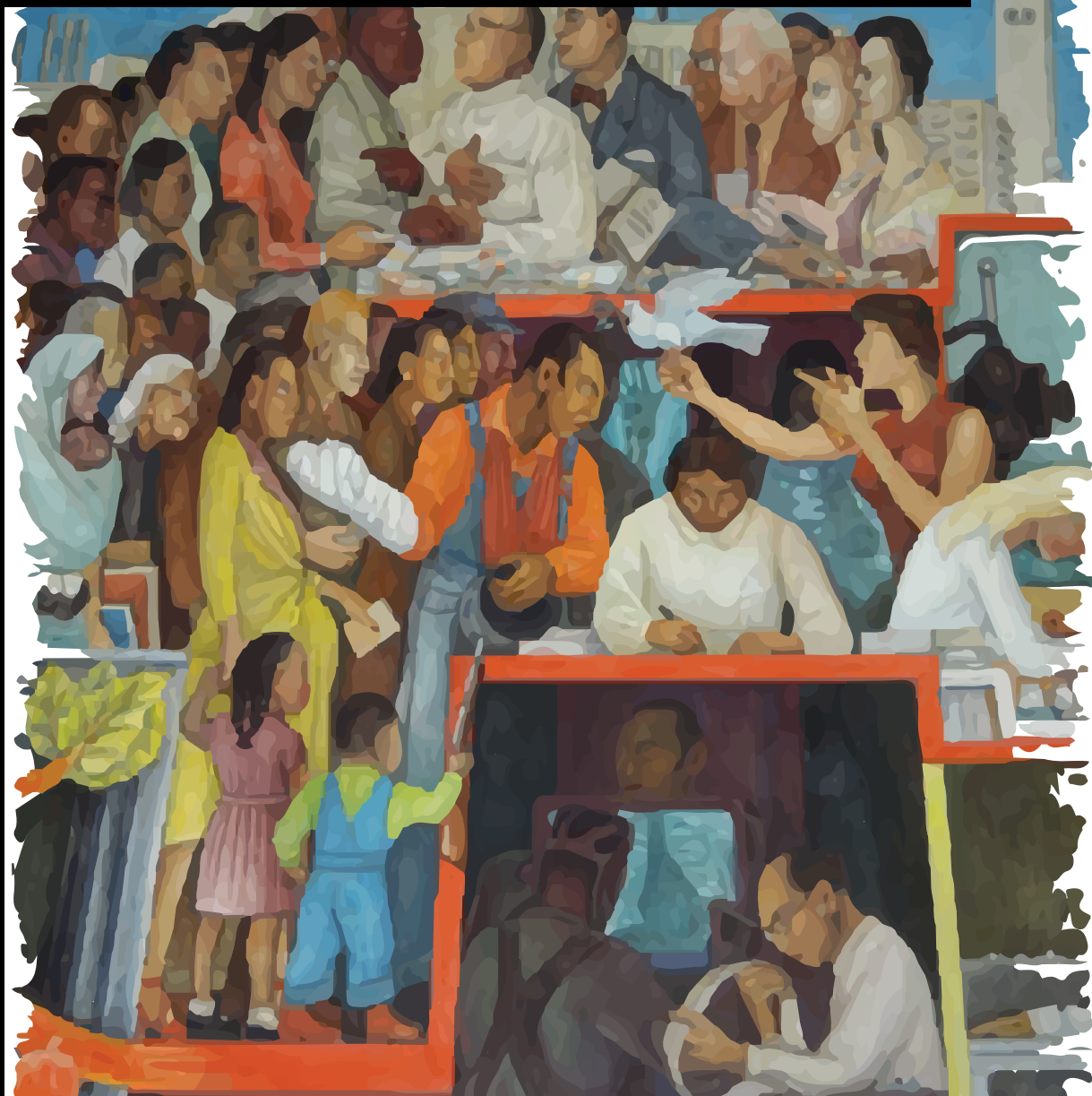


# Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México

*Síntesis Ejecutiva*

Ciro Murayama y Santos M. Ruesga





HACIA UN SISTEMA NACIONAL  
PÚBLICO DE SALUD EN MÉXICO  
SÍNTESIS EJECUTIVA

Universidad Nacional Autónoma de México  
Programa Universitario de Estudios del Desarrollo

# HACIA UN SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD EN MÉXICO

UNA PROPUESTA INTEGRAL A PARTIR  
DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

SÍNTESIS EJECUTIVA

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

Murayama Rendón, Ciro, autor

Ruesga Benito, Santos Miguel, autor

*Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México. Síntesis ejecutiva*  
/ Ciro Murayama Rendón. Santos Miguel Ruesga Benito. – Primera edición.

64 páginas

ISBN UNAM: 978-607-02-7899-0

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](http://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: 978-607-02-7899-0

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

## *Introducción*

El Estado mexicano se encuentra inmerso en un intenso proceso de reformas estructurales que abarcan a diferentes ámbitos de la organización legal e institucional de la sociedad y a subsistemas que son determinantes en la calidad de vida de los ciudadanos. Uno de ellos, directamente relacionado con el bienestar de la población así como con el devenir de la economía mexicana, se refiere al sistema nacional de protección a la salud.

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. Una 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.

También fue significativo que en el Pacto por México, signado en 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 el apartado de acuerdos, 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 conjunto 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 (UNAM); *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 (Coneval) 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 (PIB), así como un componente excesivo del gasto privado y del gasto de bolsillo, 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 (IMSS) 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 (ISSSTE). 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 componen a 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 a 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 también en diferentes paquetes de cobertura de la atención a la salud, así como en una calidad heterogénea.

A la luz de esta realidad, 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 los siguientes aspectos: 1) el volumen de recursos que se requiere para hacer efectivo un SNPS de cobertura universal; 2) los mecanismos de la transición de esquemas de financiamiento contributivos a los 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 de 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. En esta Síntesis Ejecutiva se recogen los principales resultados del estudio encargado por el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo de la UNAM, el Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República y la Sede Subregional en México de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para debatir, con referencia a diferentes modelos internacionales, sobre el sistema mexicano de cuidado de la salud y proponer algunas líneas de actuación para avanzar hacia un SNPS.

La estructura de esta síntesis sigue una línea de exposición por funciones conceptuales a fin de obtener elementos comunes y elementos singulares de las experiencias nacionales contempladas. En primer lugar, este documento parte del análisis de los marcos legales y derechos reconocidos en los distintos sistemas estudiados; a continuación se introduce en la cobertura que muestran los distintos sistemas en estudio; en tercer lugar se observa la situación general de la salud y sus determinantes sociodemográficos y con ello se revisa la estructura general del sistema de atención a la salud; posteriormente se analizan los recursos con los que cuentan los sistemas de protección de la salud: humanos, de infraestructuras físicas y tecnológicos; cuestión fundamental, sin duda, a los ojos de futuros proyectos mexicanos, son los recursos financieros, tema que se aborda en sexto lugar; finalmente, en este terreno analítico, se describe la situación comparativa de atención a la salud en México con respecto al resto de los sistemas nacionales estudiados, a partir de los análisis DAFO (*debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades*) desarrollados para cada uno de ellos.

De forma muy breve, las conclusiones del apartado final resumen el contenido de este documento y abren el camino a un capítulo de propuestas y recomendaciones orientadas al desarrollo, en un horizonte inmediato, de un SNPS para México. Tal conjunto de propuestas y recomendaciones se articulan en torno a ejes que, sin ánimo de exhaustividad, nos parecen esenciales para la puesta en marcha, desarrollo y funcionamiento eficiente de dicho proyecto esencial para el bienestar social de los mexicanos.

### *Marco legal y derechos*

Desde 1983 quedó establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que toda persona tiene derecho 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 los servicios de salud en México se encuentran normados por un conjunto de leyes de orden federal y por reglamentos propios 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 en su parte operativa como Seguro Popular. El objetivo del spss 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, a partir de 1985, de la delegación de responsabilidades a las entidades federativas, han venido subsanando algunas de las deficiencias del sistema de salud 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 que se observa en algunos países, como España y Costa Rica, en los que también el cuidado de la salud se instituye como un derecho constitucional para todos los ciudadanos, que se desarrolla en la legislación secundaria y a nivel local.

