legislación, los PCT fueron reemplazados por los Clinical Commissioning Groups (CCG), 221 en total, cada uno de ellos responsable de la atención a la población perteneciente a un área geográfica específica. Los CCG concentran a los médicos familiares y otros profesionales de la salud –como las enfermeras– y son responsables de la provisión de la mayoría de los servicios de salud, entre ellos: atención hospitalaria, servicios de rehabilitación, atención de urgencia y de emergencia, la mayoría de los servicios de salud de la comunidad, servicios de atención a personas con discapacidad y de salud mental.

Un CCG puede contratar a cualquier proveedor de servicio que cumpla los estándares de calidad y financieros del NHS; es decir, se requiere que tengan en consideración las exigencias determinadas por el NICE y la información provista por

la cgc. Además, deben trabajar en conjunto con los pacientes, los profesionales y el público en general del área bajo su responsabilidad en las decisiones sobre los servicios que contratan.¹⁸

Figura 6.4. Estructura del NHS en abril de 2013



Fuente: Elaboración propia con base en www.nhs.uk.

La atención primaria en el NHS se otorga, en general, por un médico general y sus asistentes, bajo un contrato de servicios médicos generales o de servicios médicos personales, aunque estos médicos generales también pueden tener contrato con instituciones independientes de salud del sector privado, voluntariado u hospitales contratados por NHS. Aparte de éstos, la atención primaria del NHS se complementa con servicios comunitarios de salud, como enfermería del distrito o fisioterapia, el servicio telefónico e internet *NHS direct*, los *NHS walk-in centres*, odontólogos, oftalmólogos y farmacéuticos.

La atención secundaria pública y gratuita la proporciona el personal asalariado: médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan en hospitales

¹⁸ Para mayores detalles, véase también Boyle (2011) y Dixon y Robinson (2002).

de propiedad estatal, aunque un buen número de ellos están gestionados por el sector privado. Junto al sistema público, el sector privado ofrece servicios que son financiados con recursos privados a través de seguros de salud o pagos directos por parte de los pacientes.

Una de las características de las transformaciones recientes del NHS (BMA, 2013) se refiere a la descentralización del sistema. Aunque el Departamento de Salud, encabezado por el secretario de Estado para la Salud, define la política sanitaria y social nacional, la aplicación de ésta se realiza a través de las diferentes divisiones subregionales del sistema de salud, lo que implica una descentralización administrativa.¹⁹

Según el informe Boyle (2011), el proceso de descentralización administrativa del NHS puede clasificarse a partir de cuatro formas de descentralización organizativa:

1. Desconcentración. Se refiere a aquellas tareas administrativas que el gobierno central ha trasladado a nivel local o regional, aunque bajo el control y subordinación del gobierno central.
2. Transferencia. Implica la transferencia de la responsabilidad a nivel local y también un cierto grado de autonomía.
3. Delegación. Consiste en trasladar toda la responsabilidad de la ejecución del servicio a organizaciones locales, que además están fuera de la estructura del gobierno central (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales).
4. Privatización. Implica el traspaso de funciones del gobierno y de la propiedad pública a organismos privados.

Un aspecto importante es que el nivel de descentralización no observa homogeneidad por tipo de responsabilidad o función, sino que varía según los diferentes mecanismos establecidos para la gestión del sistema de prestación y asistencia sanitaria (Boyle, 2011). La descentralización es diferente a nivel de financiamiento, de responsabilidad de la provisión del servicio, de la prestación del servicio y también de la regulación del servicio.

En cuanto al financiamiento, el sistema de salud inglés es muy centralizado. La Secretaría del Tesoro (HM Treasury) está a cargo de recolectar los impues-

¹⁹ Un ejemplo de esta descentralización se puede encontrar en la atención social a los adultos, pues aunque el Departamento de Salud define la estrategia nacional, son las entidades regionales las que gestionan y ejecutan dicha política.

tos destinados a financiar los servicios públicos en general y, después de una negociación a nivel central con el Departamento de Salud, le transfiere el presupuesto asignado. El presupuesto es negociado cada cierto tiempo y se programa en periodos trianuales. A partir de allí, el Departamento de Salud transfiere la gestión de los recursos a los CCG, que en colaboración con él definen la aplicación de estos recursos en la atención de las necesidades sanitarias de las poblaciones locales.

Con respecto a la prestación de los servicios, se observa una clara descentralización al transferir su responsabilidad al ámbito local y también un cierto grado de autonomía con la introducción de los *foundation trusts*, que están libres del control financiero y gestión del Departamento de Salud, obviando la delegación explícita de la responsabilidad de la gestión y gobernanza de los hospitales (Boyle, 2011). La privatización también está creciendo en el sector salud de Inglaterra mediante la transferencia de la responsabilidad sobre la provisión de servicios al sector privado y otros sectores no gubernamentales (Boyle, 2011).

Las *foundation trusts* son instituciones privadas que ofrecen atención médica a la sociedad mediante un contrato de prestación con el NHS, aunque están autorizadas y reguladas por el Monitor. En marzo de 2013 había 145 *foundation trusts* en el NHS (41 de ellas dedicadas expresamente a la salud mental), según la página web del NHS.

La regulación del sistema de salud en Inglaterra en gran medida se ha delegado a organismos independientes del gobierno central. Éstos también contribuyen a establecer normas nacionales y de protección de los ciudadanos y pacientes. La mayoría son financiados directamente por el Departamento de Salud. Los reguladores clave del sistema sanitario inglés son la Comisión de Calidad de la Asistencia y el Monitor. La Comisión de Auditoría, hasta su desaparición en marzo del 2015 y sustitución por contratos concursados, y la National Audit Office (NAO) han sido las instituciones responsables de auditar las cuentas de los diferentes organismos del NHS. Son organismos independientes, y la NAO responde directamente al Parlamento.

La introducción del mercado interior en el NHS por el gobierno conservador en 1991 y su ampliación en los últimos años por los gobiernos laboristas ha llevado a la descentralización descrita (Boyle, 2011). El Departamento de Salud, que era el organismo central para establecer las directrices y políticas estratégicas, se está convirtiendo cada vez más en una institución cuyo objetivo es avanzar la descentralización del sistema hacia órganos locales y semiindependientes. Sin embargo, el control del presupuesto y la discrecionalidad en la asignación de

los recursos, aparte de la capacidad legislativa, siguen siendo la principal base del gobierno central y del Departamento de Salud para ejercer su capacidad de influencia en el sistema de salud.

Derechos de los pacientes

La Ley del Sistema Nacional de Salud, de 1946 (National Health System Act), aunque estableció el derecho a la salud pública y gratuita, no especificó normas claras sobre los derechos de los pacientes. En las décadas siguientes, los sucesivos gobiernos han intentado definir estas reglas, pero sin éxito. La mayoría de los esfuerzos han dado lugar a declaraciones tímidas sobre lo que podría considerarse el ideal en materia de derechos de los pacientes, así como a un cierto código de sanciones y beneficios.

Por primera vez, con la publicación de la Constitución del NHS en 2009 –actualizada posteriormente en 2010 (Department of Health, 2010e)–, el gobierno determinó un conjunto de derechos de los pacientes y del cuerpo profesional del NHS. En el caso de los pacientes, estos derechos legales se dividen en siete áreas:²⁰

- Acceso a servicios de salud.
- Calidad de la atención.
- Tratamientos, medicamentos y programas nacionalmente aprobados.
- Respeto, consentimiento y confidencialidad.
- Elección informada.
- Participación en la atención a la salud y en la gestión del NHS
- Quejas e indemnización.

En relación con el acceso, los ciudadanos tienen derecho a:

- Atención médica gratuita, a excepción de ciertas limitaciones excepcionales acordadas por el Parlamento.
- Acceder a los servicios NHS de salud.
- Esperar que el NHS valore los requerimientos de salud de la comunidad y

²⁰ Para mayor información véase: <<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHS-Constitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf>> y Boyle (2011).

ofrezca los servicios suficientes y adecuados a sus necesidades; para el caso de los servicios comisionados por la autoridad local, que dichos servicios mejoren la salud de la comunidad.

- Buscar, bajo ciertas circunstancias, tratamiento en otros países del Espacio Económico Europeo o Suiza, que de otra manera habrían estado disponibles a través de comisión del NHS.
- No sufrir discriminación en la provisión de servicios del NHS por razón de sexo, raza, discapacidad, edad, orientación sexual, religión, creencias, re-assignación de sexo y embarazo o estatus marital o de sociedad civil.
- Acceder a ciertos servicios comisionados por organismos del NHS dentro de un límite máximo de tiempo de espera; en caso contrario, el NHS debe tomar medidas razonables para ofrecer los servicios de proveedores alternativos.

En cuanto a la calidad, los ciudadanos tienen derecho a:

- Ser tratados bajo un estándar profesional de cuidados por personal calificado y con experiencia en una organización apropiadamente autorizada o registrada con los requeridos niveles de seguridad y calidad.
- Esperar que las organizaciones del NHS supervisen y hagan esfuerzos de mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria comisionada o provista.

Con respecto a los tratamientos, medicamentos y programas nacionalmente aprobados, los ciudadanos tienen derecho a:

- Los medicamentos y tratamientos recomendados por el NICE para su uso en el NHS, si su médico los considera clínicamente apropiados.
- Esperar que las decisiones locales sobre el financiamiento de los medicamentos y tratamientos se hagan de manera racional y siguiendo la apropiada consideración de las evidencias existentes y, en caso de negarse el financiamiento del medicamento o tratamiento, recibir la explicación de tal decisión.
- Recibir las vacunas que el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización recomiende bajo el programa nacional de inmunización provisto por el NHS.

En lo referente al respeto, consentimiento y confidencialidad, los ciudadanos tienen derecho a:

- Ser tratados con dignidad y respeto en concordancia con los derechos humanos.
- Aceptar o rechazar el tratamiento ofrecido y no ser sujetos de cualquier examen o tratamiento sin su previo consentimiento.
- Recibir información sobre las opciones de pruebas y tratamiento disponibles, incluyendo sus implicaciones, riesgos y beneficios.
- Consultar su historial médico y hacer corregir cualquier imprecisión.
- Privacidad y confidencialidad y a esperar que el NHS mantenga segura y a salvo su información confidencial.
- Ser informado sobre cómo se usa su información.
- Solicitar que su información confidencial no sea usada más allá de su asistencia y tratamiento, y cuando ello no sea posible, ser informado de las razones e incluso las bases legales de esa imposibilidad.

El derecho a la elección informada de los ciudadanos les permite:

- Elegir a su médico y ser aceptados a consulta, a menos que haya motivos razonables de negativa, en cuyo caso deberán ser informados de dichas razones.
- Expresar preferencia por un médico en particular y que el servicio busque atender dicha preferencia.
- Tomar decisiones sobre los servicios comisionados por los organismos del NHS, y conocer la información que dé soporte a estas decisiones.

En el rubro de la participación, los ciudadanos tienen derecho a:

- Participar en las discusiones y decisiones sobre el cuidado de su salud, incluyendo la asistencia terminal, y a recibir información que les permita hacerlo.
- Participar directamente, o por medio de representantes, en la planificación de los servicios de asistencia comisionados por organismos del NHS en el desarrollo y consideración de las propuestas de cambio en la provisión de dichos servicios y en las decisiones que afecten la operación de los servicios.

Y en el renglón de las quejas y las indemnizaciones, los ciudadanos gozan del derecho a:

- Que cualquier queja sobre los servicios del NHS sea reconocida en los siguientes tres días hábiles y sea investigada y tratada de manera apropiada.
- Discutir la manera como se trata la queja y saber el plazo probable de la investigación y la respuesta.
- Ser informado del avance y resultado de cualquier investigación sobre su queja, incluyendo una explicación de las conclusiones y la confirmación de que cualquier acción requerida como consecuencia de la investigación sea tomada en cuenta.
- Presentar una queja ante el *ombudsman* de servicios de salud como último recurso.
- Demandar una revisión judicial si considera que se ha visto afectado directamente por una decisión o acción ilegal por parte de un organismo del NHS o autoridad local.
- Obtener una indemnización si fue perjudicado por negligencia en el tratamiento.

Financiamiento

En lo que se refiere al financiamiento, la sanidad pública en Inglaterra depende fundamentalmente de fondos públicos a través de impuestos y contribuciones sociales del Nacional Insurance Contribution. Además, aunque en una escala muy inferior, se usan algunos fondos privados para financiar el servicio, básicamente a través seguros médicos privados que pagan al NHS por servicios prestados a sus asegurados, relacionados con medicamentos, aparatos médicos y también por servicios de atención médica específica.

El gobierno central a través de la hacienda pública asigna el volumen de financiamiento público a la salud; es decir, el presupuesto del Departamento de Salud. Éste es el responsable de la gestión del gasto público en salud. Desde 1998, el presupuesto del Departamento de Salud se programa para periodos de tres años.

El sistema de financiamiento público del NHS desde la implantación del mercado interno se estructura en organizaciones proveedoras de servicios y organizaciones que los contratan, principalmente CCG. Cada año, el Departamento de Salud destina alrededor del 80% del presupuesto del NHS a los CCG utilizando una

fórmula de capitación ponderada. Los ccg son responsables de adquirir la atención sanitaria a los proveedores, especialmente públicos, pero también pueden incluir al sector privado y al sector de voluntariado.

Ingresos

La mayoría de los ingresos para el sistema de salud en Inglaterra proviene de fuentes públicas: impuestos generales, contribuciones sociales y algunos impuestos locales. Una pequeña parte de los ingresos tiene origen en pagos privados, derivados de la utilización de los servicios públicos por instituciones privadas o por pagos directos de los pacientes.

Las principales fuentes de los ingresos generales se originan en el impuesto sobre la renta, impuesto al valor agregado, impuesto de sociedades e impuestos especiales sobre los combustibles fósiles, alcohol y tabaco. Las contribuciones sociales son contribuciones obligatorias pagadas por los empleadores, los empleados y los trabajadores por cuenta propia. A cambio, los individuos tienen derecho a prestaciones contributivas como pensiones estatales, prestaciones por desempleo o por enfermedad común, entre otras. Una proporción de estos ingresos se destina a los presupuestos del NHS.

Por otra parte, los servicios sociales, incluyendo la atención domiciliaria y la atención residencial, son financiados en parte por los impuestos locales: impuestos y tasas municipales. Estos impuestos no financian la atención sanitaria. Las tasas municipales varían entre las diferentes autoridades locales y se calculan en función del avalúo de la propiedad de los residentes locales.

Además de los anteriores, el NHS cuenta con dos fuentes privadas de ingresos. Aunque la mayor parte de los servicios de salud están cubiertos por el servicio público y son gratuitos, algunos no alcanzan a satisfacer la demanda de los usuarios, por lo que éstos deben pagar por el servicio; es decir, los servicios sólo están parcialmente cubiertos por el sistema, debido a lo cual el costo es compartido por medio de copago. Los pagos directos cubren el tratamiento privado en las instalaciones del NHS, medicamentos de venta libre y algunos servicios especiales solicitados directamente por el paciente. El copago cubre las recetas médicas del NHS, oftalmología, servicios sociales y cuidado dental, entre otros.²¹

²¹ Según la OCDE y Boyle (2011), la mayor parte de los pagos directos (41%) se debe a gastos en medicamentos, seguidos de los gastos en atención sanitaria (13%).

Siguiendo a Boyle (2011), el cuadro 6.1 proporciona un panorama general de los diferentes tipos de pagos privados considerados en el NHS. Destacan también los mecanismos de protección desarrollados para favorecer el acceso a dichos tipos de atención y evitar barreras por razones de ingreso. Éstos van desde exenciones absolutas para algunos grupos de personas hasta tarifas reducidas, límites a las pólizas de seguro y a gastos generales.

Cuadro 6.1. Pagos directos a los diferentes tipos de cuidado de la salud

<i>Tipo de pago</i>	<i>Tipo de la atención</i>	<i>Mecanismos de protección</i>
Pagos directos	Tratamiento privado en NHS y hospitales y clínicas privados	Políticas de seguros médicos privados
	Servicios oftalmológicos	Exenciones, tasas reducidas (vales NHS)
	Atención social	Exenciones, tasas reducidas, pólizas privadas de seguro de cuidado a largo plazo
	Medicamentos de venta libre	Ninguno
Copago (tarifa fija por receta)	Recetas del NHS	Exenciones, tasas reducidas (prepagos)
Copago (tres tarifas en función de la complejidad del tratamiento)	Tratamiento dental en el NHS	Exenciones, máximo costo para tratamientos más complejos

Fuente: Boyle (2011:96).

A pesar de esta previsión de pagos directos y de copago, existe un plan de pagos para personas de menos poder adquisitivo, llamado Programa de Bajos Ingresos. Dicho programa abarca exenciones en el copago de recetas, tratamiento dental y oftalmológico, atención social, gastos de viaje y equipos médicos. Según informa el NHS en su sitio web,²² tienen derecho a estas exenciones aquellos ciudadanos cuyos ahorros, inversiones o bienes (sin considerar la residencia habitual) no superen un límite de 23 250 libras para las personas que viven de forma permanente en residencias de atención sanitaria o social, y 16 000 libras para los demás ciudadanos. Estas exenciones se aplican también al conyugue y a los jóvenes dependientes.

²² Véase <<http://www.nhsbsa.nhs.uk/1125.aspx>> y <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/nhs-low-income-scheme.aspx>>.

Dependiendo de las circunstancias socioeconómicas, la exención puede ser completa o de ayuda parcial. La exención completa es para aquellos cuyos ingresos no superen los límites anteriores. Sin embargo, para quienes los superen, se analiza caso por caso y se establece la cantidad que tienen que pagar. La evaluación también tiene en cuenta los impuestos municipales y los gastos de vivienda. Los certificados de exención tienen, por lo general, una validez de entre seis meses y cinco años, dependiendo de las circunstancias.

Tienen ayuda automática total aquellos cuya situación (o de su pareja) se sitúa en uno de los siguientes supuestos: *a)* reciben asistencia social; *b)* perciben prestación por desempleo; *c)* reciben un ingreso relacionado con el empleo o subsidio al desempleo; *d)* reciben pensión, y *e)* tienen el derecho al certificado de exención de pago al NHS.

En relación con los tratamientos privados, una gran proporción de los pagos directos está relacionada con procedimientos quirúrgicos electivos. La mayoría de los gastos de atención hospitalaria privada en el Reino Unido se financia a través de seguros privados (61% en 2008), aunque los pagos directos de los pacientes representan el 14%.

Con respecto a los gastos oftalmológicos, aparte de los individuos con certificados de exención total o parcial, otros grupos de pacientes tienen derecho a tratamientos en esta especialidad y a vales para ayudar en la compra de anteojos y lentes de contacto. Estos grupos son: *a)* los menores de 16 años o estudiantes a tiempo completo menores de 19 años; *b)* los mayores de 60 años; *c)* las personas ciegas o diagnosticados con debilidad visual; *d)* los diagnosticados con diabetes o glaucoma, y *e)* las personas de 40 años o más cuyo padre, hermano, hermana, hijo o hija ha sido diagnosticado con glaucoma o ha sido dictaminado en riesgo de glaucoma por un oftalmólogo.

Atención social

Los servicios sociales asociados a la atención sanitaria de largo plazo (enfermedad, discapacidad y edad) son responsabilidad de los gobiernos locales y también pueden estar sujetos a copago. En la actualidad, todas aquellas personas que requieren asistencia social son objeto de una evaluación sobre sus necesidades reales, llevada a cabo por las autoridades locales en colaboración con el paciente, su familia y los proveedores potenciales. Las personas evaluadas para recibir la asistencia social deben someterse a un análisis de capacidad de pago, que tiene en cuenta sus ingresos y sus

bienes de capital, incluyendo el valor de su casa, sin considerar los ingresos y bienes de cónyuges e hijos. Cualquier persona que supere los límites de ingreso y activos establecidos en el Programa de Bajos Ingresos debe cooperar en el financiamiento parcial de los gastos.

Medicamentos y recetas

Por su naturaleza, la compra de los medicamentos de venta libre es responsabilidad de los pacientes, sin participación alguna del sector público. Sin embargo, el NHS de Inglaterra utiliza una forma de copago por receta.²³ La legislación que permite el copago data de 1949, pero sólo fue aplicada a partir de 1952, aunque estuvo sin efecto entre 1965 y 1968.

El costo de la receta está determinado por una cuota fija y no tiene ninguna relación con la cantidad prescrita o el costo real del medicamento prescrito. A partir del 1 de abril de 2013, el costo de la receta alcanzó 7.85 libras. Sin embargo, existen mecanismos de descuento para aquellos que necesiten utilizar este servicio con más frecuencia: *a*) un pago único de 29.10 libras, válido por tres meses, opción que genera ahorro para que quienes necesiten cuatro o más prescripciones en ese lapso; *b*) un pago único de 104 libras, válido por un año, que genera ahorro para quienes necesiten 14 o más prescripciones a lo largo de 12 meses.

También se ofrece la posibilidad de pagos fraccionados. A pesar de ello y considerando las situaciones de exención anteriormente descritas, se calcula que el 50% de la población inglesa está exenta del copago, lo que significaría que en 2009 alrededor del 94% de los medicamentos habrían sido distribuidos gratuitamente (Boyle, 2011). Aparte de los incluidos en el Programa de Bajos Ingresos, tienen acceso a medicamentos gratuitos los siguientes grupos: *a*) quienes tienen 60 años o más; *b*) los menores de 16 años; *c*) los estudiantes de tiempo completo que tengan entre 16 y 18 años; *d*) las embarazadas o las mujeres que han dado a luz en los últimos 12 meses y tienen un certificado de exención por maternidad válido (MatEx); *e*) quienes padezcan una situación médica diagnosticada y cuenten con un certificado de exención médica válida (MedEx),²⁴ lo que ocurre si padecen una discapacidad

²³ Estos cargos han sido abolidos en el País de Gales, Irlanda del Norte y Escocia.

²⁴ Las exenciones médicas se expiden previa petición, con duración de cinco años renovables, a quienes requieren tratamiento para: *a*) diálisis renal con fístula permanente (por ejemplo, cecostomía, colostomía, ileostomía o laringostomía) que precisa continuamente apósito quirúrgico o un aparato médico; *b*) alguna forma de insuficiencia suprarrenal (por ejemplo, enfermedad de Addison); *c*) diabetes

física permanente que les impide moverse sin la ayuda de otra persona y tienen una MedEx válida, si poseen un certificado de exención por pensión de guerra y la receta es para el tratamiento de su discapacidad, o si son pacientes internos del NHS.

Además, ciertos medicamentos son gratuitos, como los administrados en un hospital, los suministrados personalmente por un médico de cabecera, los proporcionados en un hospital o clínica de atención primaria para el tratamiento de una infección de transmisión sexual o de tuberculosis, y los anticonceptivos prescritos.

Cuidado dental

También se aplica el copago en los servicios dentales, que son proporcionados por dentistas independientes que tienen o no acuerdos firmados con las autoridades sanitarias locales. El copago depende del tratamiento que se requiera. El pago es único por cada tipo de tratamiento y está determinado por la complejidad y el costo en tres tarifas diferentes establecidas a partir del 1 de abril 2013. Cubre el análisis y diagnóstico (por ejemplo, rayos X), consejos para prevención de problemas en el futuro, limpieza dental y, si es necesario, la aplicación de flúor o el tratamiento de pequeñas caries. Si la atención que se requiere es de urgencia, aunque el tratamiento necesite más de una cita para completarse, el cargo se limita a la tarifa 1.

Hay, sin embargo, como en todos los servicios contemplados en el NHS, un sistema de exenciones del copago. Aparte de los incluidos en el Programa de Bajos Ingresos, pueden recibir el tratamiento dental gratuito aquellos que, cuando se inicia el tratamiento, son: *a*) menores de 18 años; *b*) estudiantes a tiempo completo menores de 19 años; *c*) embarazadas o mujeres que han dado a luz en los últimos 12 meses, y *d*) personas hospitalizadas cuya atención requiere tratamiento dental.

Distribución de los fondos

El gasto público en Inglaterra, incluido el gasto en salud, debe contemplarse en los presupuestos generales del Estado. En el caso de la salud, como ya se ha mencio-

insípida u otras formas de hipopituitarismo; *d*) diabetes mellitus, excepto cuando el tratamiento se base sólo en la dieta, *e*) hipoparatiroidismo; *f*) miastenia gravis; *g*) mixedema (hipotiroidismo que requiere reemplazo de la hormona tiroidea); *h*) epilepsia que requiere tratamiento anticonvulsivo continuo; *i*) discapacidad física permanente debido a la cual la persona no puede moverse sin ayuda (las discapacidades temporales no cuentan, incluso si duran varios meses); *j*) cáncer, y *k*) efectos del tratamiento actual o previo de cáncer.

nado, el Departamento de Salud negocia un presupuesto para un periodo de tres años. En 2007 se establecieron los planes de gasto del Departamento de Salud para el trienio 2008-2009 a 2010-2011, con un crecimiento previsto del 4% anual. La última revisión hasta la fecha de elaboración de este documento fue en octubre de 2010, que estableció un plan de gasto de cuatro años, de 2011-2012 a 2014-2015, con una previsión de crecimiento real cero de los gastos presupuestados.

El Departamento de Salud destina más del 80% del presupuesto del NHS directamente a los ccg como responsables de la contratación de servicios para satisfacer las necesidades de salud de su población de referencia. Cada ccg cubre la población de un área geográfica contigua, de aproximadamente de 340 000 personas. Dado que la población objeto de atención está determinada por el área geográfica que cubren, los ccg no compiten por los pacientes. La asignación de fondos a los ccg por el Departamento de Salud no necesariamente se relaciona con el tipo de servicios que se propone ofrecer. Los ccg tienen autoridad para utilizar sus recursos presupuestarios de la forma que consideren más adecuada para atender a las necesidades de la población objetivo. Para ello, contratan los servicios a los proveedores a través de diferentes mecanismos. A pesar de esta cierta independencia, están sujetos al marco operativo general del Departamento de Salud.

El 20% restante del presupuesto se aplica a financiar servicios de salud y otros servicios prestados por el gobierno central, como son los gastos específicos de salud pública y apoyo al sector asistencial, así como la administración del Departamento de Salud. Puede asignarse, además, a operaciones estratégicas o proyectos específicos coordinados por el propio Departamento. El presupuesto del Departamento de Salud también proporciona algunos fondos a los gobiernos locales para favorecer la asistencia social, sobre todo para adultos mayores, personas con problemas de salud mental y aquellas con problemas de aprendizaje. Estos fondos se suman a las asignaciones que los órganos del gobierno local ya reciben del gobierno central como parte de sus acuerdos anuales.²⁵

Mecanismos para la asignación de fondos del gobierno central

El mecanismo presupuestario utilizado por el Departamento de Salud para asignar fondos a los ccg se basa en una fórmula conocida como “capitación ponderada”.

²⁵ Para mayores detalles véase, entre otros, <www.nhs.uk>; Buck, y Dixon (2013); Boyle (2011); Dixon y Robinson (2002).

