



PROYECTO DE UNIVERSALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD



(Versión para debate, modificado 27 de septiembre de 2011)



PROYECTO DE UNIVERSALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD GESTION DESDE FUNSALUD

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES Y REFORMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	4
INTEGRACION FUNCIONAL DEL SECTOR.....	11
SITUACIÓN ACTUAL	14
MODELO CONCEPTUAL	35
ELEMENTOS PARA LA PROPUESTA DE UNA NUEVA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	49
1. FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	52
2. SEPARACIÓN DE FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	59
3. PLURALIDAD EN LA PRESTACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	68
4. AGENDA LEGISLATIVA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	75
CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.....	84



INTRODUCCIÓN

Desde 1989 la Fundación Mexicana para la Salud ha brindado su concurso a la formulación, seguimiento y valoración de políticas y programas de salud, manteniendo siempre una visión crítica, propositiva e independiente de las autoridades del sector salud. Esas reflexiones han sido, en buena parte, consideradas por el Ejecutivo Federal en turno en la formulación de planes de desarrollo y en los programas nacionales de salud.

México ha perfilado políticas de salud que muestran avance y continuidad en su formulación y ejecución y que tienen su reflejo más reciente en el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud. Con el fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud a la nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país, FUNSALUD estima de gran importancia avanzar hacia el objetivo de diseñar e implantar una política pública de Estado que consolide, en una visión de largo plazo, el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud, y cuyo eje central se ubica en el fortalecimiento de la rectoría del Sistema Nacional de Salud.

El Artículo cuarto constitucional reconoce el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud no ha permitido el ejercicio universal e igualitario de este derecho. No obstante el éxito de ciertos programas de salud pública, persisten brechas en las condiciones de salud de la población, y la meta de alcanzar una cobertura universal parece inalcanzable mediante los esquemas tradicionales de la seguridad social.

México es un mosaico de enormes contrastes y desigualdades. En el campo de la salud, las transiciones demográfica, epidemiológica, económica y social, han profundizado las diferencias entre los grupos que la componen: rural/urbano, pobres y no pobres, género, indigenismo, grupos de edad, etc. De esta forma, es fácil encontrar casos de avances impresionantes y simultáneamente de situaciones de rezago inaceptable.

Las nuevas propuestas para consolidar el avance en la reforma del sistema de salud deben centrarse en hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud pero, a partir de una mayor precisión del concepto de protección de la salud y sus alcances en términos de las obligaciones y responsabilidades para los tres órdenes de gobierno y la sociedad en su conjunto.



Avanzar en la dirección propuesta requiere una visión integral de los procedimientos y una adecuada coordinación de la participación plural de los actores. Esta instancia de coordinación e impulso al desarrollo de los temas puede converger en FUNSALUD, considerando el papel que la Fundación ha jugado en el desarrollo y consolidación de políticas de salud pública en nuestro país.

Su contribución más importante en el tema de la reforma del sector salud han sido las aportaciones que la Fundación ha hecho para definir y evaluar opciones para lograr que el sistema de salud de México respondiera mejor a las necesidades de la población, aplicando estrategias que promovieran la equidad, la calidad y la eficiencia en los servicios, estudios y propuestas que fueron recogidos por el Gobierno Federal en la formulación del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, que llevaron a la conformación del Sistema de Protección Social en Salud y, en particular, a su brazo operativo: el Seguro Popular de Salud.

Es fácil apreciar cómo el trabajo llevado a cabo por la Fundación ha contribuido al mejor conocimiento de los procesos desarrollados por el Sistema de Salud. Muchos de los resultados alcanzados permiten ahora una nueva reflexión con base en la problemática actual de salud y en los logros alcanzados para seguir en el avance hacia un México más saludable y contribuir a alcanzar la universalidad de los servicios de salud. Para ello el compromiso de FUNSALUD es insoslayable.

El presente documento tiene como propósito apoyar la discusión de los temas relacionados con los elementos que deben ser considerados en la formulación de propuestas públicas para una nueva reforma del Sistema Nacional de Salud que contribuya a hacer más eficiente la entrega de servicios de salud pero sobre todo que permita el acceso efectivo a servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación para todos los mexicanos en igualdad de circunstancias, independientemente de su condición laboral o su estatus social.