Cabe reconocer que el dar rango constitucional a un derecho o conjunto de derechos, si bien ofrece el mayor soporte jurídico para exigir la implementación de un sistema nacional que garantice tal derecho, no necesariamente es garantía de su efectividad. Serán procesos políticos posteriores a la reforma constitucional los que vayan definiendo el desarrollo de normas básicas y reglamentarias que establezcan las medidas necesarias para universalizar de modo efectivo la atención a la salud por parte del Estado. Como en el caso mexicano, la proliferación legislativa en la materia no garantiza por sí misma tal objetivo, sino que puede derivar en una cierta confusión y colusión normativa sin asegurar la universalidad de las prestaciones sanitarias. Así ocurre, por ejemplo, en el caso chileno y, aunque en menor medida que en el caso mexicano, también en el sistema de salud español. Un elemento adicional que no puede quedar fuera del diagnóstico se refiere a las decisiones con respecto al gasto y la inversión públicos en materia de salud, pues la evidencia internacional muestra que sin disponibilidad presupuestal el Estado no es capaz de cumplir con sus obligaciones básicas.

De esta forma, a partir del reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud como derecho fundamental se ha generado 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 –determinada esencialmente por su situación laboral–, además de que está condicionado por la multiplicidad de sistemas normativos que lo regulan, con garantías heterogéneas que dependen de 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 de los servicios de salud públicos 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 revelan un alto grado de 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, así como la ineficiencia y distracción de recursos financieros, materiales y humanos.

De acuerdo con Mesa Lago (2005), en la práctica el sistema de salud funciona como un modelo de tres componentes (seguridad social, servicios públicos y servicios 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 de los servicios de salud 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 sistema de salud 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 propia que se traduce en una protección de salud exclusiva de trabajadores formales y no establece 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 financiado con impuestos generales y con un nivel de gasto público que se acerque al que destinan las naciones que efectivamente han logrado consolidar sistemas públicos de atención universal a la 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 la 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 una 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 que se vayan presentando en la demanda de servicios para la salud de los ciudadanos.

### *Cobertura en 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 que no contaba 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 a la atención pública en 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 en 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 en 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 para 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 Coneval (2013), el 21.5% de la población nacional (25.3 millones de mexicanos) presentaba carencia en el acceso a los servicios de salud en 2012. Asimismo, la fragmentación institucional del sistema nacional de salud (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 afiliarse a toda la población (cobertura legal), sino que es necesario instrumentar estrategias para establecer un paquete 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 gasto de bolsillo o 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 a 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 médica 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 manera modula el acceso a determinadas prestaciones.

La segunda dimensión del concepto cobertura hace referencia a la población protegida. El concepto de sistema universal implica acceso a los servicios de salud de toda la población sin distinción alguna. En su sentido más amplio –o generoso–, 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 (por cuenta propia o asalariado) se generan huecos en la cobertura del sistema público que se extienden ahí 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 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. Esto 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 de la vejez.

**Cuadro 1. Algunos indicadores de referencia para el análisis de la salud, 2012**

<i>País</i>	<i>Ingreso nacional bruto per cápita (USD PPP)</i>	<i>Gasto en salud (% PIB)</i>
Canadá	42 430	10.9
Chile	21 310	7.2
Costa Rica	12 500	10.2
México	16 450	6.2
España	31 670	9.6
Reino Unido	37 340	9.4
Estados Unidos	52 610	17.9

PPP: purchasing power parity (paridad de poder adquisitivo).

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 que se presenta en los 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 incluidos en el análisis se alcanzaban cifras del doble de ese 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 Reino Unido ya se superaban los 40 años.

Las tendencias demográficas en México, sin embargo, apuntan en la misma dirección y parecen indicar que en unos pocos 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 se asemejará a la que muestran países como Costa Rica o Chile, para situarse posteriormente en las de 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 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.

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 puede llevar a pensar que todavía se cuenta con un lapso razonable 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 la esperanza de vida saludable (HALE,<sup>1</sup> 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 unos nueve años de anticipación respecto a la esperanza de vida al nacer–, mientras que 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, con lo que la ventaja de la juventud demográfica del país que le permitiría abordar con tiempo estos problemas debe ser relativizada y ha de entenderse que tales padecimientos comienzan a estar presentes en la realidad mexicana.

En una senda de acción adecuada podría esperarse que, como ocurre en los países desarrollados, a medida que avanza la esperanza de vida en general, también, de acuerdo con una mejora generalizada de la salud, se prolongue la esperanza de vida saludable. Por lo tanto, es indispensable introducir la variable demográfica en el análisis de los requerimientos de los sistemas de salud en lo que se refiere tanto al volumen de la población a atender, como a sus características y composición por edades.

Por otra parte, en cuanto a los niveles de mortalidad de la población, la tasa en México es sustancialmente más elevada que la de los países señalados como referentes. Las diferencias son bastante más acusadas en lo que se refiere a mortalidad infantil: la tasa correspondiente a México (15.3 fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos) es casi cinco veces superior a la de España (3.5 por 1 000), la más baja entre las consideradas. De nuevo, esto marca objetivos singulares en cuanto a ámbitos prioritarios de atención de la salud en México.

La situación del caso mexicano en referencia a otros países resulta ilustrativa desde el punto de vista de las enfermedades que padece la población, esto es, de los perfiles de la morbilidad. Si bien es cierto que México ya se encuentra en una etapa avanzada en la transición epidemiológica, en la que las enfermedades no transmisibles tienen el mayor peso en la carga global de enfermedad (aunque los cambios en

<sup>1</sup> *Healthy life expectancy at birth*: expectativa de años de vida saludable al nacer.

el perfil de salud de la población nacional hayan sido heterogéneos, condicionados en especial por su ubicación geográfica, su edad y su sexo), todavía se aprecian diferencias singulares respecto a los países seleccionados en este análisis.

**Cuadro 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.

En un primer plano, las enfermedades transmisibles, particularmente en lo que afecta a la mortalidad infantil, aún mantienen un peso relativo significativamente superior al que se registra en los otros países analizados. En un segundo plano, entre las enfermedades no transmisibles en México destaca de manera muy relevante, por su magnitud, la diabetes mellitus, con incidencia relativa sobre la mortalidad, que llega a ser del triple de la que se presenta en los otros países latinoamericanos considerados y de más del quíntuple con respecto a los más desarrollados. La diabetes constituye casi una plaga en el cuadro de morbilidad mexicano, en estrecha relación con hábitos alimentarios inadecuados adquiridos en fechas recientes y con las marcadas carencias en el ámbito de la medicina preventiva.

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 alimentarios y carencias de los sistemas de atención a la salud, mientras que la tercera está vinculada a los problemas de tráfico característicos de economías en desarrollo. Por último, la incidencia de enfermedades isquémicas del corazón y de cáncer como causa de mortalidad, que son hegemónicas en los países desarrollados (como *enfermedades de la civilización*), en México mantienen todavía tasas de incidencia relativa reducidas.

Cuadro 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 nutricias (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.

Las cifras generales no deben dar lugar a que se considere que los patrones de mortalidad y morbilidad en México son homogéneos, pues ambos varían por grupos de edad, sexo, zonas geográficas y condición socioeconómica. Baste señalar que entre los niños todavía existe una alta prevalencia de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, mientras que entre la población adulta, además de la pandemia de diabetes, el incremento en los daños a la salud por violencia es un hecho destacable. 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 enfermedades musculoesqueléticas, que constituyen padecimientos con un peso importante en la carga de enfermedad y que saturan los servicios de primer nivel de atención.

Un elemento de importancia fundamental para analizar la compleja problemática de la situación de la salud y de su atención en México se refiere al marcado desfase entre las principales causas de morbilidad en el país y la demanda de atención en salud, la cual parece ser inducida de manera marcada por la oferta de ser-

vicios. Un genuino SNS ha de brindar una atención más adecuada a los problemas prioritarios para la salud de los mexicanos, en especial la diabetes y la hipertensión arterial, y tendrá que privilegiar sistemas de detección temprana de enfermedades genéticas y programas de prevención de estos padecimientos. Asimismo, deberá considerar entre sus objetivos el prevenir la exposición a los principales factores de riesgo a la salud, de manera especial la obesidad, que constituye un reto esencial para frenar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Hasta el momento esto no ocurre así, pues el grueso de las consultas de servicios de salud se sigue concentrando en la atención del embarazo y el tratamiento de enfermedades respiratorias y gastrointestinales contagiosas.

### *Estructura general del sistema de atención a la salud*

En todos los casos analizados en este estudio coexisten el sector público y el sector privado, que interactúan de manera diversa y en proporciones también diferenciadas en cada país.

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 se desempeñan como asalariados en el sector formal de la economía. Estas instituciones se financian con contribuciones sociales tripartitas y usualmente proveen a su población derechohabiente de servicios de salud de manera directa, en una red propia de clínicas, hospitales y personal. 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 adicionales en materia de salud).

El 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).

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).

**Cuadro 5. Evolución del porcentaje de gasto público en salud sobre el total del gasto en salud, 1995-2012**

<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.