El objetivo de dicha estrategia de distribución de los fondos es garantizar la máxima igualdad geográfica de la oferta hospitalaria y disponibilidad de recursos para atender las necesidades locales. Recientemente este objetivo se ha ampliado para incluir el propósito de proporcionar acceso equitativo a la atención sanitaria para las personas bajo el mismo riesgo y de contribuir a la reducción de las desigualdades en términos de salud.

La fórmula final está basada en estimaciones estadísticas sobre las necesidades de la población atendida en las diferentes regiones de Inglaterra. Se trata del cálculo de un factor de ponderación de los pagos per cápita que distribuye el Departamento de Salud a todos los ccg. Dicha fórmula, aunque originalmente sólo consideraba la edad, los costos de insumos locales y la tasa de mortalidad ajustada, se ha ido perfeccionando progresivamente. Además, se ha ampliado para abarcar casi todos los servicios contratados por los ccg, incluyendo los hospitalarios y comunitarios, los de salud mental, maternidad, médicos de cabecera y otros servicios de salud familiar, así como servicios de prescripción. Contempla también una serie de medidas de desigualdad específicas del estado de salud y de otros factores sociales.

La fórmula que se describe a continuación se basa en un informe del Departamento de Salud de diciembre de 2008.²⁶ La fórmula de capitación ponderada consta de tres componentes principales: servicios comunitarios y hospitalarios (HCHS, Hospital and Community Health Services), gasto en medicamentos (recetas) y servicios médicos de atención primaria (PMS, Primary Medical Services) e incluye un ajuste específico para los gastos de ambulancia. A fin de que la fórmula de asignación refleje adecuadamente las necesidades de salud de cada zona geográfica específica, se construyen y emplean una serie de elementos. Para cada componente de la fórmula, los elementos clave utilizados para ponderar las asignaciones son:

- Un indicador de necesidades, que se refiere tanto a la edad como a un cierto número de factores socioeconómicos indicativos de la necesidad de cuidado de la salud.
- Un factor adicional que representa las necesidades relacionadas con las desigualdades en salud.
- Un factor que representa las fuerzas del mercado, es decir, que permite eliminar diferencias en “costos inevitables de la atención sanitaria”.

²⁶ Descripción basada en Buck y Dixon (2013).

El Departamento de Salud combina estos índices y produce un índice ponderado de población, único para cada ccg, lo que define la asignación de recursos para cada uno. Basadas en esta estructura, las ponderaciones nacionales para los tres componentes de la fórmula de asignaciones de 2011-2012 fueron las siguientes: HCBS, 9%; recetas, 11%; PMS, 10%.

Con respecto a los gastos asignadas a los HCBS, la fórmula considera la necesidad de servicios de atención médica intensiva, servicios de maternidad, de salud mental y de tratamiento de VIH. Adicionalmente, la fórmula de ponderación toma en consideración la necesidad de atención médica intensiva ajustada por la población cubierta dividida en 18 tramos de edad, un factor de desigualdad de salud y de costos inevitables.

Para ponderar el indicador de necesidad de atención médica intensiva, se utilizan 12 factores para proporcionar el peso respectivo de cada una de las 18 categorías de edad; éstos son:

- Tasa de mortalidad específica por edad.
- Proporción normalizada de las personas de 16 a 74 años no calificadas.
- Proporción de jóvenes sin educación.
- Limite estandarizado de enfermedades de larga duración.
- Proporción de personas mayores de 60 años que han solicitado crédito de pensión.
- Proporción de nacidos con bajo peso.
- Pobreza infantil.
- Proporción de menores de 16 años con discapacidad.
- Proporción de personas que han solicitado el New Deal para jóvenes.
- Proporción de personas que alegan incapacidad para gastos de subsistencia.
- Proporción de personas que han solicitado el beneficio por incapacidad/subsidio de discapacidad grave.
- Proporción de personas mayores de 60 años que han solicitado la Disability Living Allowance (pensión por discapacidad).

Para los servicios de maternidad se consideran sólo dos factores:

- Proporción de nacimientos de bajo peso.
- Precio medio de la vivienda.

La fórmula para determinar la necesidad de servicios de salud mental comprende cinco factores:

- La edad, distribuida en los 18 grupos.
- Un factor de mortalidad comparativa para las personas menores de 65 años.
- La proporción de personas de más de 60 años que han solicitado ayuda económica.
- Un indicador referente a la calidad de la vivienda.
- Un índice de morbilidad psicosocial. Este índice se elabora con base en el análisis de los datos individuales de la Encuesta de Salud de Inglaterra.

En cuanto a las necesidades de gastos derivadas del tratamiento de VIH/sida, se calculan dos fórmulas separadas. La primera, relacionada con el gasto necesario para el tratamiento y la atención de la enfermedad; la segunda, asociada con la prevención: se basa en una combinación ponderada de la población de 15 a 44 años y la población infectada.

La determinación del factor de ponderación de las recetas se apoya en varios componentes:

- La edad, distribuida en nueve grupos para hombres y mujeres.
- Un factor relativo a las necesidades derivadas del tratamiento de enfermedad terminal a largo plazo.
- La proporción de personas que ha solicitado el subsidio de subsistencia por discapacidad.
- Un índice de las personas incluidas en el Programa de Bajos Ingresos.
- La incidencia de nacimientos de bajo peso.

La fórmula para PMS comprende un elemento que sólo se refiere a la edad, a partir de nueve grupos, además de dos factores adicionales relativos a la necesidad de servicios: límites estandarizados de enfermedades de larga duración y la tasa de mortalidad estandarizada para los menores de 65 años.

Además, para considerar los diferentes costos de servicios de ambulancia se toma en consideración un índice de ruralidad, un factor que considera la reducción del costo por incremento de la escala de uso de los servicios de ambulancia y un factor que representa el incremento de los costos como proporción del uso de los servicios de ambulancia.

Las desigualdades en salud

Además se utiliza un factor de ponderación para reducir las desigualdades existentes en términos de salud. La fórmula considera una serie de indicadores tales como la esperanza de vida libre de enfermedad terminal y la discapacidad de larga duración. Incluye, asimismo, todos los factores que se toman en cuenta en los HCHS, a excepción de los indicadores de salud mental y VIH. También contempla una ponderación considerando los gastos en recetas y los componentes de PMS.

Elementos de mercado

La fórmula también incluye otros elementos considerados de mercado, que explicarían las diferencias de costos de la prestación de servicios de salud en las distintas regiones del país. Estos diferentes costos son estimados en función de cuatro factores: personal, una ponderación médica y dental por Londres, el terreno y los edificios. Se supone, además que otros gastos como equipos, medicamentos e insumos son iguales a lo largo y ancho de toda Inglaterra. Estos factores son considerados para ponderar el costo de prestación de los servicios de salud, que en el caso del personal constituye el 56.1% del costo total; la ponderación de Londres representa el 13.8%; el costo del terreno el 0.6%; el de los edificios el 3.0%, y “otros gastos” son ponderados por el restante 26.5%.

Esta fórmula tiene como objetivo atender el mandato fundamental del NHS de ofrecer una prestación de servicios de salud acordes con las necesidades de la región y equitativa en todo el territorio. Además de estos elementos cartesianos, el Departamento de Salud considera otros factores menos objetivos, como la diferencia entre la cantidad de referencia y la cantidad determinada por la fórmula de capitación. Por otra parte, también se toman en cuenta las prioridades nacionales, regionales y locales, y el nivel de recursos adicionales requeridos por los CCG a fin de que se acerquen lo más posible a los objetivos establecidos por la capitación. En resumen, la asignación de recursos a los CCG se realiza sobre la base de gastos previstos e implica presupuestos fijos.

Análisis DAFO del sistema de salud en Inglaterra

De la descripción del sistema de atención a la salud en Inglaterra se pueden obtener una serie de conclusiones que se sintetizan en forma de modelo analítico DAFO.

Debilidades

- Estructura organizativa muy compleja y burocratizada. Además, cambiante con los diferentes gobiernos nacionales.
- Sistema de financiamiento complejo. Basado en una regla matemática excesivamente complicada y poco sensible a los factores coyunturales.
- Gasto creciente y necesidad de control, en ausencia de soluciones por el lado de los ingresos.
- Grande y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto sanitario total.
- Excesiva liberalización y apertura al mercado, lo que genera espacios para comportamientos oportunistas por parte del sector privado.
- Zonas de ambigüedad en las relaciones público-privado. Demasiada vinculación del sector privado a los gestores públicos.

Amenazas

- El NHS ha pasado a constituir un objeto de disputa político-ideológica, lo que puede llevar a la pérdida de eficiencia social e incremento de las deficiencias en la atención sanitaria a la población inglesa.
- Se observa una reducción de la calidad del sistema en nombre de la estabilidad financiera.
- La cuestión demográfica (envejecimiento, etcétera).
- La sostenibilidad financiera, presionada por una dinámica de gastos crecientes.
- Privatización. Creciente participación de empresas de capital-riesgo. Espacios en expansión para el comportamiento oportunista del sector privado.

Fortalezas

- Universalidad, equidad de acceso y servicio casi gratuito, con un sistema de copago que considera el nivel de ingreso de los pacientes. Buena valoración, en general, de los usuarios.
- Buena formación del personal sanitario.
- Accesibilidad. Proximidad al paciente de la asistencia primaria de calidad (*gatekeeper*).
- Gestores con experiencia creciente. Aceptación de enfoques empresariales.
- Red asistencial con buena dotación tecnológica.

- Amplia cartera de prestaciones.
- Diferencias de calidad dentro de límites aceptables. Equilibrio territorial.

Oportunidades

- La investigación médica.
- Nuevas formas de cooperación público-privada.
- Nuevas formas de gestión con representantes de la sociedad civil.
- La necesidad de reformas da ocasión a un debate de fondo del modelo, liderado por Gobierno y entidades independientes. Informes y evaluaciones públicas.
- Usuarios y pacientes mejor informados.
- Colaboración del conjunto de empresas sanitarias en la modernización del sistema.

Trayectoria tipo de un ciudadano en el sistema público de salud en Inglaterra

Considerando los diferentes caminos de acceso al NHS inglés, un ciudadano, según el tipo de contingencia sanitaria que busca atender, describirá una trayectoria tipo como la que se muestra en el cuadro 6.2.

Cuadro 6.2. Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema de atención a la salud. Inglaterra

<i>Vía de entrada</i>	<i>Primer nivel</i>		<i>Segundo nivel</i>		<i>Tercer nivel</i>	
	Ambulatorio	Copago farmacia	Especialista	Copago farmacia y otros	Hospital	Copago farmacia
Menores de 16 años	NHS	No	NHS	No	NHS	No
Estudiantes de 16 a 18 años	NHS	No	NHS	No	NHS	No
<i>Mayores de 16 años, no estudiantes</i>						
Todos los demás colectivos	NHS	No	NHS	No	NHS	No

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO SÉPTIMO

RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LOS ANÁLISIS DE CASOS NACIONALES

CIRO MURAYAMA RENDÓN Y SANTOS M. RUESGA BENITO

Introducción

En este capítulo se hace una síntesis de lo tratado a lo largo del libro, en una perspectiva comparada de los respectivos sistemas nacionales de salud (SNS) en los cinco países estudiados con respecto al sistema mexicano. Se revisa la organización y el funcionamiento de éste y se destacan los avances y limitaciones para asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud e identificar un conjunto de condiciones necesarias para el diseño de un sistema universal de salud en México que reúna un conjunto de características singulares.

Los apartados que componen este capítulo responden a las líneas temáticas básicas consideradas en los capítulos anteriores para cada uno de los países estudiados. El primero resume los aspectos normativos que fundamentan los distintos SNS y aborda los derechos reconocidos en cada uno ellos, contrastando con la realidad mexicana con el fin de concluir su potencialidad ante un eventual proceso de reforma profunda que implique modificaciones en las pautas legislativas de regulación del acceso al cuidado de la salud. En el segundo apartado se comparan las características de la cobertura que brindan las instituciones de salud en diferentes planos para ubicar la situación observada en el modelo mexicano. En tercer lugar, se pasa a revisar la situación general de la salud, en la misma lógica comparativa, para identificar los principales problemas que se deberán abordar de cara al futuro. La estructura general del SNS en un plano comparado se expone en el cuarto apartado, para, de igual modo, obtener elementos de reflexión que permitan hacer propuestas para la instrumentación de un Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) de carácter universal para México. En el quinto apartado se analizan los diferentes sistemas de financiamiento de cuidado de la salud y se extraen algunas

conclusiones sobre los resultados en términos de mayor o menor eficiencia económica y social que puede ofrecer cada una de las alternativas disponibles. Como colofón, se contrastan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades identificadas en los cinco modelos nacionales de atención a la salud con los señalados para el caso mexicano a fin de extraer enseñanzas para éste en función de las características y situaciones evaluadas en términos comparativos en los apartados anteriores. Por último, se sintetizan las tendencias que se observan en el sistema y las reformas previstas en el corto plazo para presentar las conclusiones generales de todo el estudio.

Marco legal y derechos

Marco legal

Desde 1983 quedó establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud. Asimismo, se planteó el principio de concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En la actualidad el SNS mexicano está normado por un conjunto de leyes de orden federal y las propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país.

Una de las reformas legales más significativas ha sido la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003, conocido como Seguro Popular. Su objetivo es brindar cobertura de servicios de salud mediante un aseguramiento público y voluntario para las personas que no están afiliadas a ninguna institución de seguridad social.

Las reformas al marco legal federal y el fortalecimiento de la legislación de orden estatal, junto con la consolidación de la delegación de responsabilidades a las entidades federativas a partir de 1985, han venido subsanando algunas de las deficiencias del SNS y ampliando los derechos de acceso a la salud; sin embargo, no se ha logrado establecer una normatividad integrada, sencilla y eficaz para dar cumplimiento al mandato constitucional.

En esta perspectiva, la situación mexicana resulta similar a la observada en países como España y Costa Rica, en los que el cuidado de la salud también se instituye como un derecho constitucional para todos los ciudadanos, que se desarrolla en normas básicas posteriores. Derecho del que derivan una serie de obligaciones

para las administraciones públicas, en cuanto garantes del mismo, que se concretan y articulan de manera diversa según cada país.

Habría que añadir que el rango constitucional del derecho, si bien es un soporte jurídico para exigir la implementación de un sistema nacional que concrete tal derecho, no es necesariamente garantía de su efectividad. Han sido los procesos políticos posteriores al acto constituyente o a la correspondiente reforma de la carta magna los que han ido definiendo el desarrollo de normas básicas y reglamentarias que habrían de poner las medidas necesarias para extender y/o universalizar, en su caso, de modo efectivo la atención a la salud de los ciudadanos. En el caso mexicano, la proliferación legislativa en la materia no necesariamente garantiza tal objetivo, sino que puede derivar en una cierta confusión y colusión normativa sin asegurar la universalidad de las prestaciones sanitarias, como, por ejemplo, en el caso chileno y, aunque en menor medida que en el caso mexicano, en el sistema de salud español.

Derechos

Del reconocimiento constitucional de la protección de la salud como derecho fundamental se deriva la necesidad de contar con un conjunto de garantías institucionales y recursos financieros, materiales y humanos para lograr su respeto y satisfacción y reforzar los determinantes básicos de la salud.

Sin embargo, el ejercicio pleno de este derecho se encuentra limitado y difiere de acuerdo con la condición de aseguramiento de la población –que está determinada por su situación laboral–, además de estar condicionado por la multiplicidad de sistemas normativos que lo regulan, con garantías heterogéneas según la institución que brinda protección a los derechohabientes. Asimismo, persisten anomalías en cuanto al principio de no discriminación en el derecho a la protección de la salud y ambigüedades respecto a la titularidad de este derecho en el marco del SPSS. Es decir, no obstante las reformas al marco jurídico que fundamentan el derecho a la protección de la salud, subsisten obstáculos para garantizar que la titularidad individual de este derecho se otorgue de manera universal, igualitaria y sin discriminaciones.

La estructura del SNS en México no constituye propiamente un sistema integrado de salud. Tanto la prestación de los servicios como la responsabilidad y competencias de los organismos del sector público sanitario revelan una gran fragmentación que proviene de la condición de aseguramiento de los usuarios,

fundamentalmente de tipo laboral, y que se acentúa con la complejidad del marco legal y el diseño y operación de las propias instituciones. Esta circunstancia favorece la presencia de anomalías importantes, como la dispersión de responsabilidades, la desarticulación institucional, la duplicidad de funciones y programas públicos, y la ineficiencia y distracción de recursos financieros, materiales y humanos.

De acuerdo con Mesa Lago (2005), en la práctica el SNS funciona como un modelo de tres componentes (seguridad social, servicios públicos y privados) que se encuentra segmentado y tiene una estructura vertical en la que la separación entre funciones es ambigua, además de que padece una escasa integración horizontal e insuficiente coordinación entre los subsectores.

El marco jurídico actual del SNS resulta complejo, aunque en su evolución se han subsanado algunas deficiencias institucionales y consolidado los derechos de acceso a la salud. Las reformas legales no han dotado al SNS de mayor integración, sencillez y eficacia, ni se han instrumentado disposiciones fiscales que fortalezcan la hacienda pública federal para financiar el desarrollo sostenible del sistema de salud. Si bien se promueve, con alcances limitados, la rectoría de la Secretaría de Salud (SS) sobre el sistema, no se ha logrado consolidar la integración funcional de las instituciones, que mantienen una estructura general de servicios de salud notoriamente fragmentada; se conserva a las instituciones de seguridad social con una legislación particular que se traduce en la protección de salud exclusiva de los trabajadores formales y se carece de un conjunto de regulaciones estrictas sobre los servicios de salud del sector privado.

La heterogeneidad en los derechos a la protección en el ámbito de la salud otorgados a los distintos tipos de población se traduce en diferencias importantes en el acceso y la cobertura de los servicios. Esta situación persistirá mientras no se desvincule el derecho y acceso a la salud de la condición laboral, ni se construya un sistema integral y universal de protección social en salud.

Llama la atención que en los sistemas donde se observa mayor simplicidad normativa –los casos inglés y canadiense– se han alcanzado mayores grados de universalidad en las prestaciones sanitarias de los sistemas públicos. Posiblemente, como veremos a continuación, no haya en esto una relación causa-efecto, pero sí cabe pensar, en sentido contrario, que no resulta necesario un gran despliegue normativo para el objetivo de atención universal a la salud, sino la voluntad política de hacerlo y la puesta a su disposición de recursos económicos suficientes y formas de gestión eficientes. Adicionalmente, la menor carga normativa, más allá de los principios básicos y generales, puede dotar de mayor flexibilidad a la gestión

del sistema para adecuarlo a las modificaciones en la demanda de servicios que se derivan de cambios demográficos, culturales o económicos del país en cuestión.

En definitiva, la garantía efectiva del derecho a la protección universal de la salud puede arrancar de un marco normativo expreso al respecto, con una explícita definición del derecho, pero ese elemento no basta. Su efectiva materialización pasa por un política pública específica que cuente con los recursos adecuados y suficientes y se dote de un entramado institucional eficiente y flexible para abordar los cambios se vayan presentando en la demanda de servicios para la salud de los ciudadanos.

Cobertura de la atención a la salud

El aumento de la afiliación a los esquemas de atención a la salud representa avances para lograr la cobertura universal. Sin embargo, existen inconsistencias en las estadísticas de derechohabencia y resulta difícil asegurar que se haya logrado la afiliación universal. Las estadísticas oficiales más recientes en el momento de elaborar este estudio señalan que en 2012 todavía un 21.5% de la población nacional declaró no contar con ningún tipo de cobertura en salud y una proporción similar presentó carencia por acceso a los servicios de salud.

La afiliación a un régimen de seguridad social o de protección social no garantiza el acceso efectivo a servicios de salud brindados con calidad, eficiencia, pertinencia y oportunidad, ni asegura que los afiliados ejerzan su derecho de atención pública a la salud. La comparación entre las estadísticas referentes a la población usuaria de servicios de salud y los datos sobre el número de derechohabientes confirma que afiliación no es sinónimo de cobertura efectiva.

En 2012, alrededor de 30% de los derechohabientes de instituciones públicas hicieron uso de servicios privados de atención curativa ambulatoria. Ello refleja posibles dificultades de acceso efectivo en condiciones oportunas a los servicios públicos de salud. Genera un doble gasto para los asegurados que pagan su cotización y puede significar un gasto catastrófico.

También subsisten diferencias en la cobertura de la salud entre instituciones, que provienen de la heterogeneidad de los padecimientos o intervenciones cubiertos. Esta situación continuará mientras no se desvinculen el derecho y acceso a la salud de la condición laboral, ni se construya un sistema integral y universal de protección social de la salud, con un paquete básico de servicios cuyo acceso esté garantizado para toda la población, con calidad, efectividad,

pertinencia y oportunidad, de manera que permita disminuir el gasto privado destinado a la atención de la salud.

A pesar del crecimiento en la afiliación que sostienen las cifras oficiales, no se puede afirmar que se haya alcanzado la cobertura universal en México. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2013b) el 21.5% de la población nacional (25.3 millones de mexicanos) presentó carencia en el acceso a los servicios de salud en 2012. Asimismo, la fragmentación institucional del SNS ha significado la conformación de poblaciones derechohabientes con distintos tipos de cobertura en salud y la existencia de duplicidades en la cuantificación de las personas afiliadas.

Para alcanzar la cobertura universal en salud no sólo se requiere afiliar a toda la población (cobertura legal), sino que es necesario instrumentar estrategias para establecer un paquete mínimo común de servicios accesible a todas las personas y asegurar la calidad, efectividad, pertinencia y oportunidad de los servicios de salud pública que ayuden a disminuir el gasto privado, ya sea que se trate de gasto de bolsillo o de gasto catastrófico.

Y es que, en cuanto a la cobertura de la atención a la salud, podemos diferenciar, en una primera tipología, entre dos dimensiones. Una conceptual y funcional, que atiende a la extensión de la propia definición del concepto de salud y la continuidad del derecho a ella, que afecta a la concreción efectiva de tal derecho. Como se ha señalado reiteradamente (Salazar, 2012), el derecho a la salud puede y debe ir más allá de la mera atención sanitaria, para atender otras funciones de la preservación y reproducción de la vida humana y su calidad material y social. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud se extiende a otras funciones, como el acceso al agua potable y al aire respirable u otros parámetros de la calidad ambiental, vivienda adecuada, higiene urbana y rural, condiciones laborales saludables (seguridad e higiene), atención especial a la infancia (educación, entre otras) y una amplia gama que, insistimos, constituyen componentes inexcusables de una vida armónica para todos los ciudadanos sin distinciones. No obstante, aquí nos limitamos al estricto campo de la atención de servicios de salud a la población en su sentido más integral de prevención y curación.

En este ámbito de la atención a la salud, hablar de cobertura universalizada implica hacer mención también de sus contenidos específicos, desde la definición ilimitada de actos médicos y/o prestaciones farmacéuticas. Como ocurría hasta no hace mucho tiempo en los modelos anglosajones y en el español, desde actos médicos hasta el establecimiento de una “cartera de servicios” que limita el acceso

a algunos de ellos y/o establece mecanismos de copago, que de igual modo modula el acceso a determinadas prestaciones.

La segunda dimensión del concepto cobertura hace referencia a la población protegida. El concepto de sistema universal alude al acceso al sistema de protección a la salud de todos los ciudadanos sin distinción alguna. En su sentido más amplio, en algunos momentos la atención de la salud ha llegado a ser extensible incluso a la población foránea no residente dentro del territorio nacional. En las últimas décadas los sistemas universales (o cuasiuniversales) han ido modulando su cobertura para dejar fuera a la población no nacional que no reúna ciertos requisitos vinculados a la residencia o la actividad laboral.

Dado que, con alguna excepción, el origen de los sistemas públicos de protección de la salud se vincula a sistemas de aseguramiento profesional a través de cotizaciones, el logro de la universalidad absoluta resulta complejo. Cuando el financiamiento del sistema proviene exclusivamente del sistema tributario, la universalidad del sistema público de salud resulta, al menos normativamente, más sencilla, pues vincula el derecho correspondiente al estatus de ciudadano nacional y/o residente. En cambio, cuando el sistema se financia a través de cotizaciones sobre el rendimiento del trabajo (autónomo o asalariado) se generan huecos en la cobertura del sistema público que se extienden donde la informalidad laboral es una práctica cotidiana. En las situaciones en las que la informalidad no alcanza tales niveles, el Estado ha de habilitar mecanismos complementarios para cubrir los espacios poblacionales desatendidos en los sistemas de carácter contributivo. Es lo que ocurre en el caso español, donde se detectan lagunas en la cobertura poblacional, que en ocasiones se tratan de cubrir con actuaciones específicas destinadas a determinados colectivos excluidos del SNS.

Situación general de la salud y sus determinantes sociodemográficos

La situación actual de la salud de los mexicanos está relacionada con la transición demográfica que experimenta el país, así como con la transición epidemiológica, que a su vez está vinculada con los factores de riesgo para la salud. El proceso de envejecimiento poblacional es general, con diferencias entre entidades federativas, y se acelerará en las próximas décadas. En cualquier caso, constituye un importante desafío para reformar la estructura y el diseño del modelo de atención a la salud; particularmente, generar infraestructura física y capital humano, y

desarrollar servicios asistenciales y residenciales para responder de manera oportuna a la creciente carga provocada por la discapacidad y dependencia que ocurren durante la vejez.

Cuadro 7.1. Algunos indicadores de referencia para el análisis de la salud

	<i>Consumo de alcohol por año entre adultos (litros puro)</i>	<i>Ingreso nacional bruto per cápita (USD PPP)</i>	<i>Gasto en salud (% PIB)</i>
<i>País/año</i>	<i>2005</i>	<i>2012</i>	<i>2012</i>
Canadá	7.8	42 430	10.9
Chile	6.8	21 310	7.2
Costa Rica	4.2	12 500	10.2
México	5.1	16 450	6.2
España	10.0	31 670	9.6
Reino Unido	11.5	37 340	9.4
Estados Unidos	8.5	52 610	17.9

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OMS.

No obstante, en este plano demográfico los determinantes de la salud entre los mexicanos muestran aún diferencias significativas con respecto a la situación en países más desarrollados económicamente, lo que es indicativo de un menor grado de madurez en esta materia. En esta perspectiva, conviene señalar que la población mexicana es más joven que la de los demás países contemplados en este análisis, sobre todo con respecto a los más desarrollados. Así, se observa que la población mayor de 60 años en el año 2012 aún constituía menos del 10% del total de habitantes en México, en tanto que en los países más desarrollados analizados se alcanzaban cifras por arriba del doble de este porcentaje. Se pueden constatar tales diferencias comparando las edades medias de la población para los mencionados países en el mismo año 2012: frente a una edad media de cerca de 27 años en México, en países como España o el Reino Unido ya se superaban los 40 años.