Para ello, se ha organizado el documento de tal manera que facilite la discusión de los temas para la formulación de las propuestas. En el primer capítulo se presentan los antecedentes de las Reformas al Sistema Nacional de Salud que han definido el rumbo de las instituciones públicas de salud en nuestro país y las funciones que realizan. Posteriormente se presentan los avances que en términos de integración funcional se han impulsado en la presente administración, con el propósito de disminuir la segmentación del sistema.

En la situación actual se destaca el diagnóstico en términos de las transiciones demográfica y epidemiológica de nuestro país así como respecto a las condiciones de salud en un análisis comparativo con los países, referente obligado de acuerdo a



nuestra pertenencia a dicha organización y como un reflejo del grado de desarrollo alcanzado.

Muchos de los conceptos que han sido desarrollados por FUNSALUD continúan vigentes y algunos han sido utilizados en las reformas de los sistemas de salud de otros países por lo que se incluye un capítulo sobre el marco conceptual del Sistema de Salud y sus funciones que permitirá facilitar la formulación de propuesta de organización del sistema; asimismo, en este mismo capítulo se expone el marco actual que señala la OMS para definir la cobertura universal de servicios de salud y que permite medir los avances en su consecución. Finalmente, se presentan las líneas generales para una Nueva Reforma del Sistema Nacional de Salud y algunas consideraciones para su instrumentación.

ANTECEDENTES Y REFORMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Razones históricas y sociales han determinado la forma en que se aplican los recursos para la salud a distintos grupos poblacionales dependiendo de la naturaleza jurídica del estatus laboral de los usuarios. Se identifican tres momentos revolucionarios en la historia del sistema mexicano de salud: en primer lugar, los cambios que se dan en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la creación del IMSS y el establecimiento de los primeros Institutos Nacionales de Salud. En segundo lugar, los cambios que se generaron entre 1983 y 1988 que permitieron, entre otras cosas, la incorporación del derecho a la protección de la salud a la Constitución mexicana, la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada y en tercer lugar, aquellos cambios que dan inicio a finales del siglo pasado y que culminan, en 2003, con la creación del Seguro Popular de Salud.

En 1943 dio inicio la primera reforma sanitaria de nuestro país con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social y la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad para dar origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.



Los frutos de esta primera etapa de cambio se extendieron hasta los años setenta. Sin embargo, a finales de la década el modelo imperante, orientado hacia la atención hospitalaria y la medicina de especialidad, empezó a alcanzar sus límites. El costo de los servicios aumentó como resultado de la ampliación de la demanda y de la carga tecnológica de la atención. Las poblaciones pobres, sobre todo de las comunidades rurales, no contaban con un acceso regular a los servicios básicos de salud y muchos hogares se veían obligados a recurrir a los servicios privados, insuficientemente regulados y que, con frecuencia, ofrecían una atención de mala calidad. A esto habría que sumar el impacto de la transición demográfica que empezó a modificar el perfil de salud caracterizado por un predominio creciente de las enfermedades no transmisibles.

Estas condiciones impulsaron nuevos cambios en la organización del Sistema de Salud por lo que surge una segunda reforma sanitaria. Esta etapa, denominada de “cambio estructural de la salud”, va de 1983 a 1988 y comprende una profunda renovación legislativa y una reforma administrativa y sustantiva que involucró, sobre todo, a las instituciones que ofrecían servicios a la población sin seguridad social.

La actualización legislativa arranca con la inclusión en la Constitución del derecho a la protección de la salud en 1983; continúa con la promulgación de la Ley de Salud en 1984 y de las leyes estatales de salud en los años subsiguientes, y culmina con el diseño y la publicación de más de 300 normas técnicas. Esta nueva estructura legal sirvió de base para el desarrollo de una reforma sustantiva y gerencial que incluyó cinco grandes estrategias: descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, sectorización institucional, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria. A finales de los años noventa culmina el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, que se había interrumpido a fines de los años ochenta.