Esta dicotomía público/privado se manifiesta en todo el mundo, de modo que en este rubro nos encontramos con dos tipos de modelos básicos en cuanto a la distribución de la atención sanitaria de la población. En los países desarrollados, quizá

con la excepción significativa de Estados Unidos, la atención a la salud se lleva a cabo preferentemente con recursos públicos, de modo tal que la proporción del gasto sanitario que se ejecuta con ellos se sitúa por encima del 70% en los países considerados en nuestro análisis comparativo (Canadá, España e Inglaterra), dejando 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.

En este sentido 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 ante una situación de accidente o enfermedad, sin que intermedien mecanismos de aseguramiento. Este mecanismo de financiamiento, donde tiene un peso significativo el gasto de bolsillo –y eventualmente catastrófico– tiende a favorecer la inequidad social en el acceso a la salud y hace que la desigualdad social se reproduzca.

**Cuadro 6. Planes privados de salud, importancia relativa sobre el 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 sistema de salud entre estos tres principales esquemas de acceso a la atención, cuyas funciones de financiamiento y provisión de servicios se integran verticalmente. Con la reducida integración horizontal y la escasa coor-

dinación entre los subsectores, la estructura del SNS no da lugar 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. No se ha logrado siquiera 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 –Reino Unido, Canadá o España–, pero está lejano aún en 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 (para el caso del IMSS, ISSSTE y de los sistemas de seguridad social en las entidades federativas), que introducen ineficiencias por posibles interferencias en el uso de los recursos financieros públicos.

La experiencia internacional analizada apunta hacia 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 diferentes (de la seguridad social o del ámbito de las administraciones públicas) las 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 introducen a los respectivos sistemas analizados la complejidad de los sistemas burocrático-administrativos (Inglaterra) o la división 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 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, 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 que 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. Requisitos sin duda indispensables para abordar la necesaria transformación del sistema que demanda un volumen de recursos importante. 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.

### *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 se han experimentado avances en la consolidación y modernización de la infraestructura y equipamiento en la ss y los Sesa, pero no han resultado suficientes para cubrir cabalmente la creciente demanda de servicios de salud y brindar una adecuada atención, en particular 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 materia de atención a 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 compara dotaciones sanitarias en el ámbito internacional) es la mitad en México que en España, Canadá o el Reino Unido, y sólo está ligeramente por encima de la dotación con la que cuenta Costa Rica.

La cantidad de profesionales en conjunto es significativamente inferior a las que hay en los países de referencia. Si bien la dotación global para todo el sistema (público + privado) es superior a la de Chile o Costa Rica, resulta 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 el incremento de personal médico, lo que indica 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 terreno de la atención a la salud donde el esfuerzo en México ha de ser relativamente más intenso, lo que no sólo requiere de inyección de recursos al sistema de atención a la salud en sí mismo, con los correspondientes desarrollos en infraestructura, sino que también traslada demandas importantes al sistema educativo profesional y superior.

**Cuadro 7. Camas de hospital por 10 000 habitantes, 2012**

<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 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.

Conviene destacar que en materia de recursos humanos persisten diferencias más o menos marcadas dependiendo 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 de calidad, mejorando los tiempos de espera para recibir esta atención.

El suministro adecuado de prescripciones médicas constituye otro importante desafío para ese futuro sistema de universalidad en el acceso a las prestaciones.

**Cuadro 9. Indicadores de nivel tecnológico. Utilización de diversas tecnologías por millón de habitantes, 2013**

<i>País</i>	<i>Resonancia magnética</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

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 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 se relaciona con el reducido nivel de gasto en salud que, como se verá a continuación, está por detrás incluso del 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.

### *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 efecto en el nivel de salud de la población en general o porque están relacionados con costos que, de ser absorbidos por las familias, constituyen riesgos de gasto catastrófico o empobrecedor–, el incremento del gasto público en salud es la primera premisa que aparece en ese horizonte; incremento inexcusable y que deberá ser significativo respecto a la situación actual.

**Cuadro 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

PPP: purchasing power parity (paridad de poder adquisitivo).

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 y desde una perspectiva social. El incremento y la eficiencia en el gasto público en salud son indispensables para revertir las fuertes desigualdades en la atención a la salud, que persisten como resultado de un modelo con distorsiones en la distribución de recursos entre la población por tipo de afiliación a las diversas instituciones, por la heterogeneidad en los paquetes de atención, por las condiciones demográficas y rezagos estructurales

en la provisión de servicios de atención a la salud en las entidades federativas, la escasez de recursos humanos y las diferencias en 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 significa también mejorar las condiciones para el crecimiento económico. Si esta premisa calara tanto en el tejido social mexicano como en el ámbito de la representación política se habría avanzado mucho en el camino de la implementación de un sistema nacional público de salud digno de tal nombre.

En esa ruta, 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 de la salud, como la vigilancia epidemiológica y las campañas de información y prevención. La eficiencia del gasto será mayor si se avanza hacia un modelo preventivo basado en la atención primaria, que si se mantiene un modelo curativo o paliativo. Así, 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.

El financiamiento actual de los servicios de salud en México presenta graves 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%) (ver el cuadro 5).

Para el conjunto del sistema también el gasto en salud ha crecido de forma sostenida desde al año 2000 hasta la actualidad, con algunos altibajos a lo largo del periodo. Aun así, las diferencias son acusadas con respecto a otros países, incluidos los latinoamericanos contemplados en el análisis que aquí se realiza. 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 y renta 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 inferior al que se alcanza en otros países analizados.

Cuadro 11. Evolución del gasto total en salud (porcentaje del PIB), 1995-2012

Años	País						
	Canadá	Chile	Costa Rica	México	España	Reino Unido	Estados Unidos
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 a partir de datos de la oms.

Además, mientras que en la perspectiva internacional el gasto público en salud ha representado más de 5% del PIB y ha registrado una tendencia creciente, en México esta proporción se ha mantenido apenas sobre el 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 12).

México tiene un insuficiente gasto público en salud –pero también insuficiente inversión– y, a la vez, ese reducido gasto lo financia de forma inadecuada, con un considerable componente privado. Esto quiere decir que el sector público en México tendría que destinar al menos el doble de los recursos que actualmente canaliza a la salud para alcanzar un nivel de gasto promedio en la perspectiva inter-

nacional de los países que cuentan con sistemas de atención universal a la salud. Si bien esto plantea un enorme desafío, no sólo en el sector salud sino sobre todo en el campo hacendario y fiscal, también abre una oportunidad para que disminuya el gasto privado en salud que realizan las familias. Una mayor atención en salud y un menor gasto de los usuarios generaría un claro efecto en términos de “beneficio del consumidor” y bienestar social, que conviene aquilatar.

**Cuadro 12. Indicadores de gasto público en salud, 2011**

<i>País</i>	<i>Gasto del gobierno como % del gasto total en salud</i>	<i>Gasto del gobierno en salud como % del gasto total del gobierno</i>
Canadá	70.4	17.4
Chile	48.4	14.8
Costa Rica	74.7	28.0
México	50.3	15.0
España	73.0	20.3
Reino Unido	82.8	15.1
Estados Unidos	47.8	16.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Por otra parte, al comparar el porcentaje del gasto del gobierno en salud como porcentaje del gasto gubernamental agregado se observa que si bien México se encuentra entre los países que menos proporción de sus recursos públicos destina a la salud de su población, el rezago en este indicador es menor al gasto público per cápita en salud. Es decir, el país invierte muy poco en salud comparativamente desde el sector público, pero destina un 15% de su gasto gubernamental a la salud, no muy lejos del esfuerzo de Canadá (17.4%) o Reino Unido (16%). De ahí que la precaria inversión en salud en México se explique no porque existan prioridades de gasto muy diferenciadas respecto a los países considerados en el análisis, sino porque en este país el nivel de gasto público, independientemente de su destino, es en extremo reducido en comparación con lo que se esperaría de una economía que se contabiliza entre las primeras 14 del orbe. Hay, pues, un problema estructural en materia de recaudación fiscal y de gasto e inversión públicos que afecta al conjunto de las capacidades del Estado mexicano.

El gasto en salud per cápita, tanto público como privado, ha sido creciente desde el año 2000. Aunque las brechas tienden a reducirse, persisten diferencias importantes entre entidades federativas, lo que indica desequilibrios y deficien-

cias en la distribución y uso de los recursos. Éstos pueden estar asociados a la debilidad de los criterios de asignaciones presupuestarias y el ejercicio mismo de los recursos. Esta heterogeneidad interestatal se combina con diferencias entre el gasto público per cápita para las poblaciones sin seguridad social y el destinado a aquéllas con seguridad social. Las fuertes disparidades confirman la fragmentación del sistema 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, al pasar de 46.6% del total del gasto sanitario en el año 2000 a 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 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.