Las tendencias demográficas, sin embargo, apuntan en la misma dirección y parecen indicar que en unos cuantos lustros más –dependiendo de la intensidad en la caída de la tasa de natalidad y de la reducción en la de mortalidad– la estructura de la población mexicana se asemejará a las que muestran países como Costa Rica o Chile, para situarse posteriormente en las del Reino Unido o España.

Queda aún una distancia significativa para alcanzar las cifras de esperanza de vida que registran la mayoría de los países desarrollados y los latinoamericanos utilizados como referencia comparativa, que en 2012 estaban en torno o por encima de los 80 años, frente al dato mexicano de 76 años.

Cuadro 7.2. Indicadores demográficos, 2012

<i>País</i>	<i>Edad media de la población (años)</i>	<i>Porcentaje de población mayor de 60 años</i>	<i>Esperanza de vida al nacer (años)</i>	<i>Esperanza de vida saludable, HALE (años)</i>
Canadá	39.99	20.82	82	72
Chile	32.76	13.80	80	70
Costa Rica	29.29	10.15	79	69
México	26.64	9.18	76	67
España	40.99	22.86	82	73
Reino Unido	40.07	23.06	81	71
Estados Unidos	37.30	19.31	79	70

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms.

Cuadro 7.3. Tasas brutas de mortalidad, 2008

<i>País</i>	<i>Tasa de mortalidad (fallecidos por 1 000 habitantes)</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)</i>
Canadá	5.24	5.7
Chile	7.27	7.2
Costa Rica	6.20	9.6
México	7.43	15.3
España	5.75	3.5
Reino Unido	6.05	4.9
Estados Unidos	6.41	6.7

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms.

Esta situación comparada muestra que aún transcurrirá algún tiempo antes de que se alcancen en México los niveles de envejecimiento de las sociedades más desarrolladas, lo que podría llevar a pensar que todavía queda espacio temporal para

adecuarse a los requerimientos de atención a la salud que tal situación demográfica implica en cuanto a estructura del gasto en salud y necesidades de infraestructura y recursos humanos en el SNS. Sin embargo, hay que considerar que también la esperanza de vida saludable (HALE, en la terminología inglesa de la OMS) se alcanza en México antes que en los países de referencia: a los 67 años –es decir, con nueve años de anticipación respecto a la esperanza de vida al nacer–, mientras en España ocurre a los 73 y en Canadá a los 72. En consecuencia, las demandas de atención a la salud vinculadas al envejecimiento comienzan también, en el caso mexicano, con bastante antelación relativa. Conviene relativizar la ventaja de la juventud demográfica del país para abordar con tiempo estos problemas y entender que comienzan ya a estar presentes en la realidad sanitaria mexicana con una intensidad similar a la que se registra en los países citados. No obstante, en la lógica de los países desarrollados, cabe la posibilidad de que a medida que avance la esperanza de vida en general también aumente la esperanza de vida saludable. Es pertinente, en consecuencia, dejar claras tales perspectivas, a tenor de la experiencia de otros países, para adecuar de la forma más eficiente posible la oferta en un futuro SNS universalizado a las características de la demanda que se presentará de acuerdo con el perfil demográfico de México.

Por otra parte, en lo que corresponde a los niveles de mortalidad de la población, en lógica con lo analizado en los párrafos anteriores, la tasa correspondiente a México es sustancialmente más elevada que la que registran los países señalados como referentes. Las diferencias son bastante más acusadas en lo que respecta a mortalidad infantil, en tanto que la tasa correspondiente a México (15.3 fallecidos por 1 000 nacidos vivos) es casi cinco veces superior a la de España (3.5 por 1 000), la más baja de entre las consideradas. De nuevo, esto marca objetivos singulares en cuanto a ámbitos prioritarios de atención de la salud en México.

Además de las diferencias en los registros de mortalidad, resulta de interés contrastar los perfiles de morbilidad entre los diferentes países considerados en el análisis. En México, las enfermedades no transmisibles tienen el mayor peso en la carga global de morbilidad. Aun cuando los cambios en el perfil de salud de la población nacional hayan sido heterogéneos, condicionados en especial por la ubicación geográfica, la edad y el sexo, todavía se observan diferencias singulares con respecto a los demás países tratados en el texto.

En un primer plano, las enfermedades transmisibles, particularmente las que dan lugar a la mortalidad infantil, aún mantienen un peso relativo dentro del cuadro de morbilidad nacional, bastante superior al que se registra en los otros países analizados.

En un segundo plano, entre las enfermedades no transmisibles destaca de manera muy significativa, por su magnitud, la diabetes mellitus, con incidencia relativa sobre la morbilidad que llega a ser del triple que en los otros países latinoamericanos considerados y más del quintuple con respecto a los más desarrollados. La diabetes constituye casi una plaga en el cuadro de morbilidad mexicano y tiene estrecha relación con hábitos alimentarios inadecuados y deficiencias en la medicina preventiva.

Cuadro 7.4. Estructura de la morbilidad por causas de fallecimiento, 2008

<i>País</i>	<i>Tasa de mortalidad (fallecidos por 100 000 habitantes (suma de 1 a 9))</i>	<i>Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y de condiciones nutricivas (1)</i>	<i>Cáncer (2)</i>	<i>Diabetes (3)</i>	<i>Enfermedades del corazón (4)</i>	<i>Enfermedades respiratorias (5)</i>	<i>Enfermedades digestivas (6)</i>	<i>Enfermedades genitourinarias (7)</i>	<i>Enfermedades congénitas (8)</i>	<i>Accidentes (9)</i>
Canadá	475.5	25.9	160.3	18.0	165.6	31.7	19.8	9.6	3.9	40.7
Chile	673.6	60.2	165.2	26.4	209.3	43.8	62.6	20.6	7.1	78.4
Costa Rica	589.6	42.9	139.2	26.0	183.0	47.3	43.0	16.9	8.0	83.3
México	720.0	84.7	98.7	66.8	195.6	50.5	92.9	24.7	17.7	88.4
España	535.1	31.2	190.4	10.8	159.2	50.8	32.3	10.6	3.7	46.1
Reino Unido	564.9	39.7	176.3	6.9	216.5	44.3	31.0	8.6	4.2	37.4
Estados Unidos	591.8	42.5	157.9	19.2	214.3	42.7	24.1	13.7	4.5	72.9

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms.

Destacan también como causas de fallecimiento entre las enfermedades no transmisibles y en términos comparativos, las digestivas y las congénitas, así como los accidentes; las dos primeras están más relacionadas con hábitos alimenticios y carencias de los sistemas de atención a la salud, mientras que la tercera está vinculada a los problemas de tráfico, más característicos de economías en desarrollo. En este último caso cabe señalar que mientras la mortalidad en accidentes de tránsito entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es de 8.2 por cada 100 000 habitantes (3.7 en mujeres y 12.9 en hombres), en México alcanza más del doble: 17.7 por cada 100 000 (7 para mujeres y 27.8

para hombres) (OCDE, 2011b). Por último, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer, causas de mortalidad hegemónicas en los países desarrollados, en México tienen aún tasas de incidencia relativa reducidas, aunque hay cánceres específicos que exceden las tasas registradas en países desarrollados.

Adicionalmente, conviene señalar que si bien en todo el mundo la prevalencia de morbilidad y mortalidad difiere entre grupos etarios por elementos esencialmente biológicos, en México la incidencia de factores sociales acentúa esas diferencias. Mientras que entre los niños todavía existe una alta prevalencia de infecciones respiratorias agudas y de enfermedades diarreicas agudas, entre la población adulta, además de la pandemia de diabetes, es destacable el incremento en los daños a la salud por hechos de violencia. La hipertensión arterial constituye otro padecimiento de gran relevancia en este grupo poblacional. También se presentan importantes desafíos relacionados con la atención de trastornos mentales y problemas neurológicos, así como con las enfermedades musculoesqueléticas, que constituyen padecimientos con un peso importante en la carga de enfermedad y que saturan los servicios de primer nivel de atención.

Tras este análisis, conviene detenerse en una cuestión de singular interés en el sistema actual de protección a la salud en México: el desfase entre las principales causas de morbilidad en el país y la demanda de atención en salud, y que parece estar ampliamente inducida por la oferta de servicios. El SNS requiere brindar una atención más adecuada a los problemas prioritarios de salud de los mexicanos, en especial la diabetes y la hipertensión arterial. Debe privilegiar sistemas de detección temprana de enfermedades no contagiosas y programas de prevención de estos padecimientos, así como prevenir los principales factores de riesgo, particularmente la obesidad. Esto constituye un reto esencial para frenar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

En esta perspectiva, la transición demográfica, que apunta hacia un envejecimiento creciente de la población, se percibe como una amenaza. Pero también lo es la transición epidemiológica, que obligará a atender las denominadas enfermedades del desarrollo a la par de los padecimientos propios del atraso económico y social.

Estructura general del sistema de atención a la salud

En todos los casos analizados en esta investigación, en el SNS coexisten el sector público y el sector privado, que interactúan de manera diversa y en proporciones

también diferenciadas según el país de que se trate. En el caso mexicano, el sector público incluye dos subsectores. Uno está integrado por instituciones de salud creadas en el marco del sistema de seguridad social para atender las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales en el campo de la formalidad. Estas instituciones se financian con contribuciones sociales tripartitas y usualmente proveen a su respectiva población derechohabiente de servicios de salud de manera directa, en establecimientos sanitarios y con personal propio.

Los servicios de salud ofrecidos por estas instituciones presentan diferencias importantes en calidad y amplitud de cobertura. A esta segmentación interinstitucional tiende a agregarse una estratificación interna de cada institución, con mayores beneficios para ciertos grupos jerarquizados de trabajadores (es, por ejemplo, el caso de los trabajadores del sector público que, merced a prestaciones establecidas en sus contratos colectivos, acceden a ciertos servicios de salud adicionales).

Otro es el subsector para la protección social de la salud, que se financia esencialmente a través de contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, y se dirige a las personas que por su condición laboral no son derechohabientes de la seguridad social. El Seguro Popular, como principal elemento de este subsector, opera fundamentalmente con la infraestructura y los recursos humanos y materiales de la ss y de los Sistemas Estatales de Salud (Sesa). La atención de la salud en el marco del SPSS se realiza mediante diferentes esquemas de aseguramiento que generan al interior de este componente público del SNS una segmentación de la atención con paquetes heterogéneos de servicios.

Por su parte, el acceso al sector privado de atención a la salud depende de la capacidad de pago de los individuos y familias para realizar la contratación de los seguros médicos particulares o el pago directo de los servicios médicos adquiridos (gasto de bolsillo).

Esta dicotomía público/privado se manifiesta en todo el mundo, de modo que nos encontramos con dos tipos de modelos básicos en cuanto a la distribución público/privado de la atención de la población en materia de salud. En los países desarrollados, quizá con la excepción significativa de Estados Unidos, la atención a la salud se lleva a cabo de modo preferente con recursos públicos, de modo tal que la proporción del gasto en este rubro se sitúa por encima del 70% en los países considerados en nuestro análisis comparativo (Canadá, España e Inglaterra), lo que deja a la iniciativa privada menos de un 30%. En este terreno

se abre un debate sobre dónde debe colocarse el peso de la salud en un futuro sistema con vocación universalista.

Cuadro 7.5. Evolución del porcentaje de gasto público en salud sobre el total del gasto en salud

<i>Años</i>	<i>País</i>						
	<i>Canadá</i>	<i>Chile</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>España</i>	<i>Reino Unido</i>
1995	71.3	38.2	76.5	42.1	45.1	72.2	83.9
1996	70.8	37.8	76.2	41.4	45.1	72.4	82.9
1997	70.1	38.5	76.2	44.7	44.8	72.5	80.4
1998	70.6	39.8	79.0	46.8	43.5	72.2	80.4
1999	70.0	41.5	78.5	47.8	43.0	72.0	80.6
2000	70.4	43.3	78.6	46.6	43.1	71.6	79.1
2001	70.0	42.8	75.2	44.7	44.0	71.2	79.1
2002	69.5	42.6	75.8	43.8	43.9	71.3	79.4
2003	70.2	38.5	75.3	44.2	43.8	70.2	79.5
2004	70.3	39.1	72.5	45.2	44.1	70.5	81.0
2005	70.2	39.0	70.6	45.0	44.2	70.9	81.0
2006	69.8	41.0	69.0	45.2	45.0	71.6	81.3
2007	70.2	42.5	67.2	45.4	45.2	71.9	80.2
2008	70.5	44.2	69.5	47.0	46.0	73.0	81.1
2009	70.5	47.9	72.5	48.2	47.2	74.7	82.6
2010	70.8	48.1	73.5	49.0	47.6	74.2	83.6
2011	70.5	48.4	74.7	50.3	47.8	73.1	82.8
2012	70.1	48.6	74.6	51.8	46.4	73.6	82.5

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OMS.

También se observan diferencias importantes en el papel relativo que muestran los sistemas de aseguramiento, incluso en los países más volcados hacia un modelo de financiamiento privado del cuidado de la salud. Se acude más a estos mecanismos de aseguramiento allí donde el sector privado tiene una presencia relativa más destacada (Chile o Estados Unidos). Sin embargo, no es el caso de

México, donde el gasto privado se apoya más en el pago directo que hacen las familias sin que medien mecanismos de aseguramiento. No deja de ser una situación un poco atípica que hace aún más vulnerable financieramente el objetivo de la universalidad, de no darse cambios significativos en la estructura de financiamiento. Esto introduce una dualidad importante en cuanto al acceso a los medios necesarios para el cuidado de la salud entre diferentes estratos de la población.

Cuadro 7.6. Planes privados de salud, importancia relativa sobre total del gasto privado, 2012

<i>País</i>	<i>Porcentaje</i>
Canadá	41.1
Chile	37.5
Costa Rica	5.0
México	8.5
España	20.6
Reino Unido	6.0
Estados Unidos	59.0

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms.

Por otro lado, en el caso mexicano los esfuerzos realizados hasta ahora para avanzar en la cobertura universal en salud no han logrado resolver los problemas de fragmentación del sns entre los tres principales esquemas de acceso a la atención sanitaria antes descritos, cuyas funciones de financiamiento y provisión de servicios se integran verticalmente. Con la baja integración horizontal y la escasa coordinación entre los subsectores, la estructura del sns no constituye propiamente un sistema integrado de salud. La segmentación relacionada con la condición de aseguramiento de los usuarios, fundamentalmente de tipo laboral, se acentúa con la complejidad del marco legal y el diseño y operación de las propias instituciones. Ni siquiera se ha logrado todavía establecer un paquete básico universal de servicios de salud al que cada persona pueda acceder sin tener que realizar gasto de bolsillo. Esto ya se alcanzó hace tiempo en los países más desarrollados considerados en este análisis –Inglaterra, Canadá o España–, pero está lejano aún en casos como el de Chile.

A la situación de fragmentación funcional y territorial que confiere una notable debilidad estructural al sistema mexicano en lo que a su vertiente pública se refiere habría que agregar la confusión –debilidad adicional– que significa la gestión

simultánea por un mismo organismo de la atención a la salud y de prestaciones económicas como las pensiones, que introducen ineficiencias por posibles interferencias en el uso de los recursos financieros públicos.

La experiencia internacional analizada señala una clara especialización de las instancias públicas en cuanto a la gestión de los sistemas de atención de la salud, que trasladan a otros organismos (de seguridad social o del ámbito de las administraciones públicas) la actuaciones centradas en otro tipo de prestaciones económicas o sociales. Así ocurre de forma nítida en la mayoría de los casos considerados en nuestro análisis.

A título de ejemplo a tener en cuenta en la reestructuración del sistema público mexicano de atención a salud, en aras de la materialización de un modelo universal conviene tener en cuenta las debilidades que introduce a los respectivos sistemas analizados la complejidad de los sistemas burocrático-administrativos (Inglaterra) o la fragmentación entre diferentes instancias territoriales (Chile, España, Canadá), que si bien en algunos casos puede interpretarse desde la perspectiva del ciudadano como una fortaleza por la cercanía al usuario de la gestión directiva, también puede contribuir a la pérdida de efectividad en el conjunto nacional (Chile, España), a potenciar ciertas fórmulas de corporativismo que encarecen la prestación del servicio (Canadá) o a la carencia de coordinación entre diferentes funciones.

No obstante, en el sistema mexicano se están desarrollando algunas fortalezas en el terreno de la gestión, que introducen elementos positivos de cara a la futura creación de un SNS público que alcance la universalidad. En este sentido, se valora positivamente el avance logrado en los últimos años con la extensión del SPSS, que está permitiendo corregir algunas inequidades e incorporar colectivos vulnerables al sistema de protección, así como fiscalizar con mayor intensidad los procesos administrativos y financieros de las instituciones implicadas y de los regímenes estatales, al tiempo que se avanza en una cierta descentralización hacia las entidades federativas en un intento de propiciar una atención de la salud más eficaz.

Se está abriendo espacio a ciertas oportunidades para el objetivo de la universalidad en tanto se desarrollan avances en la discusión sobre la regulación de las funciones financieras y de prestación de servicios orientada a conseguir mayores grados de eficiencia financiera y eficacia general del sistema de atención a la salud. Todos ellos, requisitos esenciales para abordar la necesaria transformación del sistema que demanda un volumen importante de recursos. Son procesos

que han estado y están presentes en otros sistemas analizados como condición de la cobertura universal y que precisan considerables dosis de recursos financieros públicos.

Los recursos de los sistemas de protección de la salud

Persisten diferencias significativas en cuanto a infraestructura y recursos humanos. Las instituciones de seguridad social cuentan proporcionalmente con mayor infraestructura física y los avances experimentados en la consolidación y modernización de la infraestructura y equipamiento en la ss y los Sesa se deben valorar pero no han resultado suficientes para cubrir a cabalidad la creciente demanda de servicios de salud y brindar una adecuada atención, particularmente en ciertas entidades federativas.

La comparación internacional arroja deficiencias muy notables en este terreno, lo que no es de extrañar dadas las diferentes cuantías invertidas en el campo de la salud entre los diferentes países considerados, tal como se analizará en el siguiente apartado. Así, por ejemplo, el número de camas por 1 000 habitantes (indicador genérico estándar para comparar dotaciones sanitarias en el ámbito internacional) en México es la mitad que en España, Canadá o el Reino Unido, y sólo está ligeramente por encima de Costa Rica, un país con menor dotación de recursos financieros.

Cuadro 7.7. Camas de hospital por 10 000 habitantes, 2011

<i>País</i>	<i>Camas por 10 000 habitantes</i>
Canadá	32
Chile	21
Costa Rica	12
México	16
España	32
Reino Unido	33
Estados Unidos	30

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms

Cuadro 7.8. Recursos humanos en la atención de la salud, 2012

<i>País</i>	<i>Médicos por 1 000 habitantes</i>	<i>Enfermeras por 1 000 habitantes</i>	<i>Dentistas por 1 000 habitantes</i>
Canadá	2.07	9.29	1.26
Chile	1.02	0.14	-
Costa Rica	1.32	0.93	0.48
México	2.09	2.53	0.11
España	3.69	5.08	0.48
Reino Unido	2.79	8.83	0.53
Estados Unidos	2.45	9.81	1.16

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OMS

La cantidad de profesionales en conjunto en México es significativamente inferior a las que se registran en los países de referencia. Si bien la dotación global para todo el sistema (público + privado) es superior a la cantidad con la que cuentan Chile o Costa Rica, es claramente inferior a las cifras globales que se observan en los países desarrollados (la suma de médicos más enfermeras). Es interesante constatar, en este terreno, que las diferencias son más acusadas cuando se compara el personal de enfermería que cuando se trata de médicos. Esto parece indicar que a partir de un cierto nivel de gasto el crecimiento de los sistemas de atención a la salud se apoya más en la expansión de las plantillas de personal asistencial o técnico (englobado en el concepto de enfermeras) que en las de personal médico, lo que revela la importancia que se le concede en los sistemas más maduros a las funciones preventivas y asistenciales frente a las puramente curativas.

Es en este ámbito de la atención a la salud donde el esfuerzo en México ha de ser relativamente más intenso, lo que no sólo requiere de la inyección de recursos al sistema de atención a la salud en sí mismo, con los correspondientes desarrollos en materia de infraestructura, sino que también traslada demandas importantes al sistema educativo profesional y superior.

Conviene destacar que en materia de recursos humanos persisten diferencias más o menos marcadas dependiendo de la entidad federativa. La inadecuación es, incluso, más cualitativa que cuantitativa, con fallas en la distribución del personal de salud e incongruencias en las competencias y capacidades del personal de acuerdo con las necesidades del país para que se brinde una atención resolutive y de calidad mejorando los tiempos de espera para recibir esta atención.

El suministro adecuado de recetas médicas constituye otro importante desafío para ese futuro sistema de universalidad en el acceso a las prestaciones.

Las carencias en incorporación de las tecnologías más avanzadas a la medicina son también acusadas en detrimento de los servicios mexicanos de salud. El cuadro 7.9 muestra el uso de una serie de tecnologías hoy ya habituales como instrumento de diagnóstico o terapia en la medicina moderna. Sin duda que el escaso empleo de estos instrumentos en el caso mexicano está en relación con un reducido nivel de gasto en salud, hasta el punto de que este conjunto de indicadores señala una posición notablemente atrasada, por detrás incluso de la que se observa en Chile o Costa Rica.

Con respecto a los países más desarrollados, las diferencias son muy notables, con ratios de uso de estas tecnologías entre cinco y 100 veces menos, según los casos; la comparación más adversa para la medicina mexicana se presenta en el caso de los mecanismos tecnológicos más avanzados. Aquí, de igual modo que lo expresado en el caso de los recursos humanos, el esfuerzo deberá ser funcionalmente doble: por un lado, de inversión en equipos y, por otro, de formación del personal adecuado para su correcta y eficiente utilización, lo cual apunta también a nuevos y adicionales requerimientos en el ámbito del capital humano.

Cuadro 7.9. Indicadores de nivel tecnológico. Utilización de diversas tecnologías por millón de habitantes, 2013

<i>País</i>	<i>Resonancia magnética por millón de habitantes</i>	<i>Tomografías computarizadas</i>	<i>Cámara gamma o medicina nuclear</i>	<i>Acelerador lineal</i>
Canadá	7.99	13.76	20.35	7.59
Chile	4.37	12.6	–	0.68
Costa Rica	0.82	5.13	1.23	1.23
México	1.41	3.65	0.76	0.17
España	8.14	13.85	4.75	3.49
Reino Unido	–	–	–	4.97
Estados Unidos	–	–	–	11.93

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms

Financiamiento del sistema de atención a la salud

Si se está pensando por parte de los poderes públicos en garantizar un mayor acceso efectivo de cualquier persona al conjunto de servicios de salud definidos como prioritarios –ya sea porque tienen un impacto en el nivel de salud de la población en general o porque están relacionados con costos que, de ser absorbidos por las familias, representan riesgos de gasto catastrófico–, el incremento del gasto público en salud es la primera premisa que aparece en ese horizonte; incremento inexcusable y previsiblemente muy significativo respecto a la situación actual.

Cuadro 7.10. Gasto per cápita en salud, 2002 y 2012 (USD PPP)

<i>País</i>	<i>Año</i>	
	<i>2002</i>	<i>2012</i>
Canadá	2877.5	4675.9
Chile	767.4	1606.1
Costa Rica	788.6	1310.6
México	584.2	1061.9
España	1759.9	3144.9
Reino Unido	2195.2	3494.9
Estados Unidos	5578.4	8895.1

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OMS

Pero no se trata sólo de aumentar el gasto público en salud; también resulta fundamental atender a su eficiencia financiera en una perspectiva social. El incremento y la eficiencia en el gasto público en salud es indispensable para revertir las fuertes desigualdades en la atención a la salud, que persisten como resultado de un sistema con distorsiones en la distribución de recursos entre población por tipo de afiliación a las diversas instituciones, las condiciones demográficas y rezagos estructurales de las entidades federativas, los criterios de asignación de los recursos públicos y la diferencia entre los esfuerzos de los gobiernos locales. Conviene resaltar que alcanzar una mayor igualdad y generación de salud y bienestar para el conjunto de la población también significa mejorar las condiciones para el crecimiento económico. Si esta premisa calara en el tejido social mexicano como la corporación política que le representa, se habría avanzado mucho en el camino de la futura implementación de un SNS público de calidad.

En ese camino, el aumento en los recursos públicos asignados a la salud debe acompañarse de mayor calidad y productividad de los servicios, así como de la implementación de un sistema más eficaz y eficiente que comparta las responsabilidades y permita mejorar la provisión de bienes públicos para la salud, como la vigilancia epidemiológica y las campañas de información y prevención. Lograr una mayor eficiencia distributiva del gasto en salud requiere orientar nuevos recursos hacia intervenciones médicas más costo-efectivas y actividades de prevención, además de enfocar los esfuerzos hacia una mayor inversión en infraestructura que ayude a enfrentar la transición epidemiológica.

Cuadro 7.11. Evolución del gasto total en salud, 1995-2012 (porcentaje del PIB)

<i>Años</i>	<i>País</i>						
	<i>Canadá</i>	<i>Chile</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>México</i>	<i>España</i>	<i>Reino Unido</i>	<i>Estados Unidos</i>
1995	9.0	6.5	6.5	5.1	7.4	6.8	13.6
1996	8.8	7.0	6.7	4.7	7.5	6.8	13.6
1997	8.8	7.0	6.4	4.8	7.3	6.6	13.4
1998	9.0	7.4	7.1	4.9	7.3	6.7	13.4
1999	8.9	7.6	6.8	5.1	7.3	6.9	13.4
2000	8.8	7.7	7.1	5.1	7.2	7.0	13.4
2001	9.3	7.6	7.1	5.4	7.2	7.3	14.1
2002	9.6	7.4	8.0	5.6	7.3	7.6	14.8
2003	9.8	7.0	8.1	5.8	8.2	7.8	15.7
2004	9.8	6.6	7.8	6.0	8.2	8.0	15.8
2005	9.8	6.5	7.7	5.9	8.3	8.3	15.8
2006	10.0	6.2	7.8	5.7	8.4	8.4	15.9
2007	10.0	6.4	8.4	5.8	8.5	8.5	16.1
2008	10.3	6.8	9.0	5.8	8.9	9.0	16.5
2009	11.4	7.5	9.7	6.4	9.6	9.9	17.7
2010	11.4	7.1	9.7	6.3	9.6	9.6	17.7
2011	10.9	7.1	10.2	6.0	9.3	9.4	17.7
2012	10.9	7.2	10.1	6.2	9.6	9.4	17.9

Fuente: Elaboración propia, con datos de la oms.

El financiamiento actual del sns mexicano presenta distintos desequilibrios, reflejo de las anomalías propias del diseño y operación del sistema. Hasta 2010 el

gasto privado (51%) era superior al gasto realizado por el Estado (49%), como se muestra en el cuadro 7.5 de este capítulo.