Con el inicio del Milenio se reconocen problemas estructurales en el Sistema Nacional de Salud y en la forma en que se financia la atención médica, repercutiendo en una proporción descomunal de gastos de bolsillo que ponen en riesgo la capacidad económica de las familias al enfrentar eventos de enfermedades de alto costo. Se documentó la participación de estos gastos catastróficos en salud en el aumento de la pobreza en nuestro país y se propuso la tercera reforma del Sistema de Salud para instaurar un seguro que extendiera la protección social en salud a toda la población. La propuesta encontró eco en el Congreso y en la primavera de 2003, con el apoyo de prácticamente todos los partidos políticos, se aprobaron diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular en Salud.



El Sistema de Protección Social en Salud estableció las bases legales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación.

Con la reforma a la LGS se instaló el Consejo de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud con la responsabilidad, entre otras, de emitir opinión sobre el financiamiento del sistema de protección social y proponer medidas para mejorar su funcionamiento. Cuenta con una Comisión Nacional responsable de normar e instrumentar el sistema a nivel federal y el brazo operativo del sistema, el Seguro Popular. La ejecución de las acciones en las entidades federativas y el Distrito Federal es responsabilidad de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud los cuales, coordinados por la Secretaría de Salud, tienen a su cargo la administración de los recursos financieros, la afiliación de los beneficiarios y la gestión y prestación de los servicios de salud. {1}

El esquema de financiamiento del Seguro Popular incluye dos vertientes: el flujo de recursos para los servicios de salud a la comunidad, en el que están incluidas las acciones de salud pública, y el flujo de recursos para los servicios de salud a la persona, que incluyen la prestación de atención a determinados padecimientos señalados en un paquete de intervenciones.

El primero se realiza mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Comunidad cuyo monto es determinado anualmente por la Secretaría de Salud y que se distribuye a las entidades federativas con base en la población total del estado y un factor de ajuste asociado a riesgos sanitarios. Permite el financiamiento de campañas nacionales de salud, vigilancia epidemiológica, protección ambiental, protección contra riesgos sanitarios, atención a desastres, entre otros)

Los servicios de salud a la persona que se definen en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) se financia a través de un esquema tripartita constituido por:

- a) **Cuota Social** que el gobierno federal aporta por cada persona afiliada al Seguro Popular y que para el 2010 es de 812.07 pesos
- b) **Aportaciones solidarias** que el gobierno federal y las entidades aportan por persona beneficiaria y que para los estados equivale a la mitad de la cuota social. La aportación solidaria federal representa al menos 1.5 veces el monto



de la cuota social y a su vez se distribuye entre las entidades federativas mediante una fórmula que considera el número de personas afiliadas, las necesidades de salud, el esfuerzo estatal y el desempeño.

- c) **Cuota familiar** que los beneficiarios pagan en forma anual, anticipada y progresiva, determinada con base en las condiciones socioeconómicas de la familia ubicadas en un estrato de ingreso (deciles). Las familias ubicadas en los dos deciles más bajos no cubren esta cuota perteneciendo al régimen no contributivo.

En dicho esquema, se consideran los recursos estatales y federales respectivamente, que hoy en día se destinan para financiar servicios de salud a la persona. Ello implica un reordenamiento de recursos por familia o alineación presupuestal como es el caso de la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33), así como de otros recursos (provenientes de ramo 12) que financian la atención médica mediante programas especiales de combate a la pobreza, como es el caso del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Esta alineación presupuestal permite identificar y contabilizar como parte del Sistema la multiplicidad de recursos federales que hoy en día se canalizan para financiar la atención médica del mismo grupo de población. {2}

Por su parte, los servicios de salud a la persona relacionados con padecimientos de mayor complejidad y que generan gastos catastróficos, son financiados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), que se considera de reserva, sin límites de anualidad presupuestal y que representa el 8% de la suma anual de la Cuota Social y de ambas Aportaciones Solidarias.{3}

Uno de los resultados clave de la reforma de 2003 fue fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud a través de la generación de instrumentos para orientar los flujos financieros y vincular las asignaciones del lado de la oferta con los incentivos del lado de la demanda. {4} Estos instrumentos incluyen reglas explícitas para las transferencias financieras del nivel federal al nivel estatal, el establecimiento de prioridades a través de un paquete de servicios esenciales y la certificación de la infraestructura de salud. Los incrementos presupuestales asociados con la reforma se manejan con estas herramientas para realinear los incentivos y, en consecuencia, corregir muchos de los desequilibrios financieros.