**Cuadro 13. 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 en salud</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.



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 (OMS), la cual señala 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 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 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 (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 se han ido reduciendo, aún hay hogares en los que el acceso a la atención médica les 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 per cápita a pesos constantes se ha estabilizado. Esto refleja una menor presión del gasto en salud sobre los ingresos de las familias mexicanas. Algunos estudios incluso señalan que los cambios positivos en el gasto público en salud, en particular los del Seguro Popular, han permitido limitar el gasto de bolsillo de las personas no aseguradas y con ello reducir los riesgos de empobrecimiento de las familias por gastos derivados de la atención de enfermedades, sobre todo en lo relativo a gastos catastróficos. 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.

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 ha registrado el mayor incre-

mento 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 de este fondo también presenta importantes desequilibrios interestatales.

El gasto financiado por las entidades federativas significa una parte limitada del gasto público nacional en salud dirigido a la población sin seguridad social; en 2011 solamente significó 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 pone de manifiesto en la gran proporción de los recursos destinados a cubrir el gasto corriente en detrimento del gasto en capital, cuando resulta imprescindible ampliar la inversión en infraestructura básica y equipamiento médico a fin de asegurar el acceso efectivo de toda la población a un servicio de salud integral, oportuno y de calidad.

Con el fin de identificar los requerimientos financieros para desarrollar un sistema nacional público de salud (SNPS) que se acerque a los estándares internacionales, conviene realizar un ejercicio sencillo. Si la meta es que el gasto en salud para el total del sistema se acerque al que en condiciones equivalentes de ingreso se realiza en un país desarrollado de gasto no muy elevado, como es el caso de España, los mexicanos tendrían que incrementar su 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 el 9.5% del PIB.

Ahora bien, si además se considera 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 del 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 que se requiere 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.<sup>2</sup>

### *Situación comparativa de la atención a la salud en México a partir de los análisis DAFO desarrollados*

Las principales debilidades del sistema se refieren a:

- Su fragmentación.
- La confusión funcional del sistema de seguridad social (en particular 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 falta 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.

<sup>2</sup> 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 estadounidenses per cápita), mientras que en Estados Unidos, para alcanzar un 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).

- La atención enfocada a la medicina curativa y muy poco a la prevención.
- La existencia de sistemas de información desarticulados.
- La escasa e inadecuada inversión en infraestructura física en 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 escasa articulación entre los niveles de atención.
- La poca claridad en el proceso de construcción de un SPNS.

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.

Las fortalezas del actual panorama de México en materia de salud incluyen:

- 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, del 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 basado 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 la rendición de cuentas.
- Las iniciativas para fortalecer programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas.

En este sentido, el contraste de los análisis DAFO elaborados para el resto de los países estudiados ofrece resultados significativos que pueden extraerse de la comparación de los cuadros que se incluyen en las siguientes páginas.

<i>Debilidades</i>		
<p><i>Mapo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Excesiva fragmentación territorial y funcional del sistema de atención a la salud, particularmente en su vertiente pública.</li> <li>Continuidad 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 humanos se refiere.</li> <li>Debilidad en los criterios de planeación de la oferta de servicios de salud, derivada de la existencia de diagnósticos y decisiones de política que permitan definir estrategias de salud que respondan a las previsiones demográficas y epidemiológicas del país.</li> <li>Indefinición 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 de la calidad y efectividad de la atención médica.</li> <li>Atención a la salud de naturaleza predominantemente curativa, en lugar de preventiva.</li> <li>Inadecuación de la oferta de servicios de salud con la demanda, lo que implica la desmotivación entre las condiciones epidemiológicas y geográficas del país y la atención efectiva de servicios médicos de las instituciones de salud pública. Esto facilita que los servicios de salud sean determinados por el lado de la oferta más que por la demanda.</li> <li>Permanencia de grupos de población sin cobertura por afiliación y duplicidad en el registro de derechohabientes.</li> <li>Destigmatización y problemas de acceso efectivo para toda la población, asociados a la condición de aseguramiento, el funcionamiento institucional y la ubicación geográfica.</li> <li>Inexistencia de un paquete básico de servicios de salud de calidad, que implique la atención a las necesidades médicas elementales de toda la población.</li> <li>Alta participación del sector privado sin regulaciones rigurosas, que implica la intervención competitiva de servicios privados de salud con el sector público, en vez de que fuera complementaria.</li> <li>Ineficiencia del gasto público y baja capacidad fiscal de la hacienda pública para hacer frente a los requerimientos de un sns de estándares internacionales.</li> <li>Ejercicio deficiente del gasto público y de la administración institucional, distracción de recursos públicos y falta de rendición de cuentas, en particular a nivel estatal.</li> <li>Elencado gasto privado y de bolsillo, relacionado con la escasez de gasto público en el sns.</li> <li>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.</li> <li>Existencia de sistemas de información desarticulados y parchales en las distintas instituciones del sistema público.</li> <li>Escasa e inadecuada inversión en infraestructura física en salud, que contrasta con los recursos públicos asignados a gasto corriente.</li> <li>Desdoblamiento en la dotación y calidad de recursos humanos, financieros y materiales con respecto a las necesidades de cada entidad federativa.</li> <li>Falta de capacidad de rectoría de la Secretaría de Salud en funciones de planeación, regulación y dirección institucional.</li> <li>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 sus unidades de alta especialización.</li> <li>Ausencia de claridad en el proceso de construcción de un sistema nacional público de salud, ya que no existe consenso sobre la cobertura, el financiamiento y la participación del sector privado en el modelo de salud a seguir.</li> </ul>	<p><i>México</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Corporativismo médico (<i>family doctor</i>). Las tarifas se negocian en cada provincia con los colegios profesionales.</li> <li>Elevadas retribuciones de los médicos. Diferentes modelos de retribución (salario + tarifas; <i>fee-for-service</i>), pago por acto médico, salario + incentivos asociados a programas de salud pública, salud mental, resultados). Diferencias entre las provincias.</li> <li>Institucionalización de los ciudadanos por tiempos de espera, listas de espera en intervenciones eléctricas y pagos de algunos medicamentos de tratamiento prolongado.</li> <li>Carácter de servicios uniformes según principios de <i>medicador</i> pero no iguales entre las provincias (prestaciones complementarias).</li> <li>Escasa presencia de la enfermería y otros profesionales de cuidados (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos).</li> <li>El <i>medicador</i> cubre la atención médica y hospitalaria, pero no cubre oftalmología, odontología, rehabilitación, podología, psicología clínica.</li> <li>Desigualdades en salud interprovinciales en prestaciones y en resultados en salud.</li> <li>Aumento del sector privado: prestaciones de los seguros privados colectivos (por empresa) y particulares que cubren prestaciones complementarias al <i>medicador</i> y generan insatisfacción de los ciudadanos.</li> <li>Control de costos: ineficiencias del sistema (organizacional), intervenciones costo-efectivas, excesiva medicalización).</li> <li>Exigencias de mas descentralización y autonomía de las provincias.</li> </ul> <p><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La municipalización de la atención primaria quiebra la coordinación entre resolutoriedad y prevención.</li> <li>Descentralización administrativa pero no política y económica.</li> <li>Tesorería (Fonasa) actúa sin responsabilidad administrativa.</li> <li>Financiamiento del sns vía IIV.</li> </ul> <p><i>Costa Rica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se ha logrado la incorporación formal de toda la población al sistema, con derechos y responsabilidades.</li> <li>El sistema de referencias y contrreferencias entre los diferentes niveles de atención no siempre opera de la manera que corresponde, en muchos casos debido a que las propias aseguradas asisten desde la primera vez a niveles superiores.</li> <li>No se ha logrado la imparcialidad del segundo turno de atención que genera un efecto desviador en la reducción de las listas de espera, en gran medida por presiones de los diferentes gremios presentes en el sistema.</li> <li>No hay sistemas de medición de la satisfacción de los asegurados, de la productividad ni de los costos, además de que hay una gran burocratización que lleva a mayores costos de prestación de los servicios, que no benefician a los asegurados.</li> </ul>	<p><i>España</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Marco organizativo y de gestión condicionado por la estructura autonómica del Estado. Falta dirección del conjunto. Complejidad normativa e ineficiencias. Catálogo de prestaciones no priorizadas ni valoradas en términos de efectividad y eficiencia.</li> <li>Gasto creciente y necesidad de su control en defecto de solucionar ingresos.</li> <li>Gran y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto total en salud.</li> <li>Ausencia de órganos colegiados de gobierno. Marco rígido de relaciones laborales.</li> <li>Interacción ineficaz de niveles asistenciales.</li> <li>Posible abuso de urgencias.</li> <li>Integración ineficaz de niveles asistenciales.</li> <li>Lista de espera para hospitalización o para consultas y pruebas especiales.</li> <li>Orientación a la salud. Poco desarrollo de servicios sociosanitarios. Decreciente atención a dependientes.</li> <li>Zonas de ambigüedad en relaciones público-privado. Vinculación gestores.</li> <li>Mal sistema de aprovisionamiento y relaciones con proveedores: múltiples puentes de contratación, grandes retrasos de pago con encarecimiento de suministros.</li> <li>Falta de evaluaciones independientes. Insuficiente información del sistema. Proliferan informes privados vinculados.</li> </ul> <p><i>Inglaterra</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura organizativa muy compleja y burocratizada. Alemania, cambiando con los diferentes gobiernos nacionales.</li> <li>Sistema de financiamiento complejo, basado en una regla matemática excesivamente complicada y poco sensible a los factores conjurales.</li> <li>Gasto creciente y necesidad de su control, en defecto de solucionar ingresos.</li> <li>Gran y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto total en salud.</li> <li>Excesiva liberalización y apertura al mercado, lo que genera espacio para comportamientos oportunistas por parte del sector privado.</li> <li>Zonas de ambigüedad en relaciones público-privado. Vinculación gestores.</li> </ul>