Para el conjunto del sistema, el gasto en salud ha crecido de forma sostenida desde al año 2000 hasta la actualidad, con algunos altibajos a lo largo del periodo. Las diferencias son notables con respecto a otros países, incluidos los latinoamericanos contemplados en el análisis realizado aquí. Se mantiene incluso por debajo del esfuerzo relativo realizado en Chile, que ha disminuido en los últimos años. Con respecto a los países desarrollados las diferencias son muy marcadas: el gasto per cápita en México no corresponde con lo que se desprendería del grado de desarrollo del país (la relación entre gasto en salud e ingreso per cápita en México es de al menos un tercio inferior a lo habitual en los países desarrollados o de un 40% respecto a Costa Rica).

El gasto total en salud como proporción del PIB muestra una tendencia creciente hasta llegar al 6.2% en 2012, pero sigue siendo notablemente menor en comparación con los otros países analizados. Además, mientras que en otros países el gasto público en salud ha representado más de 5% del PIB y ha registrado una tendencia creciente, en México esta proporción solamente se ha mantenido en poco más de 3%. La participación del gasto en salud en el gasto público total en México también permanece reducida en comparación con otros países que han asignado mayores y crecientes proporciones de los recursos públicos totales disponibles para consolidar un sistema universal de acceso a los servicios de salud.

Cuadro 7.12. Algunos indicadores financieros de los sistemas nacionales de salud, 2012

<i>País</i>	<i>Gasto per cápita en salud (USD PPP)</i>	<i>Ingreso nacional bruto per cápita (USD PPP)</i>	<i>% gasto sanidad</i>	<i>Gasto del gobierno en salud (% total salud)</i>
Canadá	4 675.9	42 430	10.9	70.1
Chile	1 606.1	21 310	7.2	48.6
Costa Rica	1 310.6	12 500	10.2	74.6
México	1 061.9	16 450	6.2	51.8
España	3 144.9	31 670	9.6	73.6
Reino Unido	3 494.9	37 340	9.4	82.5
Estados Unidos	8 895.1	52 610	17.9	46.4

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OMS.

El gasto en salud per cápita, tanto público como privado, ha sido creciente desde el año 2000. Aunque las brechas tienden a reducirse, permanecen diferencias importantes entre entidades federativas, lo que revela desequilibrios y deficiencias en la distribución y uso de los recursos. Estos problemas pueden estar asociados a la debilidad de los criterios de asignación presupuestal y el ejercicio mismo de los recursos. Tal heterogeneidad interestatal se combina con diferencias entre el gasto público per cápita para las poblaciones sin seguridad social y el que corresponde a aquellas con seguridad social. Las fuertes disparidades confirman la fragmentación del SNS, y el sesgo a favor de la población con seguridad social implica la persistencia de regresividad en el acceso a los servicios públicos de salud.

El gasto público destinado al financiamiento del SNS ha mantenido un crecimiento importante desde el año 2000: en poco más de una década casi se duplicó a precios constantes, pasó de ser el 46.6% del total del gasto sanitario en el año 2000, al 51.8% 12 años después. Ello ha favorecido principalmente a la población sin seguridad social, en particular desde 2004, con la introducción del Seguro Popular. No obstante, en 2012 persistía el predominio de las erogaciones destinadas a los distintos sistemas de seguridad social, que en conjunto sumaban 28.0% del gasto total, mientras, mientras que los recursos públicos para la población no asegurada representaron 22.3% del gasto total en salud. La participación porcentual de estos dos componentes del gasto público varía claramente entre entidades federativas.

A pesar de la evolución positiva del gasto público en salud, los esfuerzos son aún insuficientes. El crecimiento del gasto público total en salud con respecto al PIB ha sido limitado y se ha reducido la importancia de este componente como proporción del gasto público total.

Por otra parte, la participación creciente del gobierno en el financiamiento de la salud todavía no ha logrado reducir de manera importante el esfuerzo relativo del sector privado en el gasto total. La evolución comparada del gasto privado y del gasto público indica que las tendencias van en el sentido correcto, pero aún faltan esfuerzos y recursos para que el gasto público se consolide como fuente principal de financiamiento del sistema de salud y se cumplan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que ha señalado que el objetivo a largo plazo es reducir el gasto privado a un nivel por debajo del 30% del gasto total en salud.

El gasto de bolsillo que realizan los mexicanos en el momento de recibir la atención médica permanece entre los más altos de los países de la OCDE. El hecho de que el acceso a servicios de salud y medicamentos todavía dependa casi en un

50% de la capacidad privada de compra de los hogares (con una reducida contratación de sistemas privados de aseguramiento) refleja los problemas persistentes de inequidad en el acceso a la salud. Además, la disminución en el gasto privado en salud de los hogares puede estar relacionada con la situación económica adversa de los últimos años, y aunque los gastos catastróficos por motivos de salud han ido disminuyendo, todavía hay hogares en los que el acceso a la atención médica genera riesgos de caer en situación de pobreza o intensificar su grado de marginación.

Datos del Sistema Nacional de Información en Salud señalan que a partir de 2007 el gasto privado en salud per cápita a pesos constantes se ha estabilizado. Esto refleja una menor presión del gasto de salud sobre los ingresos de las familias mexicanas. Algunos estudios incluso señalan que los cambios positivos en el gasto público en este rubro, en particular los del Seguro Popular, han permitido limitar el gasto de bolsillo de las personas no aseguradas y reducir los riesgos de empobrecimiento de las familias por pagos derivados de la atención de enfermedades. Por otra parte, hay estudios que indican que a pesar de los avances en la reducción del gasto de bolsillo, el Seguro Popular no ha logrado revertir totalmente el incremento en el gasto privado per cápita, y advierten que no hay suficientes evidencias para sostener que la implementación del Seguro Popular haya mejorado la salud de los afiliados y la eficiencia en el uso de los servicios de salud.

El gasto público asignado a la población sin seguridad social tiene como principales fuentes de financiamiento las aportaciones federales canalizadas a través del Ramo 12 correspondiente a la ss, las asignaciones de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa) y las erogaciones realizadas por los gobiernos estatales.

De las tres fuentes, el Ramo 12 es el que ha registrado el mayor incremento en su presupuesto, en especial desde 2004, con la creación del spss; desde 2007 sustituyó al Fassa como primera fuente de gasto público para la población sin seguridad social. Sin embargo, se ha señalado la anomalía de que en el periodo 2000-2011 el 52.7% del gasto del Ramo 12 se concentró solamente en seis entidades federativas.

El Fassa nació de la necesidad de descentralizar las responsabilidades y los recursos para acercar los servicios básicos de salud a la población. No obstante, la distribución per cápita de los recursos del fondo también presenta importantes desequilibrios interestatales.

El gasto financiado por las entidades federativas constituye una parte limitada del gasto público nacional en salud dirigido a la población sin seguridad social.

En 2011 significó sólo 14.4% en promedio nacional, con fuertes diferencias entre entidades federativas, y creció menos que los recursos federales en el periodo 2000-2011.

Otro desequilibrio en el gasto público en salud en México se muestra en la gran proporción de los recursos destinados a cubrir el gasto corriente, en detrimento del gasto en capital, pese a que la inversión en infraestructura básica y equipamiento médico resulta imprescindible para asegurar el acceso efectivo de toda la población a un servicio sanitario integral, oportuno y de calidad.

Con el fin de acercarnos a una evaluación de los requerimientos financieros para lograr el desarrollo de un SNS que se acerque a los estándares internacionales conviene realizar un ejercicio sencillo:

Si la meta es que el gasto en salud para todo el sistema se acerque al que en condiciones equivalentes de ingresos se realiza en un país desarrollado de gasto no muy elevado, como es el caso de España, en México se tendría que incrementar el gasto per cápita en salud en algo más del 50% para alcanzar unos 1 650 dólares estadounidenses (en PPP: *purchasing power parity*), lo que significaría un 9.5% del PIB. Ahora bien, si además entendiéramos que en este tránsito hacia un SNPS universal con presencia pública equivalente a la de los países europeos (criterio OMS) el gasto del Estado per cápita tendría más que duplicarse para alcanzar el nivel equivalente de España, esto significaría que el esfuerzo del sector público en salud debería pasar de un 3.3% del PIB registrado en el año 2012 a un hipotético 7.3% del PIB: más del doble del actual.

De manera tosca esta cifra resume el esfuerzo financiero requerido para hacer efectivo un SNPS que opere en condiciones similares a las de los países más avanzados en esta materia. Obviamente, este cálculo aproximado lleva consigo la hipótesis de asunción de un gasto en salud de los más elevados dentro del concierto de los países más desarrollados, aunque en este caso, el de España, sí lleva aparejado un importante grado de eficiencia financiera en la gestión.¹

¹ Aunque los indicadores de eficiencia en este terreno están sujetos a múltiples valoraciones críticas, podríamos considerar para tales efectos el resultado de cada nivel de gasto sobre uno de los indicadores importantes de la salud de la población, como es la esperanza de vida (la esperanza de vida al nacer o el indicador HALE), bajo la hipótesis de una relación directa entre este factor y el gasto público en salud. En este sentido, se observa que para una esperanza de vida de 82 años (o de 73 para el indicador HALE) España gasta el 9.2% de su PIB (equivalente a 3 145 dólares per cápita), mientras que en Estados Unidos, para alcanzar una esperanza de vida inferior, de 79 años (o de 70 en términos HALE), el gasto total asciende al 17.9% de su PIB (es decir, unos 8 900 dólares por persona).

Situación comparativa de la atención a la salud en México a partir de los análisis DAFO de los otros cinco países

Las principales debilidades del sistema se refieren a:

- Su fragmentación.
- La confusión funcional del sistema de seguridad social (particularmente el sistema de pensiones) y el sistema de salud bajo el control de una misma institución.
- La escasa definición de los criterios para la planeación de la oferta de servicios de salud y las deficiencias en el modelo de atención asociadas a la organización institucional.
- Las limitaciones en la infraestructura, recursos humanos y calidad, y efectividad de la atención médica.
- Los servicios determinados por la oferta más que por la demanda.
- La heterogeneidad institucional y regional.
- Los problemas de acceso efectivo.
- La inexistencia de un paquete básico de servicios de calidad para toda la población.
- La elevada participación del sector privado sin regulaciones rigurosas.
- La permanencia de poblaciones sin cobertura y duplicidades de derechohabientes.
- La insuficiencia del gasto público y su ejercicio deficiente
- La distracción de recursos públicos y la falta de rendición de cuentas.
- El elevado gasto de bolsillo.
- La descentralización asimétrica que propicia desigualdades en el acceso a los servicios de salud.
- La atención enfocada a la medicina curativa y muy poco a la prevención.
- Los sistemas de información desarticulados.
- La escasa e inadecuada inversión en infraestructura física para la salud.
- Los desequilibrios en la dotación y calidad de recursos humanos, financieros y materiales con respecto a las necesidades de cada entidad federativa.
- La falta de capacidades de rectoría y de regulación de la ss.
- La falta de articulación entre los niveles de atención.
- La falta de claridad en el proceso de construcción de un SNPS.

Las amenazas que enfrenta la provisión de servicios de atención médica a toda la población en México están relacionadas con:

- Las transiciones demográfica y epidemiológica.
- La escasa recaudación fiscal y la considerable dependencia de la hacienda pública respecto a los ingresos petroleros.
- La incertidumbre en la evolución de los recursos para financiar los servicios públicos de salud y el horizonte de baja recaudación fiscal de las entidades federativas.
- Los bajos niveles de inscripción a la seguridad social.
- El aumento en los costos de atención derivado de la incorporación de tecnologías aplicadas a la salud.
- La determinación de la oferta de servicios de salud exclusivamente por criterios de mercado.
- La judicialización de los servicios de salud.
- La creciente influencia de los grupos de interés en las definiciones de la política de salud.
- Las resistencias corporativas a las reformas institucionales.
- La percepción negativa sobre el funcionamiento de las instituciones públicas de atención a la salud.

En el panorama actual, las principales fortalezas en materia de salud en México se pueden resumir en:

- La protección a la salud como un derecho constitucional.
- La afiliación creciente al SPSS, incluyendo a poblaciones vulnerables, y la instauración de mecanismos legales de asignación de recursos de este sistema a fin de corregir inequidades.
- La ampliación del paquete de servicios incluidos en el SPSS.
- Los avances en la descentralización de la gestión de los servicios de salud hacia las entidades federativas.
- La fiscalización de los procesos financieros y administrativos de las instituciones de salud.
- El crecimiento del gasto público en salud.

Las oportunidades para que México pueda avanzar hacia un SNPS incluyen:

- El consenso, al menos en sus plataformas electorales, en el conjunto de los actores políticos para reformar el sistema de salud.
- Los progresos en la discusión sobre la regulación para la separación de las funciones financieras y de prestación de servicios.
- La disponibilidad de estudios y propuestas sobre la creación de un sistema universal de salud.
- Las coincidencias para diseñar un modelo de salud pública basada en la atención primaria.
- La existencia de un plan estratégico para el desarrollo de la infraestructura en salud.
- Los avances en la regulación de la compra de medicamentos.
- El impulso a la transparencia y rendición de cuentas.
- Las iniciativas para fortalecer programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas.

En este sentido, el contraste de los análisis DAFO elaborados para el resto de los países incluidos en el estudio ofrece resultados significativos que pueden extraerse de la comparación de los cuadros que se ofrecen en las siguientes páginas.

DAPD DEBILIDADES	México	Costa Rica	España
<ul style="list-style-type: none"> Excesiva fragmentación territorial y funcional del sistema de atención a la salud, particularmente en su vertiente pública. Confusión funcional del sistema de seguridad social, pensiones y otras prestaciones laborales, y el sistema de salud bajo el control de una misma institución, con posibles interferencias en lo que a uso de los recursos financieros se refiere. Debilidad en los criterios de planeación de la oferta de servicios de salud, derivada de la insuficiencia de diagnósticos y decisiones de política que permitan definir estrategias de salud que respondan a las previsiones demográficas y epidemiológicas del país. Dedicación en el modelo de atención a la salud, asociadas a la organización institucional, limitado acceso al sistema de salud, limitaciones de infraestructura y recursos humanos y calidad y efectividad de la atención médica. Atención a la salud de naturaleza predominantemente curativa, en lugar de preventiva. Desvinculación de la oferta de servicios de salud con la demanda, que supone la desarticulación entre las condiciones epidemiológicas y geográficas del país y la atención efectiva de servicios médicos de las instituciones de salud pública, lo que facilita que los servicios de salud sean determinados por el lado de la oferta, más que de la demanda. Permanencia de grupos de población sin cobertura por afiliación y duplicidad en el registro de derechohabientes. Desigualdad y problemas de acceso efectivo para toda la población, asociados a la condición de aseguramiento, el funcionamiento institucional y la ubicación geográfica. Inexistencia de un paquete básico de servicios de salud de calidad, que implique la atención a las necesidades médicas elementales de toda la población. Alta participación del sector privado sin regulaciones rigurosas, que implique la intervención competitiva de servicios privados de salud con el sector público, en vez de ser complementaria. Insuficiencia del gasto público y baja capacidad fiscal de la hacienda pública para hacer frente a los requerimientos de un sss de estándares internacionales. Ejercicio deficiente del gasto público y de la administración institucional, distracción de recursos públicos y falta de rendición de cuentas, particularmente a nivel estatal. Elevado gasto privado y de bolsillo, relacionado con la escasez de gasto público en el sss. Descentralización asimétrica entre los estados, derivada de las diferencias en la responsabilidad asumida sobre la delegación de competencias de salud, que ha propiciado desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Existencia de sistemas de información desarticulados y parciales en las distintas instituciones del sistema público. Escasa e inadecuada inversión en infraestructura física en salud, que contrasta con los recursos públicos asignados a gasto corriente. Desequilibrios en la dotación y calidad de recursos humanos, financieros y materiales con respecto a las necesidades de cada entidad federativa Falta de capacidad rectoría de la Secretaría de Salud en funciones de planeación, regulación y dirección institucional. Falta de articulación entre los niveles de atención (principio de médico referente), que regularía la canalización de los pacientes desde las unidades de atención primaria hasta las unidades de alta especialización. Ausencia de claridad en el proceso de construcción de un Sistema Nacional Público de Salud, ya que no existe consenso sobre la cobertura, financiamiento y la participación del sector privado en el modelo de salud a seguir. 	<ul style="list-style-type: none"> Corporativismo médico "family doctor". Las tarifas se negocian en cada provincia con los Colegios profesionales. Elevadas retribuciones de los médicos. Diferentes modelos de acto médico, salario + incentivos asociados a programas de salud pública, salud mental, resultados). Diferencias entre las provincias. Insatisfacción de los ciudadanos por tiempos de espera, listas de espera en intervenciones electivas y pagos de algunos medicamentos de tratamiento largo. Cartera de servicios uniformes según principios de <i>medicare</i> pero no iguales entre las provincias. (prestaciones complementarias) Bajo protagonismo de enfermería y otros profesionales de cuidados (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos) El <i>medicare</i> cubre la atención médica y hospitalaria, pero no cubre, oftalmología, odonología, rehabilitación, podología, psicología clínica. Desigualdades en salud interprovinciales en prestaciones y en resultados en salud Aumento del sector privado: prestaciones de los seguros privados colectivos (por empresa) y particulares que cubren prestaciones complementarias al <i>medicare</i> y generan insatisfacción de los ciudadanos. Control de costes; ineficiencias del sistema (organizacionales, intervenciones coste-efectivas, excesiva medicalización). Exigencias de más descentralización y autonomía de las provincias. 	<p><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> La municipalización de la atención primaria quiebra la coordinación entre resoluidividad y prevención. Descentralización administrativa pero no política y económica. Tosenería (Ponasa) actúa sin responsabilidad administrativa. Financiamiento del eis vía va. <p><i>Costa Rica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> No se ha logrado la incorporación formal de toda la población al sistema, con derechos y responsabilidades. El sistema de referencias y contrareferencias entre los diferentes niveles de atención no siempre opera de la forma como corresponde, en muchos casos debido a que los propios asegurados asisten de una vez a niveles superiores. No se ha logrado la implantación del segundo turno de atención que tendrá un fuerte impacto en la reducción de las listas de espera, en gran medida por presiones de los diferentes gremios presentes en el sistema. No hay sistemas de medición de la satisfacción de los asegurados, de la productividad ni de costos, además de una alta burocratización que lleva a mayores costos de prestación de los servicios y que no benefician a los asegurados. 	<p><i>Inglaterra</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Estructura organizativa muy compleja y burocratizada. Además, cambiante con los diferentes gobiernos nacionales. Sistema de financiamiento complejo, basado en una regla matemática excesivamente complicada y poco sensible a los factores coyunturales. Gasto creciente y necesidad de su control, en defecto de solucionar ingresos. Gran y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto sanitario total. Excesiva liberalización y apertura al mercado, generando espacio para comportamientos oportunistas por parte del sector privado. Zonas de ambigüedad en relaciones público-privado. Vinculación gestores.

<p>2020</p> <p>México</p>	<p>AMENAZAS</p>	<p>Perfil de salud de sociedades avanzadas: impacto del envejecimiento y las enfermedades crónicas, necesidad de transformación del modelo de atención de enfermedades agudas al de atención de las enfermedades crónicas.</p> <p>El plan de 10 años 2004-2014 para fortalecer la atención terminó en el año fiscal 2013-2014. Chrisd del principio de solidaridad financiera entre las provincias. Debate político sobre la transparencia en salud.</p> <p>Dificultades de financiamiento en general, pero sobre todo para mantener los aportes adicionales a las provincias menos ricas. A partir de 2014 el modelo propone el ajuste per cápita.</p> <p>Los gobiernos provinciales que pueden recaudar más impuestos indirectos quieren más autonomía financiera y presupuestaria.</p> <p>Costos sanitarios en aumento <i>versus</i> incentivos perversos de los médicos y medicalización de la sociedad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Transición demográfica y epidemiológica, con cambios en las necesidades relativas al cuidado de la salud. • Acelerada evolución tecnológica en el sector de la salud que enfatiza la necesidad de economías de escala, pero al tiempo incorpora rendimientos decrecientes (costos marginales crecientes) en la gestión económica del sistema. • Esto significa incrementos significativos en los costos de atención derivados de la incorporación de tecnologías aplicadas a la salud (escasa generación de economías de escala). • Baja recaudación fiscal, posibilidad de reducción de los ingresos petroleros y permanencia de una gran dependencia de la hacienda pública respecto a estos ingresos durante un extenso periodo. • Incrementarse en la evolución de los recursos para financiar los servicios públicos de salud en el largo plazo (sostenibilidad). • Permanencia de altos niveles de evasión y elusión fiscal y bajos niveles de inscripción a la seguridad social (informalidad). • Horizonte de baja recaudación fiscal (ingresos propios) de las entidades federativas. • Determinación de la oferta de servicios de salud exclusivamente por criterios de mercado, lo que dificulta el objetivo final de eficiencia en términos de mejora generalizada de la salud y la calidad de vida de los mexicanos. • Judicialización de los servicios de salud ante la indefinición de los contenidos del sistema de atención pública. • Creciente influencia de los grupos de interés en las definiciones de la política de salud, lo que introduce dificultades adicionales al desarrollo del proceso reformista en camino hacia el sns. • Resistencias corporativas a las reformas institucionales, tanto internas como externas al sistema público de atención a la salud, que podrían surgir de grupos de interés (asociados, por ejemplo, a la industria farmacéutica, aseguradoras y redes hospitalarias privadas) y colectivos laborales ante las decisiones de regulación en la participación del sector privado en servicios médicos y la reconfiguración del sistema público de salud. • Percepción negativa de la población sobre el funcionamiento de las instituciones públicas de atención a la salud, que puede generar apoyos políticos al desarrollo de la reforma del sistema hacia un modelo universal demandante de recursos fiscales de mucha mayor importancia que en la actualidad. 	<p>Canada</p>	<p>Tendencia a continuar crisis financiera con crisis del sns: lo coyuntural con lo estructural, la reforma del modelo con la liquidación del mismo.</p> <p>Reversibilidad de universalidad y equidad sin información ni debate, por desaparición del consenso básico. Camino a 17 servicios de salud.</p> <p>Fuente tendencia a la privatización de los hospitales, especialmente los nuevos.</p> <p>Recorte de recursos por disminución del crecimiento económico.</p> <p>Envejecimiento de la población y aumento de problemas sociosanitarios.</p> <p>Encarecimiento de tecnología y medicamentos innovadores. Exigencias de mayor calidad y confort. Demanda de nuevas prestaciones.</p> <p>Escasos de facultativos por ahorro: menos titulados y aumento de los que emigran (a Inglaterra, Suecia, Estados Unidos). Recortes de cartera de los servicios del sns.</p> <p>Pérdida del atractivo en cuanto a medios (equipamiento y especialidades) y pérdida de estabilidad en el empleo (estatutario). Acelerada sustitución de profesionales nacionales por extranjeros, en especial sudamericanos.</p> <p>Fortalecimiento y apoyos al sector privado: deterioro de la calidad del servicio público inducido para incentivar privatización. Lucro por privatización puede incrementar costos.</p>
	<p>Chile</p>	<p>Inglaterra</p>
	<p>Costa Rica</p>	

DAFO	MÉXICO	CANADÁ	ESPAÑA
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> Atención a la salud como derecho constitucional. Avances en la cobertura universal de salud en los últimos años (incremento de la población cubierta mediante la afiliación al sss). Establecimiento de un mecanismo legal para la asignación de recursos del sss que intenta corregir inequidades (gasto irreductible). Asignación per cápita de recursos públicos en el sss. Incorporación de poblaciones vulnerables en el sss. Ampliación del paquete de servicios de salud para los afiliados al sss, incluyendo intervenciones de alto costo que pueden generar gasto catastrófico. Avances en la descentralización hacia las entidades federativas de la gestión de los servicios de salud para propiciar una atención más eficaz. Fiscalización de los procesos financieros y administrativos de las instituciones de salud, incluyendo los regímenes estatales de protección social en salud (tssps). Crecimiento del gasto público en salud en los últimos años. 	<ul style="list-style-type: none"> Estado federal "ejecutivo", delegación de competencias y mecanismos de consenso y control. Cobertura universal. Modelo mixto: financiamiento público, modelo Beveridge y provisión público/privada. Formulación, implementación y evaluación de políticas de salud pública Gasto total en salud como porcentaje del PIB (11.2 % ocnf 2011): Una atención primaria fuerte con alto protagonismo de los médicos a familia. La sostenibilidad del sistema de salud es un compromiso y una prioridad política de los gobiernos. Liderazgo, rectoría y gobernanza. Ministerio de salud federal y ministerios provinciales. Apuesta por valores como igualdad, equidad y resultados en salud. Reducción de desigualdades en salud: poblaciones vulnerables (por nivel de ingreso, discapacidad, desempleo, internos en instituciones penitenciarias) o étnicos (Primeras Naciones, Inuits). Red asistencial con buena dotación de infraestructuras, equipamiento y tecnologías. Inversión pública en investigación en salud pública, evaluación de tecnologías sanitarias y de medicamentos. Establecimiento de normas y estándares de calidad y seguridad clínica (traslación de conocimiento a otros sistemas sanitarios). 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica universalización y equidad básica de acceso. Buena valoración. Buena formación del personal sanitario. Accesibilidad. Proximidad al paciente en asistencia primaria de calidad (<i>gatekeeper</i>). Gestores con experiencia creciente. Aceptación de enfoques empresariales. Red asistencial con buena dotación tecnológica. Gasto sanitario total que permite crecimiento si la economía crece. Amplia cartera de prestaciones. Diferencias de calidad dentro de límites aceptables. Equilibrio territorial. Creciente interés por el sector sanitario de inversores privados y empresas de capital riesgo. Proceso de consolidación y de fortalecimiento empresarial tanto del sector asegurador privado como del provisor, con aparición de redes hospitalarias privadas de alcance nacional.
		<ul style="list-style-type: none"> Aumento del gasto público sobre el privado en salud. Garantía explícita en salud con alta legitimidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Universalidad, equidad de acceso y casi gratuito; con un sistema de copago que considera el nivel de ingreso de los pacientes. Buena valoración. Buena formación del personal sanitario. Accesibilidad. Proximidad al paciente en asistencia primaria de calidad (<i>gatekeeper</i>). Gestores con experiencia creciente. Aceptación de enfoques empresariales. Red asistencial con buena dotación tecnológica. Amplia cartera de prestaciones. Diferencias de calidad dentro de límites aceptables. Equilibrio territorial.
		<p style="text-align: center;"><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Es un sistema con un único prestador público de servicios de salud (seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social), y un rector independiente de la prestación de los servicios –también público (Ministerio de Salud). Se financia principalmente con contribuciones tripartitas (trabajadores, patronos y Estado), que son directas y progresivas, situación especialmente importante porque los impuestos en el país son principalmente indirectos y tienen un carácter regresivo. 	<p style="text-align: center;"><i>Inglaterra</i></p>

<p><i>Brasil</i></p>	<p><i>México</i></p>	<p><i>Canadá</i></p>
<p><i>OPORTUNIDADES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Clima político favorable para impulsar una reforma al sistema de salud. ● Avances en la discusión sobre la regulación para la separación de las funciones financieras y de prestación de servicios a fin de incrementar la eficacia y la eficiencia del sector salud, entre otros temas. ● Plan estratégico para el desarrollo de la infraestructura en salud. ● Estudios y propuestas sobre la creación de un sistema universal de salud. ● Conciencias para diseñar un modelo de salud pública basado en la atención primaria. ● Regulación de la compra de medicamentos. ● Impulso a la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno. ● Fortalecimiento de programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reorientación de la organización sanitaria hacia modelos integrados de atención (<i>integrated care</i>) para la atención a los pacientes crónicos y adultos frágiles. ● Evaluación del impacto de políticas públicas orientadas a la equidad en salud y acceso a los servicios. ● Innovaciones organizativas: red de cuidadores integrados sanitarios y sociales (Quebec). ● Participación de la sociedad civil en el planificación, evaluación y control. ● Profesionalización (profesionales y gestores altamente calificados). ● Red de agencias de investigación, de calidad y de gestión del conocimiento. ● Sistemas de información muy potentes y avanzados (CMI). ● Desempeño del sistema sanitario público basado en resultados en salud, experiencia del paciente y eficiencia. 	<p><i>España</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● La necesidad de reformas es ocasión para un debate a fondo del modelo, liderado por el gobierno y entidades independientes. Informes y evaluaciones públicas. ● La transferencia sanitaria a las comunidades autónomas posibilita surgimiento de polos de innovación y alternativas de modelos y emulación. ● Desarrollo en ámbito nacional de la sociedad de la información en el sistema sanitario, con impulso de la implantación de tecnologías de la información (e-salud). ● Usuarios y pacientes más informados. ● Impulso de la Unión Europea por la necesidad de que el sss se relacione con sistemas europeos. Mejoras de formación. ● Colaboración del conjunto de empresas sanitarias en la modernización del sistema.
	<p><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo de un sistema de salud mixto articulado con un énfasis en la atención primaria de salud, con el propósito de avanzar decididamente hacia la prevención. ● 84% de la población se encuentra en el sector público. ● Fondo de Compensación de Riesgos. <p><i>Costa Rica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● La reciente crisis financiera que se presentó en la institución ha llevado a la revisión de varios aspectos de la gestión institucional, que podrían resultar en una mayor sostenibilidad financiera, así como en mejoras en la provisión de servicios. ● El fortalecimiento y ampliación de los servicios de atención primaria de la salud ha tenido un efecto directo en los demás niveles de atención. 	<p><i>Inglaterra</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● La investigación médica. ● Nuevas formas de cooperación público-privada. ● Nuevas formas de co-gestión con representantes de la sociedad civil. ● La necesidad de reformas es ocasión para un debate a fondo del modelo, liderado por el gobierno y entidades independientes. Informes y evaluaciones públicas. ● Usuarios y pacientes más informados. ● Colaboración del conjunto de empresas sanitarias en la modernización del sistema.