Diversos proyectos y programas sustantivos e instrumentales para mejorar la cobertura, la equidad y la calidad de los servicios de salud se están alineando como



parte de la creación del Seguro Popular. Esto incluye la definición de los derechos de los pacientes y la introducción de mecanismos para la presentación tanto de quejas como de sugerencias sobre cómo mejorar los servicios.

El impulso para promover la calidad incluye un proceso de certificación de los establecimientos de salud por parte del Consejo de Salubridad General, así como una acreditación de la Secretaría de Salud como requisito indispensable para que los prestadores de servicios puedan participar en la entrega de servicios en el Seguro Popular.

Adicionalmente, se han diseñado e implantado indicadores para monitorear la calidad. Estos incluyen los tiempos de espera en hospitales y clínicas, así como indicadores sobre la distribución y surtimiento de medicamentos. Asimismo, en la mayoría de los estados se han establecido comisiones de arbitraje, con el fin de responder oportunamente a la expansión de las demandas por mala práctica médica. {4}

Asimismo, la reforma ha aportado beneficios en términos de alineación financiera de recursos y cobertura de programas {2}. La coordinación y colaboración entre programas federales que comparten poblaciones objetivo como es el caso de los programas IMSS-Oportunidades y de Desarrollo Humano Oportunidades, permite reducir la fragmentación operativa del sistema de salud, con lo que se impulsa una alineación programática y financiera de los recursos públicos destinados al financiamiento de la prestación.

Anterior a la reforma que crea al SPSS, el financiamiento para IMSS-Oportunidades se canalizaba mediante un rubro de gasto contenido en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12). Sin embargo, desde su origen es el IMSS quien opera, administra y contabiliza de manera independiente y por separado los recursos con que cuenta para su operación.

La colaboración y alineación financiera que legalmente se establece requiere que los recursos correspondientes por familia que pertenece al padrón del programa que decida afiliarse al SPSS deben ser trasladados íntegramente a IMSS-Oportunidades a través del IMSS.

Por su parte, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) es gestionado principalmente por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Sin embargo, éste incluye un componente destinado a la prestación de servicios de salud el cual es coordinado por la Secretaría de Salud y financiado mediante su presupuesto (ramo 12). El SPSS y Oportunidades comparten la misma población



objetivo. El SPSS se enfoca en familias y personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuentan con algún otro mecanismo de protección social en salud. Por su parte, el componente de salud del programa Oportunidades busca reducir el rezago en salud que afecta a la población en condiciones de pobreza que en su mayoría carece de seguridad social {2}

La reforma del sistema de salud se complementa con las reformas a la Ley del Seguro Social y a la Ley del ISSSTE, que si bien no han sido modificaciones directas a los seguros médicos, sí han tenido un impacto en el financiamiento de éstos.

En 1995 surgió la nueva Ley del Seguro Social con el fin de recuperar la viabilidad financiera y eliminar inequidades que se presentaron a través del tiempo. Entre las innovaciones fundamentales de este ordenamiento jurídico se crearon las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores. Su manejo fue encomendado a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores).

Se creó también el Seguro de Salud para la Familia que permitió que los trabajadores no asalariados que laboran por su cuenta pudieran recibir junto con su familia la atención médica integral del IMSS. La nueva Ley extendió el régimen obligatorio a los jornaleros agrícolas y posibilitó la creación de guarderías para los hijos de madres trabajadoras del campo. {5}

En 2001 una nueva reforma a la Ley del Seguro Social introdujo modificaciones para la autonomía del Instituto a través de otorgarle facultades presupuestarias, fortalecer la transparencia y rendición de cuentas, modernización tecnológica, la generación de un Fondo para el cumplimiento de Obligaciones Laborales y la creación de un nuevo régimen de reservas en su carácter de administradora de seguros reformando también el régimen de servicios personales.

Esta reforma incluyó también modificaciones a las pensiones incluyendo incremento a las pensiones sobre todo en las personas con percepciones menores, alineando los incrementos al índice Nacional de Precios al Consumidor para garantizar el poder de compra.

Por su parte, la Ley del ISSSTE se reformó en 2007 ante los graves riesgos financieros que enfrentaba el instituto. Ya se señalaba en la exposición de motivos que “La situación del ISSSTE era estructuralmente similar a la que guardaba el IMSS antes de la reforma de 1997, pero aún más anacrónica y grave”.