<p>DAFO</p> <p>AMENAZAS</p>	<p>México</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transición demográfica y epidemiológica, con cambios en las necesidades relativas al cuidado de la salud.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> <li>• Incertidumbre en la evolución de los recursos para financiar los servicios públicos de salud en el largo plazo (sostenibilidad).</li> <li>• Permanencia de altos niveles de evasión y elusión fiscal y bajos niveles de inscripción a la seguridad social (informalidad).</li> <li>• Horizonte de baja recaudación fiscal (ingresos propios) de las entidades federativas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Judicialización de los servicios de salud ante la indefinición de los contenidos del sistema de atención pública.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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 de recursos fiscales de mucha mayor importancia que en la actualidad.</li> </ul>	<p>Canadá</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• El plan de 10 años 2004-2014 para fortalecer la atención terminó en el año fiscal 2013-2014. Crisis del principio de solidaridad financiera entre las provincias. Debate político sobre la transferencia en salud.</li> <li>• 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.</li> <li>• Los gobiernos provinciales que pueden recaudar más impuestos indirectos quieren más autonomía financiera y presupuestaria.</li> <li>• Costos sanitarios en aumento <i>versus</i> incentivos perversos de los médicos y medicalización de la sociedad.</li> </ul>	<p>España</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencia a confundir crisis financiera con crisis del sns: lo coyuntural con lo estructural, la reforma del modelo con la liquidación del mismo.</li> <li>• Reversibilidad de universalidad y equidad sin información ni debate, por desaparición del consenso básico. Camino a 17 servicos de salud.</li> <li>• Fuerte tendencia a la privatización de los hospitales, especialmente los nuevos.</li> <li>• Recorte de recursos por disminución del crecimiento económico.</li> <li>• Envejecimiento de la población y aumento de problemas sociosanitarios.</li> <li>• Encarecimiento de tecnología y medicamentos innovadores. Exigencias de mayor calidad y confort. Demanda de nuevas prestaciones.</li> <li>• Escasez 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Fortalecimiento y apoyos al sector privado deterioro de la calidad del servicio público inducido para incentivar privatización. Lucro por privatización puede incrementar costos.</li> </ul>	<p>Inglaterra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sns ha pasado a constituirse en un objeto de disputa político-ideológica, lo que puede llevar a una pérdida de eficiencia social y a un incremento de las deficiencias en la atención sanitaria de la población inglesa.</li> <li>• Reducción de la calidad del sistema en nombre de la estabilidad financiera.</li> <li>• Influencia de la cuestión demográfica.</li> <li>• Sostenibilidad financiera. Gastos crecientes.</li> <li>• Privatización. Creciente participación de empresas de capital-riesgo. Espacio para el comportamiento oportunista del sector privado.</li> </ul>
	<p>Chile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de especialistas.</li> <li>• Espiral de costo frente al aes (aice).</li> <li>• Cierre de listas de espera vía sector privado</li> <li>• Déficit de directivos en hospitales y servicios de salud.</li> <li>• Costo de los medicamentos.</li> </ul>	<p>Costa Rica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envejecimiento y cambio en los patrones de morbimortalidad, que implican mayores costos de atención.</li> <li>• Ausencia de lista oficiales "cerradas" de medicamentos y tratamientos médicos, lo 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).</li> </ul>		

<p><i>datos</i></p>	<p><i>México</i></p>	<p><i>Canadá</i></p>	<p><i>España</i></p>
<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a la salud como derecho constitucional.</li> <li>• Avances en la cobertura universal de salud en los últimos años (Incremento de la población cubierta mediante la afiliación al sss).</li> <li>• Establecimiento de un mecanismo legal para la asignación de recursos del sss que intenta corregir inequidades (gasto irreductible).</li> <li>• Asignación per cápita de recursos públicos en el sss.</li> <li>• Incorporación de poblaciones vulnerables en el sss.</li> <li>• Ampliación del paquete de servicios de salud para los afiliados al sss, incluyendo intervenciones de alto costo que pueden generar gasto catastrófico.</li> <li>• Avances en la descentralización hacia las entidades federativas de la gestión de los servicios de salud para propiciar una atención más eficaz.</li> <li>• Fiscalización de los procesos financieros y administrativos de las instituciones de salud, incluyendo los regímenes estatales de protección social en salud (carpps).</li> <li>• Crecimiento del gasto público en salud en los últimos años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado federal "reactivo", delegación de competencias y mecanismos de consenso y control.</li> <li>• Cobertura universal.</li> <li>• Modelo mixto: financiamiento público, modelo Beveridge y provisión público/privada.</li> <li>• Formulación, implementación y evaluación de políticas de salud pública</li> <li>• Gasto total en salud como porcentaje del pib (11.2% ocn 2011):</li> <li>• Una atención primaria fuerte con alto protagonismo de los médicos d familia.</li> <li>• La sostenibilidad del sistema de salud es un compromiso y una prioridad política de los gobiernos .</li> <li>• Liderazgo, rectoría y gobernanza. Ministerio de salud federal y ministerios provinciales.</li> <li>• Apuesta por valores como igualdad, equidad y resultados en salud.</li> <li>• Reducción de desigualdades en salud: poblaciones vulnerables (por nivel de renta, discapacidad, desempleo, internos en instituciones penitenciarias) o étnicos (Primeras Naciones, Inuits).</li> <li>• Red asistencial con buena dotación de infraestructuras, equipamiento y tecnologías.</li> <li>• Inversión pública en investigación en salud pública, evaluación de tecnologías sanitarias y de medicamentos.</li> <li>• Establecimiento de normas y estándares de calidad y seguridad clínica (traslación de conocimiento a otros sistemas sanitarios).</li> </ul> <p><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del gasto público sobre el privado en salud.</li> <li>• Garantía explícita en salud con alta legitimidad.</li> </ul> <p><i>Costa Rica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica universalización y equidad básica de acceso. Buena valoración.</li> <li>• Buena formación del personal sanitario.</li> <li>• Accesibilidad. Proximidad al paciente en asistencia primaria de calidad (<i>gatekeeper</i>).</li> <li>• Gestores con experiencia creciente. Aceptación de enfoques empresariales.</li> <li>• Red asistencial con buena dotación tecnológica.</li> <li>• Gasto sanitario total que permite crecimiento si la economía crece.</li> <li>• Amplia cartera de prestaciones.</li> <li>• Diferencias de calidad dentro de límites aceptables. Equilibrio territorial.</li> <li>• Creciente interés por el sector sanitario de inversores privados y empresas de capital riesgo.</li> <li>• Proceso de consolidación y de fortalecimiento empresarial tanto del sector asegurador privado como del provider, con aparición de redes hospitalarias privadas de alcance nacional.</li> </ul> <p><i>Inglaterra</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universalidad, equidad de acceso y casi gratuito; con un sistema de copago que considera el nivel de renta de los pacientes. Buena valoración.</li> <li>• Buena formación del personal sanitario.</li> <li>• Accesibilidad. Proximidad al paciente en asistencia primaria de calidad (<i>gatekeeper</i>).</li> <li>• Gestores con experiencia creciente. Aceptación de enfoques empresariales.</li> <li>• Red asistencial con buena dotación tecnológica.</li> <li>• Amplia cartera de prestaciones.</li> <li>• Diferencias de calidad dentro de límites aceptables. Equilibrio territorial.</li> </ul>	