Conclusiones

El marco legal del actual modelo de prestación de servicios de salud en México resulta complejo y ha frenado la integración funcional de las instituciones, que mantienen una estructura general de servicios de salud notoriamente fragmentada. Las instituciones de seguridad social se rigen por legislaciones particulares, lo que se traduce en la protección de salud exclusiva de trabajadores formales, y no se ha establecido un conjunto de regulaciones estrictas sobre los servicios de salud del sector privado. Por ello, la estructura del SNS en México no constituye propiamente un sistema integrado de salud. Persisten anomalías importantes, como la dispersión de responsabilidades, la desarticulación institucional, la duplicidad de funciones y programas públicos, y la ineficiencia y distracción de recursos financieros, materiales y humanos.

La heterogeneidad en los derechos a la protección de la salud otorgados a los distintos tipos de población se traduce en diferencias importantes en el acceso y la cobertura de los servicios. Esta situación continuará mientras no se desvinculen el derecho y acceso a la salud de la condición laboral ni se construya un sistema integral y universal de protección social de la salud.

A pesar del crecimiento en la afiliación que sostienen las cifras oficiales, no se puede afirmar que se haya alcanzado la cobertura universal en salud. Para lograrlo no basta con afiliar a toda la población (cobertura legal), sino que se necesita instrumentar estrategias para establecer un paquete común de servicios accesible a todos y asegurar la calidad, efectividad, pertinencia y oportunidad de los servicios de salud pública que ayuden a disminuir el gasto de bolsillo y eliminen el gasto catastrófico.

Avanzar hacia esta cobertura universal requiere de incrementos en el gasto público en salud y de una mayor eficiencia en su ejecución, que resuelva las distorsiones en su distribución e incremente la calidad y productividad de los servicios de salud. En especial, mediante una mayor orientación de recursos hacia intervenciones más costo-efectivas y actividades de prevención, así como a través de enfocar los esfuerzos hacia una mayor inversión en infraestructura que ayude a enfrentar la transición epidemiológica. Dependiendo de las hipótesis que se consideren para la construcción de un sistema público universal se requeriría más que duplicar la cuantía de gasto público en salud en relación con el PIB.

De continuar en esa línea de universalización de las prestaciones, será preciso atender a las fuentes de financiamiento. Habrá que tratar de armonizar las

fuentes de ingresos, teniendo en cuenta los problemas de cobertura y otras consideraciones económicas que se derivan de la conformación actual de las fuentes financieras: cotizaciones de empresarios, trabajadores y presupuesto público. Adicionalmente, como cuestión de primer orden, un proyecto de estas características se enfrenta al sempiterno raquitismo del sistema tributario mexicano, cuyas recaudaciones se sitúan entre las más exiguas del mundo.

CAPÍTULO OCTAVO

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

CIRO MURAYAMA RENDÓN, JESUSWALDO MARTÍNEZ SORIA Y SANTOS M. RUESGA BENITO

Introducción

Con el estudio del sistema de salud actual de México, resumido en el capítulo anterior, se identifican las principales deficiencias de su estructura y funcionamiento, y sus limitaciones para alcanzar una cobertura con servicios de mayor calidad para toda la población. Sobre la base de ese diagnóstico y del análisis del sistema nacional de salud (SNS) de algunos países como España, Reino Unido, Canadá, Costa Rica y Chile, que se han tomado como referentes relevantes de la experiencia internacional, se pretende establecer aquí un conjunto de recomendaciones para mejorar el diseño y operación de un Sistema Nacional Público de Salud (SNPS).

Las recomendaciones que aquí se proponen para avanzar en la construcción de un verdadero SNPS en México no constituyen un ejercicio inédito ni aislado. En los últimos años, varias instituciones, grupos de investigación y consultores han realizado estudios y formulado propuestas en este sentido. Entre ellos se pueden citar: la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud, 2012), el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY, 2012 y 2013), el Grupo Nuevo Curso de Desarrollo (2012), el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) (Aguilera y Scott, 2010) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2011). Asimismo, la propuesta elaborada por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (Muñoz, 2012), la propuesta de Santiago Levy (2010), el análisis del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (CIEP) (Cruz Guerrero, 2012), la propuesta de Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C. y la Universidad Autónoma Metropolitana (2009), y el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), entre otras aportaciones analíticas

y propositivas.¹ Se contemplan también las propuesta de reformas más recientes en este terreno por parte del gobierno federal.

Aunque las investigaciones sobre el sistema de salud en México y las propuestas para modificarlo han sido numerosas, los acuerdos sobre el diseño y la operación de un nuevo sistema de salud no son abundantes. No obstante, el debate público ha arrojado coincidencias importantes.

Estudios y propuestas sobre la construcción de un SNS en México

Los estudios y propuestas para reformar el SNS que se encuentran en la literatura reciente ofrecen distintas alternativas para configurar un nuevo sistema que permita subsanar las deficiencias actuales en la atención de la salud. En la mayoría de los estudios se logran identificar algunas coincidencias respecto al diagnóstico, medidas y propósitos para construir un nuevo modelo de salud. Algunos de los aspectos más destacables se comentan a continuación.

En general, se reconoce que la protección a la salud constituye un derecho que, de acuerdo con la Constitución mexicana, el Estado tiene el deber de garantizar para toda la población. Por ello, la construcción del SNS requiere asegurar una cobertura universal efectiva de servicios de atención de la salud que sean de calidad, suministrados de forma gratuita, que favorezcan la equidad en el acceso a la atención y limiten el gasto de bolsillo.

Como la cobertura universal en salud no se garantiza automáticamente a través de la afiliación de la población a instituciones públicas de salud, se requiere reforzar las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, adecuación y aceptabilidad de los servicios de salud.

Para reformar el actual esquema fragmentado e ineficiente de atención a la salud y avanzar en la consolidación de un verdadero SNPS se necesitan adecuaciones al marco normativo que permitan:

- Desvincular el derecho a la atención de la salud de la condición laboral.
- Distinguir legal y funcionalmente el seguro de salud de las demás prestaciones brindadas por las instituciones de seguridad social.

¹ Véase a este respecto el detalle de las propuestas de algunas de ellas en el Anexo 2 del primer capítulo de este libro.

- Fortalecer la separación entre funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud. Los cambios legales deben sustituir la integración vertical con segregación de grupos poblacionales (particularmente entre trabajadores informales excluidos de la seguridad social y trabajadores formales) por una organización horizontal por funciones.
- Establecer las bases de una rectoría del Estado más efectiva en materia de salud, en particular con el fortalecimiento de la autoridad de la Secretaría de Salud (ss).

Un nuevo sns debe ofrecer un piso mínimo de servicios de atención a la salud para toda la población. En varias propuestas se hace hincapié en la necesidad de incluir la provisión oportuna de determinados medicamentos en la definición de este paquete básico. Algunas propuestas coinciden en que las prestaciones de atención a la salud, otorgadas actualmente a los derechohabientes del IMSS, pueden constituir la base para definir el piso mínimo universal.

En materia de financiamiento, es patente la necesidad de incrementar los recursos públicos para la atención de la salud y que los impuestos generales sean la fuente principal de financiamiento del sistema de salud. Un señalamiento común es la pertinencia de establecer un fondo único mancomunado financiado por estos impuestos.

No obstante los puntos de consenso, los distintos estudios asumen posiciones particulares respecto la problemática de la salud y sus soluciones.

Financiamiento

Sobre el financiamiento del sns, el Grupo Nuevo Curso de Desarrollo (2012) recomienda incrementar sistemáticamente, en términos reales, la inversión pública en salud en el transcurso de la próxima década para lograr duplicar el gasto en salud como proporción del PIB.

No obstante la postura generalizada que apoya el incremento de los recursos públicos para la creación de un nuevo sistema de salud, se ha generado una amplia controversia sobre las fuentes de financiamiento. Por ejemplo, el CEEY (2012 y 2013), Levy (2010) y Funsalud (2012) proponen la eliminación de las contribuciones obrero-patronales correspondientes al IMSS e ISSSTE, lo que generaría mayores presiones presupuestarias al gasto público en salud. Para contrarrestar este efecto, el CEEY y Levy recomiendan implementar una generalización del impuesto al

valor agregado (IVA) como fuente adicional de recursos públicos para la salud, aunque la OPS (2013) advierte el carácter regresivo de esta fuente de financiamiento.

El Coneval propone que el financiamiento se base en impuestos generales con destino específico, a través de un subfondo del Fondo Nacional de Seguridad Social Universal.

Por su parte, Funsalud (2012) recomienda crear o reasignar impuestos especiales a la producción y consumo de artículos que representan un riesgo para la salud, y etiquetarlos para financiar el sistema de salud universal.² Su propuesta también incluye la creación de un fondo de atención de alta especialidad que mancomunee los riesgos financieros de toda la población para atender enfermedades e intervenciones de alto costo.

Algunos estudios han estimado el nivel de recursos públicos adicionales que supondría implantar un modelo de atención universal en salud, con un paquete básico de intervenciones y medicamentos cubiertos. Por ejemplo, el CIEP (Cruz Guerrero, 2012) consideró que el gasto público adicional que hubiera representado la eliminación de las cuotas (del Seguro Popular, IMSS e ISSSTE) con la homogeneización de los paquetes de servicios en salud (considerando los servicios cubiertos por el IMSS como paquete básico) y la afiliación efectiva de la población sin seguridad social habría sido igual a 723 552 millones de pesos (mdp), equivalentes a 5% del PIB en 2010 y 690 836 mdp (5.3% del PIB) en 2011.

A su vez, en los trabajos de Durán (2012) y Durán *et al.* (2012) se proponen cálculos de las necesidades de recursos humanos y materiales para configurar un sistema universal de atención primaria en el país. Al considerar un esquema de atención primaria en el que cada médico pudiera atender a 2 000 personas, y tomando en cuenta los cerca de 14 000 médicos familiares que tiene el IMSS, en Durán *et al.* (2012) se calcula que se requeriría contratar a 42 000 médicos adicionales. Si se les pagara 50 000 pesos mensuales, el presupuesto anual dedicado a esta contratación de personal médico sumaría 27 400 millones de pesos. Este monto podría quedar cubierto por las aportaciones que actualmente realiza el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a las entidades federativas.

Estos autores estiman gastos de operación anuales de este nuevo sistema (incluyendo los salarios de personal de enfermería y auxiliar, el consumo de bienes, los gastos de mantenimiento y los servicios generales) equivalentes a 22 809 millo-

² La reforma hacendaria de 2013 ya incluye impuestos especiales a los productos de alta densidad calórica, cuya recaudación podría destinarse al financiamiento de la salud pública.

nes de pesos. A ello suman un gasto promedio para infraestructura y remodelación que asciende a 3 457 millones de pesos. De esta forma, el costo anual total para implementar el nuevo modelo de atención universal de primer contacto se estimó en 53 756 millones de pesos. Durán (2012) señala que serían necesarios más de 12 años para llevar a cabo la implementación de un nuevo sistema de salud basado en la atención primaria.

Entre los estudios que han abordado el financiamiento de la salud destaca el trabajo realizado por el CIDE (Aguilera y Scott, 2010), en el que se establecen proyecciones actuariales sobre el gasto en salud en el país y se analizan diversas alternativas de reforma fiscal para el financiamiento de un sistema integral de salud a través de impuestos generales. Aguilera y Scott consideran que en un escenario en el que no se modifiquen las condiciones actuales del sistema de salud (*statu quo*) el gasto total en salud en 2030 podría representar el 7.8% del PIB. Este incremento sería atribuible en un 40% al cambio demográfico y en un 60% a otros factores como la elasticidad, el ingreso del gasto en salud, los avances tecnológicos y el aumento de precios. De mantenerse el sistema actual, la regresividad del gasto público sólo disminuiría en forma limitada.

Si se considera la creación de un sistema integrado de salud basado en dos pilares –gasto público y privado–, para 2030 los recursos públicos adicionales representarían alrededor de 3.7% del PIB. En el caso de un modelo de tres pilares –impuestos generales, contribuciones obrero-patronales y recursos privados–, el incremento proyectado de recursos públicos equivaldría a 1.4% del PIB.

El estudio advierte que la eliminación del financiamiento contributivo no cambiaría sustancialmente la distribución del financiamiento público total, pero incrementaría la participación en el gasto de los deciles de menores ingresos. Según las estimaciones de los autores, generalizar el IVA y asignar los recursos así generados al financiamiento de un sistema integrado de salud tendría como efecto una disminución de la progresividad del financiamiento del sistema. No obstante, se señala que la mejora en la progresividad del gasto asociada al incremento en los recursos del sistema compensaría ampliamente la pérdida de progresividad en el financiamiento.

Las propuestas del CEEY (2012 y 2013) y de la OPS (2013) coinciden en la necesidad de relacionar la asignación de los recursos públicos a las instituciones de salud con su desempeño y con los efectos que tiene su desempeño sobre la salud de la población. Es decir, proponen sustituir la asignación inercial de recursos basada en presupuestos históricos por una gestión estratégica y eficiente de servicios.

Esta propuesta sigue la lógica de la asignación de recursos públicos establecida por el presupuesto basado en resultados.

Atención primaria y prevención

Tanto la atención primaria como la prevención son funciones sobre las que hay consenso en las distintas propuestas para crear un modelo de atención universal en salud. Sin embargo, la forma de implementación adopta distintas vías; por ejemplo, la estructuración de la atención primaria alrededor de redes integradas de servicios de salud.

En 2006, la ss propuso el Modelo Integrador de Atención Primaria a la Salud, cuyo objetivo era que para el año 2025 la atención a la salud fuera otorgada a través de un modelo descentralizado, funcional e integrado de atención a la persona, la familia y la comunidad, con carácter preventivo y curativo, basado en las necesidades de la población.

Por su parte, el Grupo Nuevo Curso de Desarrollo (2012) propuso establecer un esquema de atención primaria con al menos un médico por cada 3 000 habitantes, la consolidación de unidades de salud para crear centros de salud, así como conglomerados de atención hacia los hospitales generales e institutos de especialidades.

El CEEY, Coneval y Funsalud coinciden en que las acciones de salud pública dirigidas a la comunidad y la atención universal a la salud individual y familiar deben financiarse con un fondo único de salud basado en impuestos generales. El Coneval destaca la pertinencia de atender especialmente a los grupos vulnerables con un grado elevado de marginación.

Asimismo, en los distintos estudios se plantea la importancia de promover la corresponsabilidad y el empoderamiento de la población en el cuidado de su salud.

Convergencia institucional, portabilidad y mejora de los servicios

De acuerdo con el INSP (2011), para avanzar en la construcción de un SNS que integre los diferentes subsistemas en redes de atención de calidad homogénea se necesita reforzar la convergencia y portabilidad de los servicios de atención a la salud.³ Se requiere consolidar el sistema de acreditación y certificación de las

³ Ver en especial el análisis del INSP (2011) sobre las problemáticas de portabilidad y convergencia de servicios entre las diversas instituciones del SNS.

unidades médicas para fomentar una mayor homologación de las prestaciones en el campo de la salud que brindan las diversas instituciones.

La elaboración de un padrón único de beneficiarios, propuesta que cuenta con un respaldo generalizado, permitiría la constitución de un expediente clínico electrónico y la implementación de guías de práctica clínica en todas las instituciones proveedoras de servicios, y ayudaría a la integración funcional.

Ante la integración institucional, el Coneval plantea la necesidad de mecanismos de compensación económica y transferencia de recursos entre instituciones proveedoras de servicios de salud.

En los diversos estudios se ha señalado también de manera reiterada la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud, el suministro de medicamentos e insumos, la rendición de cuentas y la transparencia tanto de las instituciones públicas como de los prestadores de servicios de salud. En particular, cobraría relevancia la puesta en marcha de un sistema integral y único de información para monitorear y evaluar el desempeño de los servicios de atención a la salud.

El Coneval y la OPS coinciden en la pertinencia de adecuar los recursos humanos disponibles a las necesidades del país. Se señala de manera particular la importancia de redefinir el esquema de formación del personal médico.

Participación del sector privado en el cuidado de la salud

En el debate sobre la construcción de un nuevo SNS se han presentado temas controvertidos, como la participación de prestadores de servicios de salud del sector privado. La Funsalud y el CEEY abogan por un modelo mixto con el establecimiento de redes plurales de atención por niveles escalonados, en las que podrían participar unidades médicas privadas certificadas.

En contraparte, los investigadores de la UAM-Xochimilco se inclinan por un modelo público de atención en salud que excluya la participación del sector privado como competidor del sector público; se advierte que su intervención debe ser estrictamente regulada. La OPS (2013) también defiende la idea de una participación limitada y muy controlada del sector privado, y respalda su argumentación con evidencias sobre las experiencias problemáticas de la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud en Chile y Colombia.

Propuestas oficiales sobre la reforma del sistema mexicano de atención a la salud

El gobierno federal, a través de la ss, ha expresado la importancia de instrumentar acciones para mejorar el sistema de salud del país. Para asegurar el acceso a los servicios de salud, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se establecieron estrategias para fortalecer la protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades, mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad y avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

En el diagnóstico de la ss se reconoce un conjunto de anomalías y desafíos que enfrenta el sistema de salud, como la fragmentación institucional, las duplicidades en la cobertura y financiamiento de los servicios, las ineficiencias en el uso de los recursos públicos y el elevado gasto administrativo, la desigualdad en los servicios de salud de las entidades federativas, las transiciones demográfica y epidemiológica, y la necesidad de fortalecer el acceso efectivo y el primer nivel de atención.

Para solventar estas anomalías, la doctora Mercedes Juan, titular de la ss de diciembre de 2012 a febrero de 2016, señaló en el Senado de la República que se promovería una reforma al artículo 4º constitucional que permitiera la creación de un sistema nacional de salud universal para asegurar el acceso efectivo y con calidad de todas las personas a los servicios de salud, independientemente de su condición social, laboral o territorial.⁴ Esta propuesta de modificación constitucional enfatiza que los recursos para el financiamiento del sistema se deberán administrar con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez.

La propuesta de reforma al sistema de salud implica la modificación de las principales leyes que regulan el sector salud, la seguridad social y la hacienda pública, y consiste en implementar tres medidas centrales: *a*) introducir garantías explícitas en salud; *b*) establecer una instancia que fiscalice y garantice el acceso a los servicios de salud, y *c*) crear la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal.

La introducción de garantías explícitas para la salud supone definir un cuadro de intervenciones que incluyen estándares de calidad y tiempos máximos

⁴ Participación de la titular de la SS, Mercedes Juan López, en la Semana de Seguridad Social 2014, en el Senado de la República, 25 de abril de 2014. Disponible en: <<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/versiones/12336-participacion-de-la-secretaria-de-salud-mercedes-juan-lopez-en-la-semana-de-seguridad-social-2014.html>>.

de espera, incrementar gradualmente la lista de intervenciones bajo la figura de garantías explícitas y homologar la capacidad de respuesta de las instituciones.

El establecimiento de una instancia para fiscalizar y garantizar el acceso implica la creación de un órgano que vigile el acceso a los servicios de salud y que haga exigibles para los usuarios las garantías explícitas. Esta instancia sería independiente de las prestadoras de servicios y tendría facultades para obligar a las instituciones a prestar los servicios o a pagar la atención del paciente por parte de un proveedor alternativo.

La Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal se integraría con las principales instancias prestadoras y pagadoras de servicios de salud (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular) y estaría dirigida por dos instancias rectoras (la Secretaría de Hacienda y la ss). Tendría entre sus funciones la de identificar intervenciones susceptibles de contar con garantías explícitas, determinar costos y tarifas para pagar la prestación de los servicios, formalizar convenios de intercambio de servicios y establecer los mecanismos para garantizar el pago de servicios por la prestación cruzada entre instituciones.

Las medidas consideradas en la reforma prevista por la ss representan un esfuerzo loable por mejorar distintos aspectos del sistema de salud. Sin embargo, es importante advertir que el sentido de algunas de ellas podría conducir a resultados desfavorables para el sistema público de salud.

El reconocimiento al derecho de exigibilidad de servicios de salud por parte de los usuarios es una buena base para asegurar el acceso efectivo, pero el cumplimiento de esa exigencia a través la canalización de los pacientes a “proveedores alternos” y el pago de sus servicios puede generar un traslado de los afiliados de las instituciones públicas al sistema hospitalario del sector privado, dada la saturación actual de los servicios públicos. Este traslado tendría un impacto presupuestario significativo en las instituciones públicas, y en caso de no atenderse previamente su capacidad de respuesta a la demanda de servicios, se estaría constituyendo un nuevo mecanismo de transferencias presupuestarias del sector de salud público al sector privado. De hecho, esta medida no representa un incentivo claro para mejorar los servicios de las instituciones públicas de salud y, por el contrario, puede convertirse en un incentivo perverso para los usuarios que prefieran la atención médica del sector privado.

Asimismo, se abre una vía para aumentar el litigio de los servicios médicos para los casos en que, por limitaciones de la capacidad instalada de las instituciones públicas de salud y por restricciones presupuestarias, no se pueda solventar

la atención de aquellos usuarios que tengan que atenderse con los “proveedores alternos”. En estos casos, podría incluso llegarse hasta instancias del poder judicial para resolver la atención de los servicios de salud, tal como ha ocurrido en Colombia y Costa Rica.

También es conveniente aclarar los procedimientos con los que la nueva instancia fiscalizadora obligaría a las instituciones a prestar los servicios, pues las causas de las deficiencias en la atención no son homogéneas. Si el déficit en la atención se deriva de incompetencia o negligencia, ya existe regulación al respecto y lo que haría falta es reforzar los mecanismos para el cumplimiento de la normatividad. Si las deficiencias en la atención son producto de una capacidad limitada de infraestructura y personal médico, las soluciones pasan por incrementar el financiamiento y la inversión, a la vez que mejorar la administración de los recursos, más que por introducir normas que no atienden las causas del problema.

Al margen de la reforma que el gobierno federal vaya a implementar en el futuro cercano, recientemente se han ejercido un conjunto de acciones para promover la portabilidad interestatal y mejorar la fiscalización del gasto dentro del Seguro Popular. En particular, en junio de 2014 fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de los títulos tercero bis y décimo octavo de la Ley General de Salud.⁵ Este decreto plantea modificaciones en el diseño y el funcionamiento del SPSS.

Con esta decisión se reafirma el papel de la SS como encargada de conducir la política de en materia de salud en las entidades federativas, y como coordinadora de las acciones de protección de la salud que llevan a cabo los regímenes estatales de protección social en salud (REPSS), que son las estructuras administrativas responsables de proveer dichas acciones. Queda normada la manera como las entidades federativas aplicarán los recursos transferidos por la federación y se establecen los mecanismos de control, fiscalización y rendición de cuentas respecto a los recursos recibidos por los REPSS y su utilización.

El decreto estipula una sanción de cuatro a siete años de prisión y una multa de 1 000 a 500 000 días de salario mínimo general vigente a la persona que desvíe los recursos del objeto para el cual fueron entregados. También se define la información mínima que deben integrar los acuerdos de coordinación para la ejecución del SPSS y se elimina al Consejo Nacional de Protección Social en Salud.

⁵ LGS, DOF 4/06/2014. En: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5347274&fecha=04/06/2014>.

Propuesta y recomendaciones para la construcción de un Sistema Nacional Público de Salud en México

Con el propósito de contribuir a la construcción de un nuevo SNPS se ofrece enseguida un conjunto de recomendaciones para mejorar las condiciones de salud de toda la población y protegerla de los riesgos financieros asociados a las necesidades de atención de la salud. La intención es destacar las condiciones que permitan construir un verdadero SNPS, como resultado de una política de Estado orientada a garantizar el derecho constitucional a la atención en salud y a reducir el gasto de bolsillo, particularmente el gasto catastrófico y empobrecedor.