DUPD	<p><i>México</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima político favorable para impulsar una reforma al sistema de salud.</li> <li>• 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.</li> <li>• Plan estratégico para el desarrollo de la infraestructura en salud.</li> <li>• Estudios y propuestas sobre la creación de un sistema universal de salud.</li> <li>• Coincidencias para diseñar un modelo de salud pública basado en la atención primaria.</li> <li>• Regulación de la compra de medicamentos.</li> <li>• Impulso a la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno.</li> <li>• Fortalecimiento de programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas.</li> </ul>	<p><i>Canadá</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientación de la organización sanitaria hacia modelos integrados de atención (<i>integrated care</i>) para la atención a los pacientes crónicos y adultos frágiles.</li> <li>• Evaluación del impacto de políticas públicas orientadas a la equidad en salud y acceso a los servicios.</li> <li>• Innovaciones organizativas: red de cuidados integrados sanitarios y sociales (Quebec).</li> <li>• Participación de la sociedad civil en el planificación, evaluación y control.</li> <li>• Profesionalización (profesionales y gestores altamente calificados).</li> <li>• Red de agencias de investigación, de calidad y de gestión del conocimiento.</li> <li>• Sistemas de información muy potentes y avanzados (CHI).</li> <li>• Desempeño del sistema sanitario público basado en resultados en salud, experiencia del paciente y eficiencia.</li> </ul>	<p><i>España</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La necesidad de reformas es ocasión para un debate a fondo del modelo, liderado por el gobierno y entidades independientes. Informes y evaluaciones públicas.</li> <li>• La transferencia sanitaria a las comunidades autónomas posibilita surgimiento de polos de innovación y alternativas de modelos y emulación.</li> <li>• 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).</li> <li>• Usuarios y pacientes más informados.</li> <li>• Impulso de la Unión Europea por la necesidad de que el SNS se relacione con sistemas europeos. Mejoras de formación.</li> <li>• Colaboración del conjunto de empresas sanitarias en la modernización del sistema.</li> </ul>
		<p><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 84% de la población se encuentra en el sector público.</li> <li>• Fondo de Compensación de Riesgos.</li> </ul>	<p><i>Inglaterra</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación médica.</li> <li>• Nuevas formas de cooperación público-privada.</li> <li>• Nuevas formas de co-gestión con representantes de la sociedad civil.</li> <li>• La necesidad de reformas es ocasión para un debate a fondo del modelo, liderado por el gobierno y entidades independientes. Informes y evaluaciones públicas.</li> <li>• Usuarios y pacientes más informados.</li> <li>• Colaboración del conjunto de empresas sanitarias en la modernización del sistema.</li> </ul>
		<p><i>Costa Rica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• El fortalecimiento y ampliación de los servicios de atención primaria de la salud ha tenido un efecto directo en los demás niveles de atención.</li> </ul>	

## *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 una protección de la 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 modelo de prestación de servicios de salud en México no constituye propiamente un sistema integrado. Persisten anomalías importantes, como la dispersión de responsabilidades, la desarticulación institucional, la duplicidad de funciones y programas públicos, así como 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 se prolongará 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 aplicar 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 y, sobre todo, transformen el modelo de atención curativa en uno de prevención.

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 contribuya a enfrentar la transición epidemiológica. En cualquier ruta, es importante identificar que la construcción de un sistema público universal implica duplicar en términos del PIB la cuantía de gasto público en salud.

De continuar en esa línea de universalización de las prestaciones será imperativo atender las fuentes de financiamiento. Habrá que tratar de armonizar las

fuentes de ingresos, lo que implica que en algún momento deberían sustituirse las cotizaciones de empresarios y trabajadores formales en el gasto de salud realizado por las instituciones de seguridad social (más de 1% del PIB) por impuestos generales. Esto plantea, como cuestión de primer orden, revertir la fragilidad recaudatoria del sistema hacendario mexicano.

### *Propuestas y recomendaciones*

Con el estudio del sistema de salud actual de México (que se resume en el apartado 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. Con base en ese diagnóstico y en el análisis del sistema de salud de los países seleccionados (Canadá, Costa Rica, Chile, España y Reino Unido) que se han tomado como referentes relevantes en la experiencia internacional, se pretende establecer aquí un conjunto de recomendaciones para mejorar el diseño y operación del SNS.

Las recomendaciones que aquí se proponen para avanzar en la construcción de un verdadero SNS en México no constituyen un ejercicio inédito ni aislado. En los últimos años, distintas instituciones, grupos de investigación y consultores han realizado estudios y formulado propuestas en este sentido. Entre ellos se pueden citar: la Funsalud (2012), el 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 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. en colaboración con la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-Xochimilco) (Fundar, 2009) y el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), entre otras aportaciones analíticas y propositivas.<sup>3</sup> Asimismo, se contemplan los últimos desarrollos en materia de propuesta de reformas del Ejecutivo federal en este terreno.

<sup>3</sup> Véase a este respecto el detalle de las propuestas de algunas de ellas en el Anexo 2 del primer capítulo del texto completo de este estudio.

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 relevantes.

## **Estudios y propuestas sobre la construcción de un Sistema Nacional de Salud 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 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, 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 en 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 SNS se necesitan adecuaciones al marco normativo que permitan:

- Desvincular el derecho a la atención en salud de la condición laboral.
- Distinguir legal y funcionalmente el seguro de salud de las demás prestaciones brindadas por las instituciones de seguridad social.
- 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 (en particular la diferenciación 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 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 por el MSS, pueden constituir la base para definir el piso mínimo universal.

En cuanto al financiamiento, es patente la necesidad de incrementar los recursos públicos para la atención en salud y que los impuestos generales sean la fuente principal de sustento 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 a la problemática de la salud y sus soluciones.

## Financiamiento

Sobre el financiamiento del sistema de salud, 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 sobre 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 MSS e ISSSTE, lo que generaría mayores presiones presupuestarias al gasto público en salud. Para contrarrestar este efecto, el CEEY (2012 y 2013) y Levy (2010) proponen 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.

Asimismo, 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.<sup>4</sup> Su

<sup>4</sup> En parte, 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.

propuesta también incluye la creación de un fondo de atención de alta especialidad que mancomune los riesgos financieros de toda la población para atender enfermedades e intervenciones de costo elevado.

Algunos estudios han calculado 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) estimó que 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 hubiera sido igual a 723 552 millones de pesos, equivalentes a 5.0% del PIB en 2010, y 690 836 millones de pesos (5.3% del PIB) en 2011.

A su vez, en los trabajos de Durán (2012) y Durán *et al.* (2012) se realizan ejercicios para calcular 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 pueda atender a 2 000 personas, y tomando en cuenta los 14 000 médicos familiares que tiene aproximadamente el IMSS, en Durán *et al.* (2012) se estima que se requeriría contratar a 42 000 médicos adicionales. Si se les pagaran 50 000 pesos mensuales, el presupuesto anual dedicado a esta contratación de nuevo personal médico sumaría 27 400 millones de pesos. Este monto podría quedar cubierto por las aportaciones que realiza actualmente el SPSS a las entidades federativas.

Estos autores calculan gastos de operación anuales del nuevo sistema (incluyendo los salarios a personal enfermero y auxiliar, el consumo de bienes, los gastos de mantenimiento y los servicios generales) equivalentes a 22 809 millones de pesos. A ello suman un gasto promedio de 3 457 millones de pesos para infraestructura y remodelación. De esta forma, el costo anual total estimado para implementar el nuevo modelo de atención universal de primer contacto ascendería a 53 756 millones de pesos. Durán (2012) señala que serían necesarios más de 12 años para llevar a cabo la puesta en marcha 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), que establece proyecciones actuariales sobre el gasto en salud en el país y analiza diversas alternativas de reforma fiscal para el financiamiento de un sistema integral de salud a través de impuestos generales. Se considera 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 (de gasto público y privado), en 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) se proyecta un incremento de recursos públicos equivalente a 1.4% del PIB.

Este 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 este análisis, 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 el desempeño y las repercusiones en la salud de la población. Es decir, 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, su implementación adopta distintas vías, como 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 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 y, finalmente, conglomerados de atención hacia los hospitales generales e institutos de especialidades.

El CEEY, el Coneval y la 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 alto grado de marginación.

Asimismo, en los distintos estudios se valora la promoción de 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.<sup>5</sup> Se requiere consolidar el sistema de acreditación y certificación de las 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 el 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 instrumentar mecanismos de compensación económica y transferencias de recursos entre instituciones proveedoras de servicios de salud.

Una constante en los estudios es el señalamiento de la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud, el suministro de medicamentos e insumos, la rendición de cuentas y la transparencia de las instituciones públicas y de los prestadores de servicios. En particular, cobraría relevancia la implementación de un sistema integral y único de información para monitorear y evaluar el desempeño de los servicios de atención a la salud.

<sup>5</sup> Ver en especial el análisis del INSP (2011) sobre las problemáticas de portabilidad y convergencia de servicios entre las diversas instituciones del SNS.



El Coneval y la ops coinciden en la pertinencia de adecuar los recursos humanos disponibles a las necesidades del país. Se indica de manera particular la importancia de redefinir el esquema de formación del personal médico.

### **Participación del sector privado en la salud**

En el debate sobre la construcción de un nuevo SNS se han presentado temas controvertidos, como la participación de prestadores de servicios sanitarios 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 han establecido estrategias que ayuden a fortalecer la protección, promoción y prevención de la salud, 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 afronta 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, en abril de 2014 la titular de la ss señaló 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.<sup>6</sup> 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 en salud supone definir un cuadro de intervenciones de salud que incluyen estándares de calidad y tiempos máximos de espera, incrementar gradualmente la lista de intervenciones bajo la figura de *garantías explícitas* y homologar la capacidad de respuesta de las instituciones.

Establecer 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 el direccionamiento del paciente a un proveedor alterno.

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 Crédito Público y la ss). Tendría entre sus funciones 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 medidas 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

<sup>6</sup> 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>>.

para asegurar el acceso efectivo, pero el cumplimiento de esa exigencia a través de la canalización de los pacientes a “proveedores alternos” y del pago de sus servicios puede generar un traslado de afiliados de las instituciones públicas hacia el 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 privado. De hecho, esta medida no constituye 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, con ello se abre una vía para aumentar el litigio de los servicios médicos en caso de que, por limitaciones en 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 a los usuarios es derivado 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. Este decreto plantea modificaciones en el diseño y el funcionamiento del spss.

Con esta decisión se reafirma el papel de la ss como la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas y como coordinadora

de las acciones de protección en salud que llevan a cabo los regímenes estatales de protección social en salud (REPSS), que son las estructuras administrativas responsables de proveer dichas acciones. Se indica la manera en que 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.

### **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 en este ámbito. 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 importante 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, así como en la planeación de su implementación, lo que ayudará a procesar las resistencias corporativas y generar un pacto político amplio. 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.

Las propuestas que se esbozan en las siguientes páginas parten del análisis y diagnóstico del actual sistema de protección de la salud en México. Este análisis se desarrolla en el primer capítulo del texto completo de esta investigación. Las propuestas recogen las buenas prácticas detectadas en los estudios específicos de cinco sistemas nacionales de salud diferenciados que se han realizado en los capítulos segundo a sexto del referido trabajo de análisis.

### *Definición general*

Conviene que un nuevo SNPS se defina a partir de las siguientes características:

- El sistema debe ser de carácter público. Esto no excluye la colaboración con el sector privado en determinados ámbitos de prestación complementaria e, incluso, en ciertos campos predefinidos de gestión, siempre bajo la égida de un sistema que sea público en esencia y en sus aspectos fundamentales. Es decir, la presencia privada en el sistema universal de salud se desenvolverá en función de las estrategias y objetivos diseñados por los organismos públicos de salud competentes y siempre bajo los principios de transparencia, competencia y colaboración leal.
- Se recomienda que la participación del sector privado sea como proveedor de servicios y no como competidor del sector público, y se lleve a cabo en un marco de regulaciones rigurosas, claras y eficaces. El propósito es asegurar la eficiencia social y económica, así como la equidad en todas las actuaciones del SNPS. Las experiencias internacionales más exitosas en la materia señalan la necesidad de contar con principios claros y transparentes en el desarrollo de la colaboración público-privada en este sector, y con organismos fiscalizadores que se hagan cargo del seguimiento de tal colaboración y proporcionen la información pertinente. Un diseño inadecuado de esta colaboración podría conducir a un incremento excesivo de los costos del sistema y al desvío de sus objetivos estratégicos y, en definitiva, a la disminución de la eficiencia del sistema en el cuidado y la promoción de la salud.
- La consolidación del sistema tendría que ser paulatina, y en el largo plazo éste debería constituirse como un sistema único de salud que incluya a los distintos tipos de asegurados que hay en el sistema actual.<sup>7</sup>
- Se requiere un modelo basado en la atención primaria en salud, con un enfoque integrado de salud pública en el que se privilegia la prevención.
- La atención de la salud debe ser universal, con acceso efectivo a los servicios médicos para garantizar el ejercicio del derecho a la atención para toda la

<sup>7</sup> El proceso de transición podría requerir de 20 a 30 años. En una primera etapa pudiera incluirse en el nuevo sistema a la población no derechohabiente de alguna institución de la seguridad social (la población afiliada al Seguro Popular, la atendida a través del IMSS-Oportunidades y la no cubierta por ningún esquema o programa de atención a 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.

población residente en el territorio nacional, y evitar que se acceda al sistema sólo por la condición laboral de las personas.

- Parece adecuado proceder cuanto antes a la separación institucional y financiera de los servicios de salud respecto al 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 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 en el tiempo– de las necesidades de salud de la población con el fin de orientar estrategias generales y programas de actuación sobre el cuidado de la salud 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 sino de las necesidades reales detectadas.
- Se requiere fomentar el autocuidado y la coparticipación de los individuos en la atención de su salud, lo que 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 y asegurar que no exista discriminación ni en los accesos a los diferentes niveles de atención ni en el grado y la 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 eleven su grado de sustentabilidad.
- Es importante que el nuevo sistema sea flexible para adaptarse a la transición demográfica, adecuarse a las necesidades epidemiológicas cambiantes y ajustarse a los avances tecnológicos y a las presiones en los precios de la atención en salud. Para ello el sistema debe nutrirse de información y análisis sobre los factores determinantes de la salud en México y su evolución. Esto es básico para definir la senda estratégica del sistema, que oriente a programas y planes de actuación y destino de las inversiones.

- Se puede considerar la definición de un sistema de salud compuesto de dos subsistemas: uno de atención universal y otro de salud pública. En este último se ha de contemplar todo tipo de actuaciones de prevención y atención a los entornos sociales/colectivos que determinan la salud de la población y afectan a las condiciones de la salud individual (aspectos ambientales, alimentarios, higiénicos, demográficos, etcétera). Este subsistema es fundamental en los sistemas nacionales de salud más desarrollados, como ocurre en el caso canadiense, que dedica una atención singular a este ámbito de la política de salud.

### *Marco normativo e institucional*

La configuración de un nuevo SNPS requiere de reformas importantes 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 a fin de 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 la coordinación, particularmente en aras del funcionamiento eficiente del conjunto del sistema, sobre todo cuando se asume la descentralización territorial para su ejecución.
- Asegurar la implementación efectiva de las competencias reguladoras a nivel federal y en cada entidad federativa mediante el reforzamiento del papel y de las responsabilidades de las autoridades de salud de las entidades federativas.
- 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 en salud de primer, segundo y tercer niveles. Sin embargo, debe definirse con precisión la instancia de coordinación 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 por 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, condicionada a la acreditación de la ss. El criterio básico para evitar la mercantilización del sistema 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 SNPS 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 en 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 en salud, con la implementación generalizada del expediente clínico electrónico.

### *Definición del paquete básico de atención primaria en salud*

- Definir un paquete básico de servicios de atención primaria para toda la población, al margen de su situación laboral. Los beneficios universales de atención de primer nivel así garantizados se pueden definir inicialmente tomando como piso los beneficios otorgados hoy a los derechohabientes del IMSS. Esta definición no debe ser fija sino adaptarse a las evoluciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y para ampliar el paquete a medida que se incremente la capacidad institucional y financiera de la atención primaria en 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 medicinas no debe recaer únicamente en los efectos derivados del copago sino que ha de involucrar al conjunto del sistema de atención, comenzando por el propio personal médico. 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 privilegia la función preventiva frente a la estrictamente curativa. El cuadro básico de medicamentos deberá ser revisado puntualmente y privilegiar las medicinas genéricas. Para garantizar el suministro oportuno se requiere reforzar los mecanismos de compras consolidadas de medicamentos.

- 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 repercusiones importantes 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 logre 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 el plazo que se considere adecuado, habría de 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 con 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.
- Consolidar el modelo mediante estrategias de convergencia implica la homologación de la calidad de las prestaciones de salud entre instituciones; definir criterios y protocolos aplicables en todas las instituciones públicas de atención médica de primer nivel, con el uso de guías de práctica clínica, para homologar la calidad de la atención.
- Conviene que el primer contacto con el SNPS 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.