Para lograr este esfuerzo es necesaria la construcción de un gran consenso hacia un nuevo sistema de salud. Es decir, se requiere incluir a los representantes de las diferentes instituciones y de los diversos grupos de interés en el proceso de definición del modelo que se busca alcanzar, y en la planeación de su implementación, lo que ayudará a procesar las resistencias corporativas y generar un amplio pacto político. Asimismo, es importante diseñar un proceso de transición de largo plazo desde el actual esquema fragmentado de atención en salud hacia un SNPS que brinde atención universal efectiva, eficiente, integral, de calidad y equitativa

Definición general

Desde una perspectiva general, es conveniente que la definición de un nuevo SNS considere las siguientes características:

- El SNS debe ser de carácter público.
- Es recomendable que la participación del sector privado en el sistema de salud sea como proveedor de servicios y no como competidor del sector público, y se lleve a cabo dentro de un marco de regulaciones rigurosas, claras y eficaces.
- Conviene que la consolidación del sistema sea paulatina y que en el largo plazo se constituya como sistema único de salud que incluya a los distintos tipos de asegurados que hay en el sistema actual.⁶

⁶ El proceso de transición podría requerir un horizonte temporal de 20 a 30 años. En una primera etapa se podría incluir en el nuevo sistema a la población no derechohabiente de alguna institución de la seguridad social (población afiliada al Seguro Popular, población atendida a través del IMSS-Oportunidades y población no cubierta por ningún esquema o programa de atención a

- Se requiere un modelo basado en la atención primaria a la salud, con un enfoque integrado de salud pública en el que se privilegie la prevención.
- La atención a la salud debe ser universal, con acceso efectivo a los servicios médicos para garantizar el ejercicio del derecho a la atención para toda la población residente en el territorio nacional y evitar que se restrinja el acceso al sistema por la condición laboral de las personas.
- Parece adecuado proceder cuanto antes a la separación institucional y financiera de los servicios de salud respecto del resto de las prestaciones derivadas de la seguridad social. Un SNS eficiente requiere de autonomía financiera suficiente, con fuentes de recursos propias y exclusivas, más allá de cuál sea el mecanismo concreto de financiamiento que lo soporte. Así ocurre en los sistemas más desarrollados de atención a la salud, como son los casos de Canadá, España (tras la reforma de los años ochenta del siglo pasado) y Reino Unido.
- El nuevo sistema tendría que estar basado en la persona y orientado a la atención efectiva e integral de sus necesidades reales; en especial, para dar respuesta al creciente problema de las enfermedades crónico-degenerativas y de larga duración. Este sistema, por tanto, requeriría de estudios exhaustivos y continuados de las necesidades de la población en el campo de la salud con el fin de orientar estrategias generales y programas de actuación sobre el cuidado de la salud que apunten hacia mayores grados de eficiencia y equidad.
- La oferta de servicios de salud de primer nivel de atención necesita adaptarse continuamente en función no tanto de la demanda aparente de servicios sanitarios, sino de las necesidades reales detectadas.
- Se requiere fomentar el autocuidado y la coparticipación de los individuos en la atención de su salud, lo cual demandará recursos destacados a programas de prevención y educación de la población en este campo.
- El nuevo sistema debe cumplir con el principio de equidad entre territorios y entre instituciones de afiliación, sin discriminación ni en los accesos a los diferentes niveles de atención ni en el grado y calidad de la prevención y cuidados de la salud.
- Se debe prever la viabilidad financiera de la construcción de un nuevo sistema y asegurar fuentes de financiamiento que acrecienten su sustentabilidad.

la salud), a los derechohabientes del IMSS, a los afiliados al ISSSTE, y a los derechohabientes de instituciones estatales de seguridad social. En el mediano y largo plazo deberá contemplarse la integración al nuevo modelo de los beneficiarios de los seguros de salud de Pemex y del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

- Es importante que el nuevo sistema tenga la flexibilidad suficiente para adaptarse a la transición demográfica, adecuarse a las cambiantes necesidades epidemiológicas y ajustarse a los avances tecnológicos y presiones en el precio de la atención de la salud.
- Se puede considerar que la definición del sistema de salud se compone de dos subsistemas: el que se refiere a la atención médica universal y el relativo a la salud pública.

Marco normativo e institucional

Como se ha mencionado en algunos estudios analizados anteriormente, la configuración de un nuevo SNS requiere de importantes reformas al marco legal. Por ejemplo, se necesita modificar la Ley General de Salud, las leyes de seguridad social e incluso la normatividad de la organización de la seguridad social establecida en el artículo 123 constitucional, para:

- Consolidar el principio de rectoría de la ss y definirla como institución única responsable de la regulación de la atención en salud, con atribuciones precisas sobre planeación, coordinación y evaluación. La experiencia internacional muestra, en positivo (Canadá y Reino Unido) y negativo (España) la importancia de contar con un organismo central que asuma la competencia única de la regulación normativa y coordinación, particularmente en aras del funcionamiento eficiente del conjunto del sistema y, sobre todo, cuando se asume la descentralización territorial.
- Asegurar la implementación efectiva de las competencias reguladoras a nivel federal y en cada entidad federativa mediante el reforzamiento del papel y las responsabilidades de las autoridades de salud estatales.
- Fortalecer la separación legal de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud.
- Permitir una mayor diferenciación operativa y financiera de la atención a la salud de primer, segundo y tercer niveles. Sin embargo, debe definirse con precisión la instancia de coordinación entre los diferentes niveles, que regule el tránsito de uno a otro con agilidad y flexibilidad.
- Determinar el destino de las cotizaciones obrero-patronales relacionadas con los seguros de salud en caso de sustituirlas con otras fuentes de financiamiento, como los impuestos generales.

- Separar la prestación de servicios de salud de las demás prestaciones sociales y económicas de la seguridad social, sobre todo de las pensiones. La distinción deberá ser institucional, funcional y financiera.
- Definir una regulación estricta de la prestación de servicios privados de salud, que esté condicionada a la acreditación ante la ss. El criterio básico para evitar la mercantilización del sistema de atención a la salud deberá ser que los servicios que brinde el sector privado sean complementarios de la atención primaria a la salud provista por el sector público.

Cobertura

La implementación del nuevo SNS debe permitir la cobertura efectiva en salud en el primer nivel de atención del 100% de la población residente en el territorio nacional. Para alcanzar este propósito se requiere:

- Diseñar e instrumentar estrategias para incluir a la población no cubierta por ningún esquema de cobertura en salud.
- Constituir un padrón único de afiliados a servicios públicos de atención primaria de la salud y un mecanismo de identificación de los afiliados, común a todas las instituciones.
- Establecer mecanismos de portabilidad entre las diversas instituciones de atención primaria de la salud, con la implementación generalizada del expediente clínico electrónico.

Definición del paquete básico de atención primaria de la salud

- Definir un paquete básico de servicios de atención primaria para toda la población, independientemente de su situación laboral. Los beneficios universales de atención de primer nivel así garantizados se pueden definir inicialmente tomando como piso los beneficios otorgados en la actualidad a los derechohabientes al MSS. Esta definición no debe ser fija sino que tiene que ser capaz de adaptarse a las evoluciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, y permitir la ampliación del paquete a medida que se incrementa la capacidad institucional y financiera de la atención primaria de la salud.
- La definición del paquete debe incluir los medicamentos prescritos, los estudios clínicos y los copagos que podrían generarse. Pero la responsabilidad sobre el control del gasto en medicamentos no debe recaer únicamente en los efectos derivados del copago sino que ha de involucrar al conjunto del

sistema de atención, en particular a los facultativos. No sólo por las implicaciones financieras positivas que de ello puedan derivarse sino, de forma destacada, por el interés en promover estratégicamente un sistema que privilegie la función preventiva frente a la estrictamente curativa. El cuadro básico de medicamentos deberá ser revisado puntualmente y en él se tendrán que privilegiar las medicinas genéricas. A fin de garantizar el suministro oportuno de medicamentos se requiere reforzar los mecanismos de compras consolidadas.

- Se deben identificar los padecimientos y las intervenciones de alto costo que se incluirán en el paquete. Es necesario establecer de manera prioritaria, por un lado, las intervenciones con buena relación costo-efectividad y, por otro, las intervenciones con alto impacto en el nivel de salud general de la población y en su calidad de vida.
- En el corto y mediano plazo, mientras perduren las cotizaciones obrero-patronales para el seguro de salud y no se disponga de un financiamiento integral con base en impuestos generales, pueden mantenerse paquetes complementarios de servicios de salud accesibles para los trabajadores formales cotizantes a la seguridad social. No obstante, en un plazo que se considere adecuado habría que converger hacia un paquete básico universalizado, lo más amplio posible y homogéneo para todos los colectivos y territorios que formen parte del sistema. Ello no es óbice para que, con recursos privados y carácter voluntario, puedan financiarse para determinados colectivos paquetes complementarios que amplíen la cobertura básica y universal de salud.

Integración y coordinación

- Para facilitar el intercambio de servicios entre los diferentes prestadores de servicios de salud públicos y la integración funcional con portabilidad es indispensable fortalecer las redes de servicios públicos de salud a nivel primario.
- La consolidación del modelo mediante estrategias de convergencia implica la homologación de la calidad de las prestaciones de salud entre instituciones. Es decir, definir criterios y protocolos aplicables en todas las instituciones públicas de atención médica de primer nivel, con el uso de guías de práctica clínica.
- Conviene que el primer contacto con el SNS sea a través de una unidad básica de atención a la salud conformada por un equipo multidisciplinario articulado

alrededor de un médico referente (médico familiar o médico general). A este respecto, la organización del SNS costarricense ofrece un ejemplo adecuado de buenas prácticas, que se sustenta en un pilar bien desarrollado y sólido en la atención primaria, con una bien ordenada distribución territorial y eficaz coordinación funcional.

- Se debe asegurar la calidad técnica de la resolución médica, así como la eficacia y eficiencia en el flujo de atención y canalización del paciente a partir de la generalización del mecanismo de médico referente.

Descentralización

- Será necesario desarrollar un modelo de gestión de servicios descentralizado a través de establecer los principios normativos que planteen las responsabilidades y los compromisos específicos a cada nivel de gobierno y aseguren la articulación y cooperación entre estos distintos niveles.
- El modelo organizacional se debe basar en la gestión estatal, en cumplimiento de los principios de descentralización política y pleno ejercicio del federalismo, así como acompañarse de mecanismos de financiamiento que sustenten esta descentralización. El modelo canadiense ofrece un buen ejemplo de descentralización con presencia de organismos federales que no sólo aseguran un adecuado grado de coordinación entre todas las administraciones provinciales sino que también interviene en la ejecución de la atención sanitaria en determinados ámbitos que no están cubiertos de manera adecuada por los organismos descentralizados, y en la garantía de ciertas actuaciones que éstos no realizan de modo eficaz (investigación y desarrollo tecnológico, compras de determinados tipos de medicamentos, entre otros rubros). En contraste, el sistema español de articulación territorial muestra un modelo extremo de descentralización en todos los aspectos relevantes de la atención en el SNS público, con escasas competencias de coordinación y ejecución en ciertos ámbitos de instancias federales (o centrales), lo que deja huecos en diferentes espacios, desde la cobertura a ciertos colectivos hasta el impulso a la incorporación de innovaciones, entre otros ejemplos. La articulación/coordinación de los dos niveles administrativos que operan en un SNS descentralizado es fundamental para evitar disfuncionalidades y asimetrías en el conjunto del sistema que lleven a resultados insuficientes en el terreno de la eficiencia e, incluso, en el de la equidad.

Gestión eficiente y planeación de los recursos para la atención primaria en salud

- El incremento en el gasto público destinado a la atención primaria de la salud necesita acompañarse de una mayor eficiencia de los recursos materiales y humanos, a la par de una mayor y más equitativa disponibilidad de servicios de calidad, medida en términos de camas censables, número de consultorios, personal médico, tiempos de espera, entre otros parámetros.
- Se debe realizar una planeación de mediano y largo plazo de la oferta de servicios de salud en el nivel de atención primaria, enfocada hacia la atención preventiva, el desarrollo de nuevas alternativas para el cuidado de los adultos mayores dependientes y la atención a padecimientos de larga duración o enfermedades crónicas en el nivel primario de atención, más que en el nivel hospitalario. En esta línea habría que considerar también que la atención orientada a la salud de las personas de más edad, a los cuidados dedicados a los problemas de salud asociados a la mayor longevidad irá absorbiendo paulatinamente más recursos, a medida que avance el envejecimiento de la población mexicana, problemática presente y en ascenso en todos los sistemas de salud, de manera destacada en los países más desarrollados. Éste es un tema que al tenor de la experiencia internacional irá demandando mayor atención organizacional y financiera. En este sentido, sería bueno incorporarlo desde un principio al cuadro de objetivos inmediatos en un SNS mexicano reformado hacia la universalidad. La atención de una población en fase de envejecimiento demasiado volcada en el ámbito hospitalario tiende a colapsar sus infraestructuras sin que de ello se derive necesariamente una mejor atención a los ancianos y, sobre todo, una mayor calidad de vida para ellos. Consideración aparte merece el elevado costo de la atención hospitalaria en la vejez. La construcción de otras alternativas es ya una prioridad a fin de aliviar la presión sobre un sistema hospitalario aún carente de la infraestructura necesaria para atender a un volumen de población que puede duplicarse al legislar la atención universal. En suma, un SNS que busca nuevos horizontes debe incorporar los problemas de la mayor longevidad en estructuras específicas, alejadas de la versión más tradicional y muy poco eficiente que insiste en circunscribirla al sistema hospitalario.
- Es preciso elaborar planes de inversión en infraestructura física para la atención de primer nivel. Se requiere aprovechar y modernizar la infraestructura existente de las diversas instituciones de salud y determinar la ubicación de nuevas unidades de atención primaria con base en criterios poblacionales.

- Para planear la adecuación de las competencias de los recursos humanos es importante que la ss como entidad reguladora defina el número y perfil de los profesionales de salud necesarios, así como del personal administrativo, para atender las necesidades actuales y futuras del sns.
- Asimismo, se requiere establecer estrategias para garantizar la calidad y la actualización continua de las competencias del personal médico mediante capacitación enfocada a la atención primaria. Es importante fomentar la formación universitaria de médicos generales orientados a la atención primaria con enfoque preventivo y desarrollar planes de adecuación, en calidad y cantidad, del personal de enfermería.
- Se requieren estrategias para asegurar una distribución idónea del personal de salud a lo largo del territorio y establecer incentivos a los médicos generales para que laboren en las unidades de atención primaria. En especial, compensar a aquellos que se desempeñan en áreas de alta marginación.
- Es necesario planear la disponibilidad de los recursos materiales e incrementar la eficiencia del suministro de equipamiento y medicamentos mediante estrategias de compras consolidadas.
- Se deben racionalizar los procedimientos administrativos y mejorar los procesos y protocolos de atención médica.
- Hay que dotar al SNPS de una unidad de análisis de las necesidades sanitarias de la población y de prospección por el lado de la oferta de sistemas adecuados y tecnológicamente avanzados, cuando hubiera lugar, y de orientación para la formación del personal de atención médica para su cobertura. De igual modo, dicha unidad estaría encargada de indagar sobre las necesidades de inversión en infraestructura sanitaria acorde con la atención a las necesidades, en línea, por ejemplo, con el modelo de Reino Unido.

Prestación de servicios privados

La participación de instituciones privadas de salud como proveedores de servicios de atención primaria es posible en la fase inicial de implementación del modelo, pero requiere una adecuada regulación por parte de la ss para desarrollarse de manera complementaria a la atención que brindan los servicios públicos y no de forma competitiva.

De modo expreso, será necesario habilitar mecanismos para minimizar la influencia de los *lobbyists* o cabilderos y de las grandes corporaciones del sector farmacéutico y de atención médica privada que puedan alterar objetivos y estrategias

del sector público en el SNPS. Esto implica, en primer lugar, asegurar elevadas dosis de transparencia en la gestión del sistema.

En este sentido, si se prioriza la atención preventiva en el nivel primario habrá de procederse a una reordenación de las relaciones del SNS público con la iniciativa privada en términos de controlar y canalizar positivamente las presiones de ésta a favor de una medicina más curativa y, por tanto, más volcada hacia los tratamientos farmacológicos y/o hospitalarios, según se concentre la actividad de esta última en unas u otras áreas de la atención de la salud. La experiencia internacional en la materia muestra el notable poder de este tipo de empresas, que en casos como el español, al presionar sobre todos los estamentos del sistema (médicos, gestores, etcétera) inciden de forma singular en un elevado grado de medicalización (consumo de fármacos) de la población, con el consecuente corolario financiero perverso para las arcas del SNS.

Financiamiento

El objetivo de transformar gradualmente el SNS y constituir un modelo de atención pública primaria de la salud basado en impuestos generales (progresivos y que preferentemente provengan de otras fuentes adicionales al IVA) requiere de un conjunto de decisiones que inciden en la hacienda pública. Por ello, sería conveniente considerar lo siguiente:

- Atenuar las presiones presupuestarias en el corto y mediano plazo, con un esquema mixto de financiamiento basado en impuestos y cotizaciones. Conservar las cotizaciones obrero-patronales ayudaría a establecer derechos complementarios para los beneficiarios de la seguridad social en términos de acceso a servicios de segundo y tercer nivel de atención, cobertura de copagos de medicinas, etcétera. No obstante, al tenor de las experiencias internacionales más exitosas y consolidadas, tendencialmente el sistema habrá de ir sustituyendo los ingresos por cotizaciones por recaudación tributaria, dejando la primera fuente para el financiamiento de otras esferas de la política social de bienestar (pensiones, incapacidad temporal, etcétera),
- Establecer objetivos de mediano y largo plazo referentes a la proporción del gasto total en salud que debe ser de origen público y, en éste, la proporción del gasto que debe destinarse a la atención primaria.

- Establecer metas de mediano y largo plazo para garantizar recursos públicos crecientes para la atención primaria y mecanismos de control de la asignación efectiva de mayores recursos financieros para sustentar el modelo de atención primaria.
- Definir metas de mediano y largo plazo para garantizar que los recursos financieros adicionales mejoren la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios públicos de salud e incidan en una reducción del gasto de bolsillo.
- Mancomunar los recursos a nivel federal y asignar los recursos a las entidades federativas por capitación. Integrar a la fórmula de distribución los siguientes elementos: *a)* criterios para abatir las brechas de disponibilidad de recursos materiales y humanos y solventar los rezagos estatales en materia de nivel de salud de su población; *b)* las diferencias de perfil demográfico y epidemiológico de cada entidad federativa, y *c)* indicadores de desempeño y eficiencia de los servicios de atención a la salud a nivel estatal.
- Se requiere transitar de una asignación inercial y poco transparente de recursos basada en presupuestos históricos a una distribución más estratégica, basada en el desempeño, la calidad y los resultados e impactos sanitarios, la eficiencia y la búsqueda de mayor equidad en la atención primaria para la salud.
- Los recursos federales disponibles para implementar el nuevo modelo centrado en la atención primaria deben incluir fundamentalmente los recursos asignados hasta el momento al Seguro Popular. Adicionalmente, se requiere analizar la conveniencia de destinar al financiamiento de este nuevo modelo otros recursos del Ramo 12 que actualmente están asignados a programas y subsidios, cuyos objetivos e implementación están vinculados con las características del modelo que se busca desarrollar; por ejemplo, el Programa Caravanas de la Salud y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y los subsidios que se otorgan en el Presupuesto de Egresos de la Federación al Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud, para las acciones de prevención contra la obesidad y para el fortalecimiento de las redes de servicios de salud.

Evaluación, rendición de cuentas, transparencia y fiscalización

- El incremento en los recursos públicos destinados a la atención a la salud debe acompañarse de objetivos de mayor eficiencia y eficacia e implementación de mecanismos de control y rendición de cuentas.

- Se deben establecer compromisos explícitos en materia de mejora de la salud de la población.
- Será necesario definir estrategias claras de prevención y promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades crónicas, con metas explícitas y sistemas de monitoreo.
- Habrá que definir e implementar indicadores de proceso, costo y calidad de resultados –a través de medir los avances en la disponibilidad, accesibilidad, calidad, equidad y aceptabilidad– y de repercusiones en el estado de salud de las personas.
- Se requiere desarrollar un sistema integral y único de información para vigilar y evaluar el desempeño y detectar las necesidades de atención en salud de la población.
- Se necesita avanzar en la fiscalización de los procesos administrativos y financieros de las instituciones de atención a la salud en el primer nivel de atención para garantizar la transparencia de su gestión y su eficiencia en la atención. Particularmente, resolver las deficiencias de gestión del gasto en las entidades federativas y consolidar las capacidades de sanción de la institución fiscalizadora.
- Hay que establecer un sistema único de acreditación obligatoria para todas las instituciones de salud.
- Se requiere consolidar un sistema nacional integrado de información y vigilancia epidemiológica, alimentado desde el nivel local a través de las unidades médicas de atención primaria, y articulado alrededor de sistemas estatales de información.

BIBLIOGRAFÍA

- Abascal Ruiz, Juan Antonio (dir.) (2013). *Acciones y palabras: sociedad, seguridad social y asistencia sanitaria*. Barcelona, España, Planeta.
- Abellán Perpiñán, José María; Sánchez Martínez, Fernando Ignacio; Martínez Pérez, Jorge Eduardo y Méndez Martínez, Ildefonso (2013). *El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas*. España, Fundación BBVA.
- Abril Martoreu, Fernando (1991). Informe y recomendaciones de la comisión para análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril). España, Comisión para análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf>
- Adams, Duane (2001). “Canadian federalism and the development of national health goals and objectives”, en Adams, Duane (ed.) *Federalism, democracy and health policy in Canada*. Montreal, McGill-Queen’s University Press, pp. 61-105.
- Aedo, Cristian y Sapelli, Claudio (1999). “El sistema de salud en Chile: recaudar el mandato y reformar el sistema de seguros”, en *Estudios Públicos*, núm. 75. Disponible en: <http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1629_513/rev75_aedo_sapelli.pdf>.
- Aguilera, N. y Scott, J. (2010). *Análisis de la factibilidad, alternativas de diseño y consecuencias distributivas de la construcción de un sistema integrado de salud en México*. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Disponible en: <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201002_SIS.pdf>.
- Alonso Olea, Manuel (1999). *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. 2ª ed., España, Civitas.
- Aparicio Tovar, Joaquín (1989). *La seguridad social y la protección de la salud*. España, Civitas.

- Arellano M., Juan Pablo (2012). *Veinte años de políticas sociales. Chile 1990-2009. Equidad con crecimiento sostenible*. Chile, Cieplan. Disponible en: <<http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/9676/1/Arellano%20jose%20pablo.pdf>>.
- Artaza, Osvaldo; Lenz, Rony y Muñoz, Alberto (2013). “Lecciones internacionales aprendidas: Chile”, en ops/oms *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*, México ops/oms. Disponible en: <http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=855&Itemid=329>.
- Atria, Fernando; Benavente, José Miguel; Couso, Javier y Joignán, Alfredo (2013). *El otro modelo: del orden neoliberal al régimen de lo público*, Chile, Random House Mondadori, Serie Debate.
- Auditoría Superior de la Federación (ASF) (2012). *Informe del resultado de la fiscalización superior de la Cuenta Pública 2010*. México, ASF, Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Auditoría de Desempeño: 11-0-12U00-07-0078. Disponible en: <http://www.asf.gob.mx/trans/Informes/IR2010i/Grupos/Desarrollo_Social/2010_0078_a.pdf>.
- Auditoría Superior de la Federación (ASF) (2013). Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2011. México, Auditoría Superior de la Federación, Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Auditoría de Desempeño: 11-0-12U00-07-0426. Disponible en: <http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0426_a.pdf>.
- Axelsson, Runo; Marchildon, Gregory P. y Repullo-Labrador, José R. (2007). “Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems”, en Saltman, Richard; Bankauskaite, Vaida y Vrangbaek, Karsten (eds.), *Decentralization in health care*. Escocia, Open University Press, pp. 141-166. Disponible en: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf>.
- Baca Baldomero, Enrique (2013). “La crisis y las deficiencias del sistema”, en *Claves de Razón Práctica*, núm.226, pp. 9-21.
- Banco Mundial (2012). *La violencia juvenil en México. Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales*. Estados Unidos de Norteamérica, Banco Mundial. Disponible en: <<http://siteresources.worldbank.org/EXTSOCIALDEVELOPMENT/Resources/244362-1164107274725/3182370-1164110717447/MX-Country-Assessment.pdf>>.

- Barquera, Simón; Campos Nonato, Ismael; Hernández Barrera, Lucía y Rivera Dommarco, Juan (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. México, INSP. Disponible en: <<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>>.
- Barrada Rodríguez, Alfonso (1999). *El gasto público de bienestar social en España de 1964 a 1995*. España, Fundación BBVA.
- Becerril-Montekio, Víctor; Reyes, Juan de Dios y Annick, Manuel (2011). “Sistema de salud de Chile”, en *Salud Pública de México*, núm. 53, supl. 2, pp. S132-S143. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/9Chile.pdf>.
- Bégin, Monique (1988). *Medicare: Canada's right to health*. Canadá, Optimum Publishing.
- Béland François (2007). “Arithmetic failure and the myth of the unsustainability of universal health insurance”, en *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 177, núm. 1, pp. 54-56. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1896040/>>.
- Béland François (2012). *Health Care Expenditures, Public Administration and the Business Cycle* (Research Paper núm. 297). McMaster University, Program for Social and Economic Dimensions of Aging Population (SEDAP).
- Beltrán Alejandro; Forn, Ramón; Graciano, Luis; Martínez, María del Mar y Vázquez, Pablo (2009). *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*. España, MacKinsey & Company y Fundación de Estudios de Economía Aplicada. Disponible en: <http://www.fedea.net/cambiosposible/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf>.
- Beteta Obreros, Edmundo (2003). *Crecimiento del gasto en salud en Chile: ¿Estamos ante un problema?* Chile, Expansiva, serie En Foco, núm. 13. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/25112003111651.pdf>.
- Beveridge, William (1942). *Social Insurance and Allied Services* (Reporte de sir William Beveridge, presentado al Parlamento por orden de su Majestad). Reino Unido, His Majesty's Stationary Office. Introducción y sumario disponibles en: <http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf>.
- Blanco Moreno, Ángela (2012). “Ensayo sobre los factores que impulsan el gasto sanitario público”. Memoria para optar al grado de doctor. España,

- Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <<http://eprints.ucm.es/20867/1/T34400.pdf>>.
- Boeninger, Edgardo (2007). *Políticas públicas en democracia. Institucionalidad y experiencia 1990-2005*. Chile, Uqbar Editores.
- Boyle, Seán (2011). *United Kingdom (England)*. Health system review. Inglaterra, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, *Health Systems in Transition*, vol. 13, núm. 1. Disponible en: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf>.
- Brereton, Laura y Vasoodaven, Vilashiny (2010). *The impact of the NHS market. An overview of the literature*. Inglaterra, Civitas, Institute for the Study of Civil Society. Disponible en: <http://www.civitas.org.uk/content/files/Civitas_LiteratureReview_NHS_market_Feb10.pdf>.
- British Medical Association (BMA) (2015). *The Health and Social Care Act 2012*, en *Understanding the reforms*. British Medical Association. Disponible en: <<http://www.bma.org.uk/working-for-change/doctors-in-the-nhs/nhs-structure-new/understanding-the-reforms/health-and-social-care-act>>.
- Buck, David y Dixon, Anna (2013). *Improving the allocation of health resources in England. How to decide who gets what*. Inglaterra, Kings Fund. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-the-allocation-of-health-resources-in-england-kingsfund-apr13.pdf>.
- Busturia, D. et al. (1973). *Financiación de la seguridad social en los países del mercado común europeo y en España*. España, Instituto Nacional de Previsión.
- Caballero, José Antonio; Moctezuma, Gonzalo y Solange María (2012). *Elaboración de proyecto de iniciativa de reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar el acceso al Sistema Universal de Salud*. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Disponible en: <http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/rs/ag/RS2012_Lg_CIDE.pdf>.
- Cabasés Hita, Juan Manuel (dir.) (2006). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. España, Fundación BBVA. Disponible en: <http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf>.
- Caja Costarricense de Seguro Social (ccss) (2010). *Caracterización de las regiones de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Costa Rica,

Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (2011). *Impact and change: 2009-2010 annual report*. Canadá, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Disponible en: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/corporate/planning_documents/CADTH-AR2009-10E.pdf>.
- Canadian Health Service Research Foundation (CHSRF) (2002). *Sustainability of Canada's. Healthcare System*. Canadá, Foundation Commission on the Future of Health Care in Canada. Disponible en: <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/romonow-commission-english/Discussion_Paper_Sustainability_of_Canada_s_healthcare_system.pdf?sfvrsn=0>.
- Canadian Health Service Research Foundation (CHSRF/FCRSS) (2011). *Healthcare in Canada, History and Roles*, Canadá, Canadian Health Service Research Foundation.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2010). *National health expenditure trends, 1975-2010*. Canadá, Canadian Institute for Health Information.
- Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) (2004). *A 10-Year plan to strengthen health care*. Canadá, Canadian Intergovernmental Conference Secretariat. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/nr-cp_9_16_2-eng.php>.
- Carrillo Lara, Rafael; Martínez Franzoni, Juliana; Naranjo Villalobos, Fernando y Sauma Fiatt, Pablo (2011). *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la ccss*. Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Junta Directiva. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Costa_Rica/iis-ucr/20120726043438/informe.pdf>.
- Carvajal, Yuri (2012). “¿Cuánto mide el sector privado de salud en Chile?”, en *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 16, núm. 2, pp. 170-171. Disponible en: <<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20310/21477>>.
- Castro, Rodrigo (2007). *Midiendo la eficiencia en los hospitales públicos en Chile*. Chile, Expansiva, Serie En Foco núm. 108. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007104039.pdf>.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) (2013). *Panorama General de la Situación Financiera del IMSS y del ISSSTE*. México, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Disponible en: <<http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0332013.pdf>>.

- Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) (2012). *El México del 2012. Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*. México, CEEY. Disponible en: <<http://www.ceey.org.mx/sites/default/files/mexico2012pdf.pdf>>.
- Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) (2013). *El México del 2013. Propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud*. México, CEEY. Disponible en: <<http://www.ceey.org.mx/sites/default/files/2013transformarsistemanacionaldesalud.pdf>>.
- Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) (2013) *Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores*. México. Disponible en: <http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/lg/SS2013_Lg_CIDE.pdf>.
- Cid, Camilo; Prieto, Lorena (2012). “El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997-2007”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 31, núm. 4, pp. 310-316. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n4/a07v31n4.pdf>>.
- Ciriec (1998). *Sanidad y economía social. Ciriec-España, revista de economía pública, social y cooperativa*, núm. 4. Disponible en: <http://www.ciriec-revistaeconomia.es/index.php?id_pagina=7&id_revista=31&ci=esp&PHPS ESSID=3ee0d5159858a64ab0d564b17bcdfbc>.
- Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (2009). “Colegio de farmacéuticos promueve el debate sobre sentencias de la sala constitucional que obligan a la ccss a comprar medicamentos fuera de la lista oficial”. Costa Rica, Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, Boletín de Prensa 11-2009. Disponible en: <http://www.colfar.com/files/Boletines%20de%20prensa/BP_COLFAR_FALLOS_SALA_IV_MEDICAMENTOS.doc>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular (CNPS) (2012). *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012*. México, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes2012.pdf>.
- Commission on Taxation and Citizenship (2000). *Paying for progress: A new politics of tax for public spending*. Inglaterra, Fabian Society.
- Consejo Económico y Social (CES) (2010) “Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario”. España, Consejo Económico y Social, Informe 01/2010. Disponible en: <<http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0110>>.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2013a). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa IMSS-Oportunidades. México, Coneval. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/IMSS-%20OPORTUNIDADES/IMSS-OPORTUNIDADES_Completo.pdf>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2013b). *Medición de la pobreza 2012*. México, Coneval. Disponible en: <<http://www.coneval.gob.mx/medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx>>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, Coneval. Disponible en: <<http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015). Publicada el 5 de febrero de 1917. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>>.
- Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (coords.) (2012). *Los determinantes sociales de la salud en México*. México, FCE-PUED, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cremades, Bernardo María (1975). *La encrucijada de la Seguridad Social española*, España, Prensa Española.
- Cruz Guerrero, Jorge (2012). *Cobertura universal de la salud en México: estimación del gasto público adicional*. México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Disponible en: <<http://fr.scribd.com/doc/106578852/Cobertura-universal-dela-salud-en-Mexico-Estimacion-del-gasto-publico-adicional>>.
- Department of Health (2010). *Equity and excellence: Liberating the NHS*, Cm 7881. Inglaterra, Her Majesty's Stationery Office. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2006). Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Segob, DOF 2006-11-30. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4939079&fecha=30/11/2006>.

- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2009) Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud. México, Segob, DOF 2009-12-30. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5126807&fecha=30/12/2009>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2009) Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud. México, Segob, DOF 2009-12-30. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5126807&fecha=30/12/2009>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2011a). Acuerdo 9.1327.2011 de la Junta Directiva relativo a la aprobación del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México, Segob, DOF 2011-06-09. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194163&fecha=09/06/2011>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2011b). Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio 2012. México Segob, DOF 2011-12-29. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227375&fecha=29/12/2011>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013a). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud para el ejercicio 2013. México Segob, DOF 2013-02-27. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5289128&fecha=27/02/2013>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013b). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el ejercicio 2013. México, Segob, DOF 2013-02-28. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5289461&fecha=28/02/2013>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013c) Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. México, Segob, DOF 2013-05-20. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013d) Reforma a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. México, Segob, DOF 2013-12-11. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5325371&fecha=11/12/2013>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013e). Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2014. México, Segob, DOF 2013-12-17. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326727&fecha=17/12/2013>.

- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2013f). Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2014. México, Segob, DOF 2013-12-28. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5328353&fecha=28/12/2013>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2014). Lineamientos en materia de publicidad y etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas. México, Segob, DOF 2014-04-15. Disponible en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5340693&fecha=15/04/2014>.
- Díaz Aguirre, P.S. (2011). *Gasto catastrófico por motivos de salud en México (ENIGH 2000-2010)*. México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Disponible en: <<http://fr.scribd.com/doc/105238983/Gasto-Catastrofico-por-Motivos-de-Salud-2000%E2%80%932010>>.
- Dixon, Anna y Mossialos, Elías (eds.) (2002). *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. Dinamarca, European Observatory on Health Care Systems. Disponible en: <<http://www.cimca.ca/i/m/Health-Care-Systems-in-Eight-Countries-European-Observatory.pdf>>.
- Durán Arenas, Luis (2012). “Modelo institucional de atención a la salud en México”, en Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (coord.) (2012), *Los determinantes sociales de la salud en México*. México, FCE-PUED, UNAM.
- Durán Arenas, Luis; Salinas Escudero, Guillermo; Granados García, Víctor y Martínez Valverde, Silvia (2012). “La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria”, en *Gaceta Médica de México*, núm. 148, pp. 552-557. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_552-557.pdf>.
- Elola Somoza, Javier (1991). *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España 1983-1990*. España, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Emmerson, Carl; Frayne, Christine y Goodman, Alissa (2000). *Pressures in UK Healthcare: Challenges for the NHS*. Inglaterra, Institute for Fiscal Studies. Disponible en: <<http://www.ifs.org.uk/comms/nhsspending.pdf>>.
- Erazo, Álvaro (2011). *La protección social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos. Chile*. Chile, CEPAL-Asdi, Serie Financiamiento del Desarrollo. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5218/S1100415_es.pdf?sequence=1>.
- Erazo, Álvaro (2012). “Universalidad efectiva y protección social: el desafío de las reformas sociales” en Erazo, Ximena, *Políticas públicas para un estado*

- social de derechos. El paradigma de los derechos universales*, V.1, Chile, LOM. Disponible en: <<http://institutoigualdad.cl/2010/09/14/universalidad-efectiva-y-proteccion-social-el-desafio-de-las-reformas-sociales/>>.
- Esteban, Jorge de (2012). “La quiebra del Estado de las autonomías”, en *El Mundo*, 22 de julio de 2012. España, El Mundo. Disponible en: <http://elmundo.orbyt.es/2012/07/22/tu_mundo/1342991602.html>.
- Expansiva-UDP (2010). *Chile en perspectiva comparada con los países de la OCDE*. Chile, Expansiva Serie En foco, núm. 146. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/17032010150429.pdf>.
- Fleury, Sonia; Faria, Mariana; Durán, Juanita; Sandoval, Hernán; Yanes, Pablo; Penschzadeh, Víctor y Abramovich, Víctor (2013). *Right to health in Latin America: beyond universalization*. Chile, ECLAC, Financing for Development series núm. 249. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35953/S20131047_en.pdf?sequence=1>.
- Fonasa (2013). *Manual Informativo AUGE 80*. Chile, Fonasa. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2013_FONASA_2013.pdf>.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2012) *Día Internacional de la Niña*. México, UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_PRDiaInternacionalNinaUNFPAUNICEFONU_Mujeres11octubre%281%29.pdf>.
- Freire Campo, José Manuel (2007). “Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad”, en *Derecho y Salud, Extraordinario Foro SES-PAS-AJS*, vol. 15-extra 2007, pp. 41-59. Disponible en: <<http://www.ajs.es/descarga/attach/284>>.
- Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) (2012) *Proyecto para la Universalidad de los Servicios de Salud. Propuesta de Funsalud*. México, Fundación Mexicana para la Salud. Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2010/03/UNIVERSALIDAD-DE-LOS-SERVICIOS_DEF.pdf>.
- Fundar, Centro de Análisis e Investigación (2009). *Tendencias del gasto en salud y en infraestructura sanitaria*. México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gaceta Sanitaria. SESPAS (2011). *XXI Jornadas de economía de la salud. Sostenibilidad y bienestar: reflexiones sobre el futuro de la política sanitaria*. España, Gaceta Sanitaria, vol. 25, Especial Congreso 1, mayo 2011. Disponible en: <http://www.aes.es/Jornadas2011/admin/uploads/docs/GacetaSanitaria_JornadasAES2011.pdf>.

- Ng, Marie; Fleming, Tom; Robinson, Margaret; Thomson, Blake; Graetz, Nicolas; Margono, Christopher, *et al.* (2014). “Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, en *The Lancet*, vol. 384, núm. 9945, pp. 766-781. Disponible en <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2960460-8/abstract>>.
- Gakidou, Emanuela; Lozano, Rafael; González-Pier, Eduardo; Abbott-Klafter, Jesse; Barofsky, Jeremy T; Bryson-Cahn, Chloe, *et al.* (2007). “Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial”, en *Salud Pública de México*, 49, suplemento 1, p. s88-s109. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/106/10609111.pdf>>.
- Gala Vallejo, Cesar (2007). *La asistencia sanitaria en el marco de la Seguridad Social*. España, Ministerio de Asuntos Sociales.
- García Murcia, Joaquín y Castro Arguelles, María Antonia (dir.) (2008). *La previsión social en España: del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de Seguridad Social*. España. Disponible en: <<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115798.pdf>>.
- García-Junco, David (2012). “La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 148 núm. 6, pp. 518-524. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_518-524.pdf>.
- Garretón, Manuel Antonio (2012). *Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: gobiernos de la concertación en Chile 1990-2010*. Chile, Editorial Arcis-Clacso. Disponible en: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20121121122525/NeoliberalismoCorregido.pdf>>.
- Gervás, Juan; Pérez-Fernández, Mercedes; Palomo-Cobos, Luis y Pastor-Sánchez, Raimundo (2005). *Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. España, REAP. Disponible en: <<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/08/20-anos-de-reforma-de-la-ap-en-espana.pdf>>.
- Gobierno de Chile (2012). *Rindiendo cuenta: Balance de dos años de gobierno del presidente Sebastián Piñera. Informe de avance de los siete ejes prioritarios del gobierno y de la reconstrucción*. Chile. Disponible en: <http://gestion2010-2014.cumplimiento.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/140307_Balance_4_anos_Gobierno_Presidente_Sebastian_Pinera.pdf>.

- Gobierno de la República (2012) *Pacto por México*. México, Gobierno de la República. Disponible en: <<http://pactopormexico.org/PACTO-POR-MEXICO-25.pdf>>.
- Gómez Dantés, Octavio; Sesma, Sergio; Becerril, Víctor M.; Knaul, Felicia; Arreola, Héctor y Frenk, Julio (2011). “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, pp. s220-s232. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625>.
- Gorsky, Martin (2008). “The British National Health Service 1948-2008, A Review of the Historiography”, en *Social History of Medicine*, vol. 21, núm. 3, pp. 437-460. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639094/>>.
- Goyenechea, Matías (2012). *Presupuesto 2013. Análisis y propuestas de la MSS*, Chile, Mesa Social de Salud. Disponible en: <<http://es.slideshare.net/mgoyenechea/anlisis-de-mesa-social-de-salud-sobre-presupuesto-2013>>.
- Grogger, Jeffrey; Arnold, Tamara; León, Ana Sofía y Ome, Alejandro (2011). *Efectos del seguro popular sobre el gasto en salud, utilización de servicios médicos, y nivel de salud, y resultados a largo plazo del experimento del Seguro Popular en México y evidencia de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas. Disponible en: <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201101_gasto.pdf>.
- Grogger, Jeffrey y Ome, Alejandro (2012). *Análisis de la heterogeneidad de la protección financiera del Seguro Popular a nivel estatal*. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas. Disponible en: <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_heterogeneidad.pdf>.
- Grupo de trabajo de la conferencia de presidentes para el análisis del gasto sanitario (2006). *Informe para el análisis del gasto sanitario*. España, Ministerio de Economía y Hacienda, Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos. Disponible en: <http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/libros/Libros_blanco/GastoSanitario.pdf>.
- Grupo Nuevo Curso de Desarrollo (2012). *México frente a la crisis. Hacia un nuevo curso de desarrollo. Manifiesto: Lineamientos de política para el crecimiento sustentable y la protección social universal*. México, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <<http://www.nuevocursodedesarrollo.unam.mx/docs/Manifiesto-Lineamientos%20de%20politica.pdf>>.

- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel; Téllez-Rojo, Martha María; Manrique Espinoza, Betty; Acosta Castillo, Isaac; López Ortega, Mariana, *et al.* (2013). *Encuesta nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena*. México, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>>.
- Gutiérrez, Juan Pablo; Rivera, Juan; Shamah, Teresa; Oropeza, Carlos y Hernández Ávila, Mauricio (coords.) (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. México, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131011_ENSANUT2012.pdf>.
- Hacker, Jacob S. (2004). “Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform”, en *British Journal of Political Science*, vol. 34, núm. 4, pp. 693-724.
- Hernández Ávila, Juan Eugenio y Palacio Mejía, Lina Sofía (2012). “Transición epidemiológica y el perfil de la salud”, en Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (coords.). *Los determinantes sociales de la salud en México*. México, FCE-PUED, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Torres, Jinneth; Ávila-Burgos, Leticia; Valencia-Mendoza, Atanacio y Poblano-Verástegui, Ofelia (2008). “Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México”, en *Revista de Salud Pública*, vol. 10, núm. 1, p. 18-32. Disponible en: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n1/v10n1a03.pdf>>.
- Hogg Peter (2002). *Canadian Constitutional Law*. Canadá, Thomson Carswell.
- Hughes Tuohy, Carolyn (2002). “The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada”, en *Health Affairs*, vol. 21, núm. 3, pp. 32-46. Disponible en: <<http://content.healthaffairs.org/content/21/3/32.full.pdf>>.
- Ibarra Ignacio; Martínez, Gabriel; Aguilera, Nelly; Orozco, Emanuel; Fajardo-Dolci, Germán y González-Block, Miguel (2013). “Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional”, en *Salud Pública de México*, vol. 55 núm. 3 pp. 310-317. Disponible en: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n3/a09v55n3.pdf>>.
- Infante, Antonio (2011). “Crisis del modelo de atención: ¿tiene salida?”, en *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 15 núm. 2, pp. 118-120.

- Infante, Antonio y Jiménez, Jorge (2009). “El servicio de salud chileno: de la gestión a las garantías ciudadanas”, en Bascañán, Carlos; Correa, Germán; Maldonado, Jorge y Sánchez, Vicente (eds.), *Más acá de los sueños, más allá de lo posible: la concertación en Chile*, vol. II., Chile, Lom Ediciones.
- Instituto de Métrica y Evaluación en Salud (IHME) (2015). *GBD Profile: Mexico*. Disponible en: <http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/Subnational/Mexico/CountryProfile_Mexico_2015.pdf>.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2013). *Informe Financiero y Actuarial 2013*. México, ISSSTE. Disponible en: <http://www2.issste.gob.mx:8080/images/downloads/instituto/quienes-somos/ifa_2013.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2012). *Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2012*. Costa Rica, INEC.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014). “Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cifras durante el cuarto trimestre de 2013”. Boletín de Prensa núm. 60/14, 12 de febrero de 2014. México, INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2014/enoe/enoe2014_02.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2011). *Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resumen ejecutivo*. México, INSP. Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/111216_portabilidad_convergencia.pdf>.
- Klein, Rudolf (1995). Big Bang Health Care Reform. “Does It Work?: The Case of Britain’s 1991 National Health Service Reforms”, en *The Milbank Quarterly*, vol. 73, núm. 3, pp. 299-337.
- Knaul Felicia Marie; Gonzalez-Pier, Eduardo; Gómez-Dantés, Octavio; García-Junco, David; Arreola-Ornelas, Héctor; Barraza-Llorens, Mariana, *et al.* (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México, en *Salud Pública de México*, vol. 55 núm. 2, marzo-abril. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%20%20Marzo%20Abril/8Lancet.pdf>.
- La Salud a 200 años de la Independencia de Chile. Reflexiones: tres propuestas para enfrentar la actual crisis de la salud* (2010). Entrevistas a: Jaime Mañalich, Álvaro Erazo y Marcos Vergara, en Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, núm. 1, octubre, Santiago de Chile.

- Laing & Buisson (2001). *Private Medical Insurance: UK market sector report 2001*. Inglaterra, Laing & Buisson.
- Lalonde, Marc (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Canada, Minister of Supply and Services. Disponible en: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>.
- Lamata Cotanda, Fernando (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. España, Díaz de Santos.
- Lazcano Ponce, Eduardo; Gómez Dantés, Héctor; Rojas Martínez, Rosalba y Garrido Latorre, Francisco (coords.) (2013). *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa 2012*. México, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_proteccionSocial.pdf>.
- Le Grand, Julian (1999). Competition, cooperation, or control. Tales from the British National Health Service, en *Health Affairs*, vol. 18 núm. 3, pp: 27-39. Disponible en: <<http://content.healthaffairs.org/content/18/3/27.full.pdf>>.
- Le Grand, Julian (2002). Further tales from the British National Health Service, en *Health Affairs*, vol. 21 núm. 3, pp. 116-128. Disponible en: <<http://content.healthaffairs.org/content/21/3/116.full.pdf+html>>.
- Leeson, Howard (2004). "Constitutional Jurisdiction over Health and Health Care Services in Canada", en McIntosh, Tom; Forest, Pierre-Gerlier y Marchildon, Gregory (eds.) *The Governance of Health Care in Canada*. Canadá, University of Toronto Press.
- Lenz, Rony (2007). *Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina, Una mirada desde la economía política*. Chile, Corporación de Estudios para América Latina (Cieplan), Serie Estudios Socio / Económicos núm. 38. Disponible en: <http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf>.
- Levy, Santiago (2010). *Buenas intenciones, malos resultados. Política social, informalidad y crecimiento económico en México*. México, Océano.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2014). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>>.
- Ley del Seguro Social (2014). México Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>>.

- Ley General de Salud (2015). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf>.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2015). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_30dic15.pdf>.
- Lomelí Vanegas, Leonardo; Flores Ángeles, Camilo y Granados Casa, Vanessa (2010). “Niveles de vida, pobreza y desigualdad”, en Cordera, Rolando y Murayama, Ciro, *Los determinantes sociales de la salud en México*. México, Fondo de Cultura Económica.
- López Casanovas, Guillermo y Ortún Rubio, Vicente (eds.) (2004). *Economía de la salud*. España, ICE Cuadernos Económicos núm. 67. Disponible en: <<http://www.revistasice.com/es-ES/CICE/Paginas/TodosLosCuadernos.aspx>>.
- López Nicolás, Ángel (ed.) (2008). *Desigualdad, equidad y eficiencia en salud y en servicios sanitarios*. España, ICE Cuadernos Económicos núm. 75. Disponible en: <<http://www.revistasice.com/es-ES/CICE/Paginas/TodosLosCuadernos.aspx>>.
- Lozano, Rafael; Gómez-Dantés, Héctor; Garrido-Latorre, Francisco; Jiménez-Corona, Aída; Campuzano-Rincón, Julio César; Franco-Marina, Francisco, *et al.* (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México, en *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 6. Disponible en: <<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002919>>.
- Maira, Marcelo; Oyarzo, César (2007). *Reforma del Sistema de Salud: Una mirada propositiva desde los prestadores privados de salud*. Chile, Expansiva Serie En foco Número 110. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007112824.pdf>.
- Maisonneuve, Christine de la y Oliveira Martins, Joaquim (2013). *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. Francia, OECD Economic Policy papers, núm.6. Disponible en: <<http://www.oecd.org/eo/growth/Health%20FINAL.pdf>>.
- Makarenko, Jay (2010). *Canada's Health Care System: An Overview of Public and Private Participation*. Disponible en: <<http://mapleleafweb.com/features/canada-s-health-care-system-overview-public-and-private-participation>>.

- Marchildon, Gregory P. (2004). *Three choices for the future of medicare*. Canadá, Caledon Institute of Social Policy. Disponible en: <<http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/466ENG.pdf>>.
- Marchildon, Gregory P. (2009). The policy history of Canadian medicare, en *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26 núm. 20, pp. 247-260. Disponible en: <<http://www.cbmh.ca/index.php/cbmh/article/view/1398/1365>>.
- Marchildon, Gregory P. (2013). *Canada: Health system review 2013*. Dinamarca, European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, vol. 15, núm. 1. Disponible en: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf>.
- Martínez, María Soledad; Infante, Antonio; Orellana, Renato y Vergara, Marcos (2007). *Separación de funciones en la reforma al sector salud en Chile: Tres Visiones*. Chile, Expansiva, Serie En foco núm. 111. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007113624.pdf>.
- Mesa Lago, Carmelo (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social*, Chile, CEPAL/GTZ, proyecto: Policy strategies for sustainable development in Latin America and the Caribbean: promotion of a socially sustainable economic policy (ger/01/3), Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf?sequence=1>.
- Minister of Health (2010). *Canada Health Act. Annual report, 2009-2010*, Canadá, Health Canada. Disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/index-eng.php>>.
- Minister of Health (2012). *Canada Health Act. Annual Report 2011-2012*, Canadá, Health Canada. Disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/index-eng.php>>.
- Ministerio de Planificación (2013). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2009 (Casen 2009)*. Chile, Gobierno de Chile. Disponible en: <<http://datos.gob.cl/datasets/ver/4744>>.
- Ministerio de Salud de Chile (1999). *1990-1999: 10 años mejorando la salud de los chilenos*. Chile, Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (2006). *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010: Evaluación a la mitad del periodo*. Chile, Gobierno de Chile.

- Caja Costarricense de Seguro Social (ccss) (1993). *Plan Nacional de Reforma del Sector Salud 1993*. Costa Rica, ccss.
- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977). *Libro Blanco de la Seguridad Social*. España, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Miranda, Alfonso (coord.) (2013). *Evaluación costo-efectividad del programa U005 Seguro Popular*. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/CE12_SPSS_IF.pdf>.
- Molina Garrido, María del Carmen (2004). *Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica*. España, Tesis doctoral, Universidad de Málaga, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Edita: Instituto de Estudios Fiscales IEF. Disponible en: <http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/libros/Investigaciones/Inves2004_06.pdf>.
- Montero, Joaquín; Poblete, Fernando; Torche, Aristides y Vargas, Verónica (2008). “Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención”, en *Camino al Bicentenario: Propuestas para Chile*. Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <<http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/analisis-del-modelo-de-asignacion-financiera-en-la-atencion-primaria-chilena.pdf>>.
- Muñoz, Onofre (coord.) (2012). *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal*, México, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Disponible en: <<http://encuestas.insp.mx/calidad/doctos/LtUvjmSm2Z1UNZVyxY9XZh9G7UCXIQ.pdf>>.
- Narro, José; Moctezuma, David y Orozco, Lourdes (2010). “Hacia un nuevo modelo de seguridad social”, en *Economía UNAM*, vol.7 núm.20, pp.7-33. Disponible en: <<http://www.ejournal.unam.mx/ecu/ecunam20/ECU002000701.pdf>>.
- Nigenda, Gustavo; González-Robledo, Luz María; Belkis, Aracena; Juárez, Clara; Wirtz, Verónica, et al. (2012). *Evaluación de procesos administrativos*

- del Sistema de Protección Social en Salud 2011. Resumen ejecutivo.* México, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/Centros/ciss/Docs/ResumenEjecutivoSPSS-13oct_completo.pdf>.
- Núñez, Paulina y Méndez, Claudio (2011). “Implementación de la política nacional de medicamentos de la reforma de la salud: percepción del profesional químico farmacéutico”, en *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 15, núm. 1, pp. 21-28. Disponible en: <<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/16702/17392>>.
- Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue (2004). *Reformas del Sector Salud en el camino de la integración: aprendizaje y perspectivas.* Perú, Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue. Disponible en: <<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/libroreformassectorsalud.pdf>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.* Suiza, OMS. Disponible en: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10).* Estados Unidos de Norteamérica, Organización Panamericana de la Salud, traducción a cargo del Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades. Disponible en: <<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.* Suiza, OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal.* Suiza, OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012.* Suiza, OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf?ua=1>.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Suiza OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Informe sobre el estado de situación financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social: Situación reciente y proyecciones*. Costa Rica, OPS. Versión preliminar disponible en: <<http://wfnod01.nacion.com/MediaFiles/nacioncom/8e/8e101e04-0420-4dfd-ae21-d32ae756d4d1.pdf>>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013). *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México, OPS/OMS. Disponible en <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166176/1/CoberturaUniversalSaludMexico2013.pdf>>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2011b). *Health at a glance 2011*. Francia, OECD Publishing. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2011a). *OECD Economic surveys Mexico 2011*. Francia, OECD Publishing. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-mexico-2011_eco_surveys-mex-2011-en>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2013). *OECD Health at a glance. OECD indicators 2013*, Francia, OECD Publishing. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2014), *Society at a glance 2014-Indicadores sociales de la OCDE*. Francia, OECD Publishing. Disponible en <<http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/SAG2014-KeyFindings-Mexico%20ESPA%C3%91OL.pdf>>.
- Oyarzo, Cesar y Vergara, Marcos (2005). *Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente*. Chile, Expansiva, Serie En foco núm. 42. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/12052005115654.pdf>.
- Palomo, Luis (coord.) (2011). *Treinta años del sistema sanitario español 1981-2011. Treinta años de la Asociación de Federaciones para la Defensa de la Salud*. España, FADSP. Disponible en: <http://fadsp.org/components/com_booklibrary/ebooks/Treinta%20a%C3%B1os%20del%20sistema%20sanitario.pdf>.