- 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*

- Consolidar un modelo de gestión de servicios descentralizado, estableciendo los principios normativos que planteen las responsabilidades y los compromisos específicos a cada nivel de gobierno y aseguren la articulación y cooperación entre estos diversos niveles.
- El modelo organizacional se debe basar en la gestión estatal, en cumplimiento a los principios de descentralización política y pleno ejercicio del federalismo, y 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 nivel de coordinación entre todas las administraciones provinciales sino que también interviene en la ejecución de la atención en determinados ámbitos no bien cubiertos 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 tipo de medicamentos, etcétera). En contraste, el sistema español de articulación territorial muestra la presencia de un modelo extremo de descentralización en todos los aspectos relevantes de la atención sanitaria en el SNS público, con escasas competencias coordinadoras y de ejecución en ciertos ámbitos de instancias federales (o centrales), lo que deja huecos en diferentes espacios, desde cobertura de salud de ciertos colectivos a 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 resultados subóptimos 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 en salud debe 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 y tiempos de espera, entre otros parámetros.

- Realizar una planeación de mediano y largo plazo de la oferta de servicios de salud en el nivel de atención primaria, con enfoque hacia la atención preventiva, el desarrollo de nuevas alternativas para el cuidado de los adultos mayores dependientes, 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 avanza el envejecimiento de la población mexicana, problema presente y en ascenso en todos los sistemas de salud, de manera destacada en los países más desarrollados. Es un tema que a tenor de la experiencia internacional irá demandando mayor atención organizacional y financiera y, 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 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. A ello hay que añadir el incremento de costos que necesariamente conlleva la atención hospitalaria a la vejez. La construcción de otras alternativas es ya una prioridad para 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 un sistema de atención universal. En suma, un SNPS que busca nuevos horizontes debe encajar los problemas de la mayor longevidad en estructuras específicas, alejadas de la versión más tradicional hasta la fecha y muy poco eficiente de centrarla en el sistema hospitalario.
- Establecer planes de inversión en infraestructura física para la atención de primer nivel. Aprovechar y modernizar la infraestructura ya existente de las diversas instituciones de salud y determinar la ubicación de nuevas unidades de atención primaria con base en criterios poblacionales y territoriales.
- Para planear la adecuación de las competencias de los recursos humanos es importante que la ss, como entidad reguladora, defina el número y el perfil de los profesionales de salud necesarios, así como del personal administrativo requerido para atender las necesidades actuales y futuras del SNS.

- Asimismo, se deben establecer estrategias para garantizar la calidad y la actualización continua de las competencias del personal médico mediante capacitación enfocada en 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 precisan estrategias para asegurar una distribución idónea del personal de salud a lo largo del territorio y establecer incentivos a los médicos generales a fin de que laboren en las unidades de atención primaria. En especial, compensar a aquellos que se desempeñan en áreas de alta marginación.
- Planear la disponibilidad de los recursos materiales e incrementar la eficiencia del suministro de equipamiento y medicamentos mediante estrategias de compras consolidadas.
- Racionalizar los procedimientos administrativos y mejorar los procesos y protocolos de atención médica.
- Dotar al SNPS de una unidad de análisis de necesidades de salud 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 indagaría acerca de las necesidades de inversión en infraestructura sanitaria acorde con la atención de tales necesidades, en línea, por ejemplo, con el modelo existente en el 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 brindada por los servicios públicos y no de forma competitiva. Y, de modo expreso, 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, lo que requiere, en primer lugar, de altos grados 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 a 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 corolario financiero perverso para las arcas del SNS.

### *Financiamiento*

El objetivo de transformar gradualmente el SNS y constituir un modelo de atención pública primaria en salud basado en impuestos generales (que sean progresivos y de preferencia 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 ingresos por cotizaciones por recaudación tributaria, dejando la primera fuente para financiar otras esferas de la política 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.
- Garantizar recursos públicos crecientes para la atención primaria y establecer 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.
- Garantizar que los recursos financieros adicionales mejoren la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios públicos de salud y repercutan en una reducción del gasto de bolsillo. Definir metas de mediano y largo plazo.

- Mancomunar los recursos a nivel federal y asignar los recursos a las entidades federativas por capitación, pero integrando también en la fórmula de distribución: *a)* criterios para colmar 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; *c)* indicadores de desempeño y eficiencia de los servicios de atención a la salud a nivel estatal.
- Se requiere transitar desde 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 de la salud.
- Los recursos federales disponibles para implementar el nuevo modelo centrado en la atención primaria en salud incluirán 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, así como los subsidios otorgados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el 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, fiscalización*

- El incremento en los recursos públicos destinados a la atención en salud debe acompañarse de objetivos de mayor eficiencia y eficacia e implementación de mecanismos de control y rendición de cuentas.
- Establecer compromisos explícitos en materia de mejora de la salud de la población.
- Definir estrategias claras de prevención y promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades crónicas, con metas explícitas y sistemas de monitoreo.
- Definir e implementar indicadores de proceso, costos y calidad de resultados (medición de los avances en la disponibilidad, accesibilidad, calidad, equidad, aceptabilidad) de repercusiones en el estado de salud de las personas.

- 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.
- Avanzar en la fiscalización de los procesos administrativos y financieros de las instituciones de atención a la salud en el primer nivel para garantizar la transparencia de su gestión y su eficiencia en la atención. Particularmente, resolver deficiencias de gestión del gasto en las entidades federativas y consolidar las capacidades de sanción de la institución fiscalizadora.
- Establecer un sistema único de acreditación obligatoria para todas las instituciones de salud.
- Consolidar un sistema integrado y nacional 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.

## *Referencias*

- 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).
- 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/site/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/site/files/2013transformarsistemanacionaldesalud.pdf>>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2013). *Medición de la pobreza 2012*. México, Coneval. Disponible en: <<http://www.coneval.gob.mx/medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx>>.
- Cruz Guerrero, Jorge (2012). *Cobertura universal de la salud en México: estimación del gasto público adicional*. México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). En línea: <<http://fr.scribd.com/doc/106578852/Cobertura-universal-de-la-salud-en-Mexico-Estimacion-del-gasto-publico-adicional>>.
- Durán Arenas, Luis (2012). "Modelo institucional de atención a la salud en México", en Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (coords.), *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, *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](http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_552-557.pdf)>.
- Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) (2012). *Proyecto para la universalidad de los servicios de salud. Propuesta de Funsalud*. México, Funsalud. Disponible en: <[http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2010/03/UNIVERSALIDAD-DE-LOS-SERVICIOS\\_DEF.pdf](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, UAM.
- Gobierno de la República (2012). Pacto por México. México. Disponible en: <<http://pactopormexico.org/PACTO-POR-MEXICO-25.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, UNAM. Disponible en: <<http://www.nuevocursodedesarrollo.unam.mx/docs/Manifiesto-Lineamientos%20de%20politica.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](http://www.insp.mx/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/111216_portabilidad_convergencia.pdf)>.
- Levy, Santiago (2010). *Buenas intenciones, malos resultados. Política social, informalidad y crecimiento económico en México*. México, Océano.
- 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. Disponible en: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf?sequence=1)>.
- Muñoz, Onofre (coord.) (2012). *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. Componente de salud de una propuesta de Seguridad Social Universal*. México, Hospital Infantil de México Federico Gómez/Coneval. Disponible en: <<http://encuestas.insp.mx/calidad/doctos/LtUvjmSm2Z1UNZVyxY9XZh9G7UCXIQ.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>>.
- Salazar, Pedro (2012). “Derechos fundamentales, derechos sociales, ciudadanía y salud”, en Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (coords.). *Los determinantes sociales de la salud*. México, Fondo de Cultura Económica.



## CONTENIDO

<i>Introducción</i> .....	5
<i>Marco legal y derechos</i> .....	8
<i>Cobertura en la atención a la salud</i> .....	11
<i>Situación general de la salud y sus determinantes sociodemográficos</i> .....	14
<i>Estructura general del sistema de atención a la salud</i> .....	19
<i>Recursos de los sistemas de protección de la salud</i> .....	23
<i>Financiamiento del sistema de atención a la salud</i> .....	26
<i>Situación comparativa de la atención a la salud en México a partir de los análisis DAFO desarrollados</i> .....	33
<i>Conclusiones</i> .....	40
<i>Propuestas y recomendaciones</i> .....	41
Estudios y propuestas sobre la construcción de un Sistema Nacional de Salud en México .....	42
Financiamiento .....	43
Atención primaria y prevención .....	45
Convergencia institucional, portabilidad y mejora de los servicios .....	46
Participación del sector privado en la salud .....	47
Propuestas oficiales sobre la reforma del sistema mexicano de atención a la salud .....	47
Propuesta y recomendaciones para la construcción de un Sistema Nacional Público de Salud en México .....	50
<i>Referencias</i> .....	61