- Para Rodríguez-Santana, Ignacio (coord.) (2012): *El modelo de futuro de gestión de la salud. Propuestas para un debate*. España, Fundación Bamberg. Disponible en: <<http://www.imti.es/ficheros/fundacionbamberg.pdf>>.
- Parejo Alfonso, Luciano; Vaquer Caballería, Marcos y Palomar Olmeda, Alberto (coords.) (2004). *La reforma del sistema nacional de salud: cohesión, calidad y estatutos profesionales*. España, Marcial Pons.
- Parejo, Luciano; Lobo, Félix y Vaquer, Marcos (coords.). (2001). *La organización de los servicios públicos sanitarios. Actas de las jornadas de estudio celebradas en la Universidad Carlos III de Madrid los días 10 y 11 de abril de 2000*. España, Marcial Pons. Disponible en: <<http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/3853?show=full#preview>>.
- Paris, Valérie; Devaux Marion y Wei, Lehan (2010). *Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries*. Francia, OECD Health Working Papers, núm. 50. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en>>.
- Pérez Zabaleta, Amelia y Perona, José Luis (coord.) (2013). “Economía de la salud”, en *Economistas, Revista del Colegio de Economistas de Madrid*, núm. 136.
- Permán Gavin, Juan María (2005). *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios Jurídicos*. España, COMARES.
- Petróleos Mexicanos (Pemex) (2000). Reglamento de trabajo del personal de confianza de petróleos mexicanos y organismos subsidiarios. México, Pemex. Disponible en: <http://www.pemex.com/acerca/marco_normativo/Documents/reglamentos/REGLAMENTOPERSONALCONFIANZA2000.pdf>.
- Petróleos Mexicanos (Pemex) y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (STPRM) (2013). Contrato colectivo de trabajo 2013-2015. México, Pemex. Disponible en: <http://www.pemex.com/acerca/informes_publicaciones/Documents/contrato_colectivo/cct_2013-2015.pdf>.
- Picado, G. y Sáenz, K. (2000). *Estimación del gasto privado en servicios de salud en Costa Rica*. Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Documento de Trabajo de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Departamento de Estudios Económicos.
- Portal, Juan M. (2013). Presentación sobre fiscalización y desarrollo social. Mexico, Auditoría Superior de la Federación, Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.asf.gob.mx/uploads/74_Mensajes_del_Titular/Ponencia_ASF.pdf>.

- Presidencia de la República (2013). *Primer informe de gobierno 2012-2013*. México, Presidencia de la República. Disponible en: <http://d5d3d27e1f3d539a162f-a00104427ebc661a8d17f062b85c9f9a.r74.cf2.rackcdn.com/1_IG_DOCUMENTO_ESCRITO.pdf>.
- Puentes-Rosas, Esteban; Sesma, Sergio; Gómez-Dantés Octavio (2005). Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional, en *Salud Pública en México*, vol. 47, supl. 1, pp. 22-26. Disponible en: <<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000510>>.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (2014). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf>.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (2014). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS_171214.pdf>.
- Repullo Labrador, J.R. *et al.* (2005). *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. España, Ariel.
- Repullo, José R.; Iñesta, Antonio (eds.) (2006). *Sistemas y servicios sanitarios*. España, Díaz Santos.
- Rey del Castillo, Javier; Banegas, José Ramón (2010). *Políticas sanitarias en España. Pasado, presente y futuro del Sistema Sanitario Español*". España, tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.
- Rivera Dommarco, Juan; Hernández Ávila, Mauricio; Aguilar Salinas, Carlos; Vadiello Ortega, Felipe y Murayama Rendón, Ciro (eds.) (2012). *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Trabajo realizado por el Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina. Disponible en: <<http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>>. Síntesis ejecutiva en: <<http://www.oda-alc.org/documentos/1365120227.pdf>>.
- Rivett, Geoffrey (2015). *From the cradle to the Grave. The history of the NHS*. Inglaterra, En línea por suscripción: <<http://www.blurb.co.uk/b/5224253-from-cradle-to-grave-the-history-of-the-nhs-1948-1>>.

- Robinson Ray; Dixon, Anna (1999). *Health care systems in transition: United Kingdom*. Dinamarca, European Observatory on Health Care Systems. Disponible en: <<http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>>.
- Romanow, Roy J. (2002). *Building on values: the future of health care in Canada*. Canadá, Commission on the Future of Health Care in Canada. Disponible en: <http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf>.
- Rubio Vila, Francisco J. (coord.) (2011). *Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español*. España, Academia Europea de Ciencias y Artes. Disponible en: <<http://www.academia-europea.org/pdf/Libro%20Blanco%20sobre%20el%20Sistema%20Sanitario%20Espanol.pdf>>.
- Ruesga, Santos; Murayama, Ciro (2012). *Construyendo un sistema nacional de Salud: una propuesta para alcanzar la cobertura Universal*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, mimeo.
- Ruiz-Huerta, Jesús; Granado Martínez, Octavio (2003): *La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica*. España, Fundación Alternativas, Laboratorio Alternativas, documento de trabajo. Disponible en: <http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-H1qwK8.pdf>.
- Salazar, Pedro (2012). Derechos fundamentales, derechos sociales, ciudadanía y salud, en Cordera, Rolando; Murayama Ciro (coords.). *Los determinantes sociales de la salud*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Sales Heredia, Francisco (2011). *El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad*. México, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), Documento de Trabajo núm. 119. Disponible en: <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/270579/832616/file/Gasto_catastrofico_salud_docto119.pdf>.
- Sánchez Bayle, Marciano (ed.) (1996): *El sistema sanitario en España: Evolución, situación actual, problemas y perspectivas*. España, Los Libros de la Catarata, Madrid.
- Secretaría de Salud (2009) *Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008*. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf>.
- Secretaría de Salud (2011a). *Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística 2011*, México, Secretaría de Salud, Dirección General de In-

- formación en Salud. En línea: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html>.
- Secretaría de Salud (2011b). *Observatorio del desempeño Hospitalario 2011*. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/odh/ODH_2011.pdf>.
- Secretaría de Salud (2011c). *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/libros/I_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf>.
- Secretaría de Salud (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf>.
- Secretaría de Salud (2013). Plan nacional de desarrollo 2012-2018. Programa sectorial de salud. México, Gobierno de la República. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf>.
- Secretaría de Salud (2014a). *Informe de resultados del SPSS 2013*. México, Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Protección en Salud. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2014/feb/Inf_SS-20140205.pdf>.
- Secretaría de Salud (2014b). *Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística 2012*. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. En línea: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html>.
- Sempere Navarro, Antonio (2009). *El derecho a la asistencia sanitaria pública: (régimen jurídico de la prestación sanitaria y reintegro de gasto)*. España, Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia.
- Sevilla, Francisco (2006). *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*. España, Fundación Alternativas, Documento de trabajo 86/2006. Disponible en: <<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>>.
- Simón, Gonzalo (2007). *Avances de la reforma de salud desde la perspectiva de las Isapres*. Chile, Expansiva serie En foco núm. 106. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007103646.pdf>.

- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (2007). *Ciudadanía sanitaria. Oportunidades de actualización e integración normativa del SNS en el siglo XXI*. ESPAÑA, SESPAS Extraordinario foro SESPAS-AJS, vol. 15. Disponible en: <<http://www.latindex.ppl.unam.mx/index.php/browse/index/1?sortOrderId=1&recordsPage=11987>>.
- Solórzano, F. (1997). “El sistema de salud del Canadá y su financiamiento”, en *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol., 1, núm. 3, pp. 180-185. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n3/0431.pdf>>.
- Steele, Basil (1946) *Medical Policy Association Briefing on the BMA referendum November 1946*. Inglaterra, Medical Policy Association, Bulletin núm. 16, November 1946. Disponible en: <<http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/the-sma-and-the-foundation-of-the-national-health-service-dr-lestlie-hilliard-1980/medical-policy-association/medical-policy-association-briefing-on-the-bma-referendum-november-1946/>>.
- Teruel Belismelis Graciela; Castro, Manuel; Guadarrama, Roberto (2012). *Estudio sobre los efectos del Seguro Popular en la utilización de servicios médicos y en la salud de los afiliados*. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Disponible en: <http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_efectos.pdf>.
- The Conference Board of Canada (2012) *Who's doing what in the Canadian health system. A selected list of research organizations*. Canadá, The Conference Board of Canada. Disponible en: <www.conferenceboard.ca/Libraries/PUBLIC_PDFS/CASHC_KeyFindings.sfb>.
- Timmins, Nicholas (2001) *After the NHS Plan, what next? Health Care UK*. Inglaterra, King's Fund.
- Twaddle, Andrew C. (1996). “Health system reforms. Toward a framework for international comparisons”, en *Social Science & Medicine*, vol. 43, núm. 5, septiembre 1996, pp. 637-654.
- Urbanos, Rosa (2012). *Sistema Sanitario, salud y sostenibilidad*. España, Fundación Ideas, Documentos de debate 07/2012. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/572478.pdf>>.
- Urriola, Rafael (2006). “Algunos comentarios para evaluar el primer año del Plan AUGE en el sistema público de salud”, en *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 10, núm. 3, pp. 164-169. Disponible en: <<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2541/2463>>.

- Urriola, Rafael (2013). Chile: *Bonos y transferencias en las políticas sociales: más allá de los mitos*. Chile, Chile 21, Colección Ideas, año 14, núm. 141. Disponible en: <<http://www.chile21.cl/wp-content/uploads/2013/06/COLECCION-IDEAS-141-ABRIL-2013.pdf>>.
- Valencia, Enrique; Foust, David y Tetreault, Darcy (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México*. Chile, CEPAL/GIZ/BMZ, Colección Documentos de proyecto. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4035/S2013010_es.pdf?sequence=1>.
- Vergara, Marcos (2007). *Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en la implementación*. Chile, Expansiva serie En foco núm. 112. Disponible en: <http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007114141.pdf>.
- Vergés Jaime, Joaquim (1976). *La Seguridad Social española y sus cuentas*. España, Ariel.
- Vida Soria, José; Monero Pérez, José Luis; Molina Navarrete, Cristóbal; Quesada Segura, Rosa (2007). *Manual de Seguridad Social*, 3ª ed. España, Tecnos.
- Wagstaff, Adam; Doorslaer, Eddy, *et al.* (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, vol. 11, núm. 4, pp. 361-387. Disponible en: <http://www.researchgate.net/profile/Eddy_Doorslaer/publication/222475053_Equity_in_the_finance_of_health_care_Some_international_comparisons/links/0deec51ac3dba374e3000000.pdf>.
- Wanless, Dereck (2001). *Securing our future health: taking a long-term view. Final report*. Inglaterra, HM Treasury. Disponible en: <<http://si.easp.es/derechosciudadania/wp-content/uploads/2009/10/4.Informe-Wanless.pdf>>.
- Webster, Charles (1998). *The National Health System: a Political History*. Inglaterra, Oxford University Press.
- Williamson, Nancy y Blum, Robert W. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en la adolescencia*. México, UNFPA. Disponible en: <<http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>>.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2015). *European Health for all database (HFA-DB)*. En línea: <<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>>.

- Wright, Katherine (1997). *The National Health Service (Private Finance) Bill [HL]*. Inglaterra, House of Commons, Research Paper 97/88, Departmental Report, Cm. 3612. Disponible en: <<http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/RP97-88#fullreport>>.
- Xu, Ke (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología*. Suiza, World Health Organization, Discussion paper núm. 2-2005. Disponible en: <http://www.who.int/health_financing/documents/dp_es_05_2-distribucion_del_gastro.pdf?ua=1>.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADP	asistencia pública domiciliaria
ASF	Auditoría Superior de la Federación
ATAP	asistente técnico de atención primaria
ATS	ayudantes técnicos sanitarios
AUGE	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas
AVD	años de vida asociados a discapacidad
AVISA	años de vida saludable perdidos
AVMP	años de vida perdidos por muerte prematura
CAP	Canadian Assistance Plan
Causes	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCAA	Comunidades Autónomas
CCG	Clinical Commissioning Groups
CCIF	Clasificación del Consumo Individual por Finalidades
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEEY	Centro de Estudios Espinosa Yglesias
CEFP	Centro de Estudios de las Finanzas Públicas
Cenabast	Central Nacional de Abastecimiento
CGE	carga global de enfermedad
CHST	Canada Health and Social Transfer
CHT	Canada Health Transfer
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIEP	Centro de Investigación Económica y Presupuestaria
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
Conapo	Consejo Nacional de Población
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CQC	Care Quality Commission
CSG	Consejo de Salubridad General

CST	Canada Social Transfer
DAFO	debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades
DBFO	design, build, finance and operate
DOF	Diario Oficial de la Federación
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud
Enaho	Encuesta Nacional de Hogares
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EVN	esperanza de vida al nacimiento
F/T/P	niveles de gobierno federal, territorial y provincial
Fassa	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
Fassa-C	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
Fassa-P	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
Foross	Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud
GBD	Global Burden Disease
HRA	Health Research Authority
HSCIC	Health and Social Care Information Center
HTA	Health Technology Agency
HTA	Human Tissue Authority
IHME	Instituto de Métrica y Evaluación en Salud (por sus siglas en inglés)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Ingesa	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INI	Instituto Nacional de Industria
INP	Instituto Nacional de Previsión
INS	Instituto Nacional de Seguros
Insalud	Instituto Nacional de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social

INV	Instituto Nacional de la Vivienda
Isapres	Instituciones de Salud Previsional
Isfas	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Isses	instituciones de seguridad social estatales
ISSET	Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Issstecali	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Gobierno y Municipio del Estado de Baja California
Issstecam	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Campeche
Isstech	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas
ISSTEY	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Yucatán
IVA	impuesto al valor agregado
LCF	Ley de Coordinación Fiscal
LGS	Ley General de Sanidad (España)
LGS	Ley General de Salud (México)
MAI	modalidad de asistencia institucional
mdp	millones de pesos
MECP	Médicos y enfermeras en contacto con el paciente
MHRA	Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency
Mideplan	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MLE	modalidad de libre elección
Muface	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
Mugeju	Mutualidad General Judicial
NAO	National Audit Office
NHS	National Health System
NHSBSA	NHS Business Services Authority
NHSBT	NHS Blood and Transplant
NHSLA	NHS Litigation Authority
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NIHR	National Institute for Health Research
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCT	Primary Care Trust
PEA	población económicamente activa
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
Pemex	Petróleos Mexicanos
PFI	Private Finance Initiative
PHAC	Public Health Agency of Canada
PIB	Producto Interno Bruto
PMS	Primary Medical Service
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PPA	paridad de poder adquisitivo
PPP	purchasing power parity (paridad de poder adquisitivo)
PVP	precio de venta al público
Ramo 12	Rubro del PEF correspondiente a la Secretaría de Salud
Ramo 33	Rubro del PEF correspondiente a Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios
REPSS	regímenes estatales de protección social en salud
RHA	Regional Health Authorities
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
Semar	Secretaría de Marina
Sesa	Sistemas Estatales de Salud
SHA	Strategic Health Authorities
Sicuentas	Sistema de Cuentas en Salud
Sinaiis	Sistema Nacional de Información en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNPS	Sistema Nacional Público de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
TBM	tasa bruta de mortalidad
TBN	tasa bruta de natalidad
TCMA	tasa de crecimiento medio anual
TGF	tasa global de fecundidad

UE	Unión Europea
UMCE	unidad médica de consulta externa
UMF	unidad de medicina familiar
UMH	unidad médica de hospitalización
Unespa	Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

- Cuadro 1.1. Ingresos tributarios por tipo de impuestos en países seleccionados de América Latina, 2011, *59*
- Cuadro 1.2. Gasto público per cápita según condición de aseguramiento en entidades federativas, 2012, *73*
- Cuadro 1.3. Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema de atención a la salud en México, *96*
- Cuadro 1.A1. Equipamiento por tipo de instituciones públicas de salud, *108*
- Cuadro 1.A2. Equipo médico según tipo de población, 2012, *109*
- Cuadro 1.A3. Tasas de crecimiento medio anual del gasto público total en salud por condición de aseguramiento, *109*
- Cuadro 1.A4. Distribución y tasa de crecimiento medio anual del gasto público en salud por tipo de población, 2000 y 2012, *110*
- Cuadro 1.A5. Gasto público en salud para la población con seguridad social, 2000-2012, *111*
- Cuadro 1.A6. Evolución de la población derechohabiente del IMSS, el ISSSTE y el SPSS, *112*
- Cuadro 1.A7. Distribución del gasto en salud para la población con seguridad social, 2012, *114*
- Cuadro 1.A8. Gasto total, público y privado en salud, *115*
- Cuadro 1.A9. Importancia del gasto público en salud en el PIB y en el gasto público total en las entidades federativas, *118*
- Cuadro 1.A10. Distribución del gasto total en salud por fuente de financiamiento y tasa de crecimiento medio anual real, 2008-2011, *119*
- Cuadro 1.A11. Tasas de crecimiento medio anual del gasto público y privado en salud per cápita, *120*
- Cuadro 1.A12. Evolución del gasto en salud en los hogares, 2006-2012, *120*
- Cuadro 1.A13. Distribución del gasto total en salud por función, 2008-2011, *121*
- Cuadro 1.A14. Recursos financieros en salud para población sin seguridad social, 2000-2012, *121*

- Cuadro 1.A15. Tasas de crecimiento medio anual del gasto público en salud para población sin seguridad social, *122*
- Cuadro 1.A16. Evolución del Ramo 12 en el PEF, análisis funcional programático económico, 2000-2014, *122*
- Figura 1.1. Evolución del número de derechohabientes del IMSS, del ISSSTE y del Seguro Popular, *27*
- Figura 1.2. Población usuaria de servicios de salud, 2013, *30*
- Figura 1.3. Indicadores demográficos de México, 1990-2014, *35*
- Figura 1.4 Tasas de mortalidad por principales causas de muerte, 1990-2012, *38*
- Figura 1.5. Principales causas de morbilidad en México, 2012, *41*
- Figura 1.6. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México, *45*
- Figura 1.7. Financiamiento y atención en salud del sistema de seguridad social, *48*
- Figura 1.8. Financiamiento y atención del Sistema de Protección Social en Salud, *49*
- Figura 1.9. Número de unidades de salud por tipo de institución, 2012, *51*
- Figura 1.10. Camas censables, 2000 y 2012, *53*
- Figura 1.11. Personal médico por institución, 2012, *55*
- Figura 1.12. Distribución del gasto en salud en México, 2012, *60*
- Figura 1.13. Gasto público total en salud en poblaciones con y sin seguridad social, *62*
- Figura 1.14. Evolución del gasto público en salud para la población con seguridad social, por tipo de institución, 2000-2012, *64*
- Figura 1.15. Distribución del gasto en salud para la población con seguridad social, 2012, *65*
- Figura 1.16. Gasto total en salud como proporción del PIB, 1995-2011, *70*
- Figura 1.17. Gasto público y privado en salud per cápita, *71*
- Figura 1.18. Gasto del gobierno en salud per cápita, *75*
- Figura 1.19. Aportaciones federales (Ramo 12 y Fassa) y gasto estatal en salud, *77*
- Figura 1.20. Distribución del gasto público en salud para la población sin seguridad social, por entidad federativa, *81*
- Figura 1.21. Distribución de los egresos del Ramo 12 por tipo de gasto, PEF 2000-2014, *83*
- Figura 1.22. Evolución del Ramo 12 en el PEF por tipo de gasto, 2000-2014, *84*
- Figura 1.23. Distribución de los recursos del Fassa por tipo de gasto, PEF 2000-2014, *85*
- Figura 1.A1. Médicos en contacto con el paciente en las instituciones públicas de salud según tipo de población, 2000 y 2012, *123*
- Figura 1.A2. Gasto público en salud como proporción del gasto total en salud, *123*

Figura 1.A3. Gasto público en salud como proporción del PIB, *124*

Figura 1.A4. Gasto público en salud como proporción del gasto público total, *124*

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CANADÁ

Cuadro 2.1. Evolución del gasto en salud en Canadá, 1995-2010, *138*

Cuadro 2.2. Fuentes de ingresos como porcentaje del total de gastos en salud, 1995-2010, *140*

Cuadro 2.3. Profesionales de la salud que ejercen en Canadá por cada 1 000 habitantes 1990-2009, *148*

Cuadro 2.4. Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema público de salud. Canadá, *154*

Figura 2.1. Organigrama del sistema de atención a la salud de Canadá, *131*

Figura 2.2. Estructura del sistema de salud en Canadá, *135*

Figura 2.3. Estructura del sector privado en el sistema nacional de salud en Canadá, *135*

Figura 2.4. Total de gastos en salud por fuente de financiamiento, *137*

Figura 2.5. Composición de los flujos de financiamiento en el sistema canadiense de salud, *141*

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CHILE

Cuadro 3.1. Síntesis de la legislación básica de salud en Chile, *160*

Cuadro 3.2. Estructura de prestadores y pagadores de salud pública y privada, *161*

Cuadro 3.3. Estructura del Ministerio de Salud y los entes de salud autónomos, *163*

Cuadro 3.4. Distribución territorial del Ministerio de Salud en Chile, *164*

Cuadro 3.5. Sistema de seguro de salud en Chile, *165*

Cuadro 3.6. Cobertura del Fondo Nacional de Salud, *167*

Cuadro 3.7. Transferencias a privados desde el presupuesto de salud, 2010-2013, *168*

Cuadro 3.8. Ingreso presupuestario del sector salud, 2013, *170*

Cuadro 3.9. Gasto en salud y su participación en el PIB 2000-2011, *171*

Cuadro 3.10. Composición del gasto público y privado en salud 2000-2011, *172*

Figura 3.1. Distribución de cotizantes en salud por deciles de ingreso, *170*

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN COSTA RICA

- Cuadro 4.1. Porcentaje de la población económicamente activa cubierta por el seguro social de salud, 1950-2010, *188*
- Cuadro 4.2. Asegurados directos del seguro social de salud, junio de 2012, *188*
- Cuadro 4.3. Condición de aseguramiento (seguro social de salud) de la población total, julio de 2012, *190*
- Cuadro 4.4. Caja Costarricense de Seguro Social: ingresos del seguro de enfermedad y maternidad, 2008-2012, *192*
- Cuadro 4.5 Gasto público en salud, 2000-2012, *194*
- Cuadro 4.6. Caja Costarricense de Seguro Social: gastos del seguro de enfermedad y maternidad, 2008-2012, *195*
- Cuadro 4.7. Gasto privado mensual en salud, *197*
- Cuadro 4.8. Personal del seguro de salud por grupo ocupacional, 2011, *201*
- Cuadro 4.9. Seguro social de salud: camas, egresos hospitalarios, estancia promedio y giro de camas, 2011, *202*
- Cuadro 4.10. Atención de urgencias y consulta externa en el seguro social de salud, 2011, *203*
- Cuadro 4.11. Indicadores resumen del seguro social de salud, 2011, *205*

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN ESPAÑA

- Cuadro 5.1. Población protegida por la asistencia pública en salud, 1945-1965, *218*
- Cuadro 5.2. Población protegida por la asistencia pública en salud, 1966-1978, *220*
- Cuadro 5.3. Competencias sanitarias de las administraciones, *226*
- Cuadro 5.4. Marco normativo del derecho a la salud, *228*
- Cuadro 5.5. Nuevas formas de gestión, *251*
- Cuadro 5.6. Fuentes de financiamiento 1989-1999, *254*
- Cuadro 5.7. Presupuesto inicial en salud de Administración General del Estado, Seguridad Social y Comunidades Autónomas, *261*
- Cuadro 5.8. Gasto sanitario total, público y privado, *262*
- Cuadro 5.9. Gasto sanitario total en algunos países de la Unión Europea, *262*
- Cuadro 5.10. Gasto sanitario público y porcentaje en el PIB, *264*
- Cuadro 5.11. Crecimiento anual medio del gasto según factores, *265*
- Cuadro 5.12. Porcentaje explicado por cada factor sobre el total de crecimiento del gasto sanitario, *266*
- Cuadro 5.13 Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema de atención a la salud. España, *272*

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD EN INGLATERRA

Cuadro 6.1. Pagos directos a los diferentes tipos de cuidado de la salud, *294*

Cuadro 6.2. Trayectoria de un ciudadano tipo por el sistema de atención a la salud.
Inglaterra, *304*

Figura 6.1. Estructura del National Health System en 1948, *278*

Figura 6.2. Estructura del National Health System en 1974, *279*

Figura 6.3. Estructura del National Health System en 1997, *282*

Figura 6.4. Estructura del National Health System en abril de 2013, *286*

RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LOS ANÁLISIS DE CASOS NACIONALES

Cuadro 7.1. Algunos indicadores de referencia para el análisis de la salud, *312*

Cuadro 7.2. Indicadores demográficos, 2012, *313*

Cuadro 7.3. Tasas brutas de mortalidad, 2008, *313*

Cuadro 7.4. Estructura de la morbilidad por causas de fallecimiento, 2008, *315*

Cuadro 7.5. Evolución del porcentaje de gasto público en salud sobre el total del
gasto en salud, *318*

Cuadro 7.6. Planes privados de salud, importancia relativa sobre el total del gasto
privado, 2012, *319*

Cuadro 7.7. Camas de hospital por 10 000 habitantes, 2011, *321*

Cuadro 7.8. Recursos humanos en la atención de la salud, 2011, *322*

Cuadro 7.9. Indicadores de nivel tecnológico. Utilización de diversas tecnologías
por millón de habitantes, 2013, *323*

Cuadro 7.10. Gasto per cápita en salud, 2002 y 2012, *324*

Cuadro 7.11. Evolución del gasto total en salud, 1995-2012, *325*

Cuadro 7.12. Algunos indicadores financieros de los sistemas nacionales de salud,
2012, *326*