Esta reforma estableció la reorganización de los seguros y las prestaciones en un agrupamiento en 8 categorías con el fin de homologarlas con las del IMSS. {6}



Las modificaciones más importantes de la Ley consistieron en estrategias para garantizar la viabilidad financiera de la institución, tales como la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios médicos, la constitución de un régimen de reservas, el aumento de las contribuciones y la obtención de la cuota social para el financiamiento de esta prestación con el apoyo extraordinario del Gobierno Federal para la actualización de la infraestructura.

El punto central de la reforma fue el rediseño de un nuevo sistema de pensiones con contribuciones definidas migrando, del sistema de reparto a un sistema de cuentas individuales, obligatorio para los trabajadores de nuevo ingreso y opcional para los trabajadores en activo.

Con la reforma se creó el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV) para funcionar mediante capitalización individual con contribuciones definidas, aportaciones del Gobierno Federal y la posibilidad de aportaciones voluntarias. También se aprobaron modificaciones a las edades mínimas de jubilación y a las pensiones por edad y tiempo de servicios, garantizándose una pensión mínima.

La reforma contempló también un incremento gradual a las contribuciones modificando el monto de las aportaciones de trabajadores y dependencias para el financiamiento del seguro de RCV y se incorporó una opción de ahorro solidario. Además se añadió la cuota social, similar a la otorgada por el Gobierno Federal a los trabajadores afiliados al IMSS. Este es uno de los elementos de solidaridad que el nuevo esquema establece con los trabajadores: la incorporación de una Cuota Social financiada por el Estado, que es un monto fijo que equivale aproximadamente a 5.5 por ciento de un salario mínimo y es igual para todos los trabajadores. {7}

Para la administración de los derechos pensionarios de los trabajadores así como de las reservas para garantizar el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones derivadas del pago de beneficios y la prestación de servicios, se creó el PENSIONISSSTE como un órgano público desconcentrado del Instituto.

En el seguro de salud la reforma a la ley del ISSSTE estableció un nuevo modelo de gestión para la prestación de los servicios médicos, que separa la función prestadora de servicios de salud de la función financiera de servicios de salud del Instituto. Se establecieron las bases para la competencia interna y externa entre prestadores de servicio a través un modelo de financiamiento en el que el flujo de los recursos está en función de la evaluación del desempeño. {6}



La función financiera de servicios de salud, permite administrar el seguro de salud con base en un sistema de evaluación y seguimiento que califica la función en materia de prestación de servicios de salud, y propone asignaciones presupuestarias por resultados, procurando su equilibrio financiero. {7}

Si bien estas reformas vinieron a disminuir momentáneamente la presión sobre las finanzas de las instituciones públicas de salud, el mantenimiento de la segregación del sistema nacional de salud impide que la prestación de servicios sea eficiente y restringe la viabilidad de la universalidad de los servicios de salud.

La configuración actual del sistema de salud no responde todavía a los retos demográficos y epidemiológicos presentes y futuros. Las funciones de modulación financiamiento y prestación siguen correspondiendo a las instituciones de seguridad social y la función de articulación se sigue encontrando implícita. La reforma sentó las bases para la protección financiera pero aún falta una transformación integral del sistema con una respuesta de orden estructural en la forma en que se proporciona y financia la salud.

A raíz del aumento en el aseguramiento y la protección financiera, además de los avances en las transiciones demográficas y epidemiológicas y, con el compromiso de completar el periodo de transición que la Ley establece para cumplir con la tarea de asegurar a todos los hogares, México se encuentra ante la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios y avanzar en nuevas reformas innovadoras para la prestación de servicios, sobre la base de un acceso efectivo, con una orientación preventiva y elevada capacidad de resolución médica y hospitalaria.

INTEGRACION FUNCIONAL DEL SECTOR

Es importante destacar que ha habido un importante avance sobre la integración funcional entre las instituciones del sector público. Sin embargo, para avanzar en la integración del Sector Salud y en la ampliación de la oferta de servicios con el concurso del sector privado con el fin de alcanzar universalidad de servicios de salud, se establece la necesidad de iniciar una nueva Reforma del Sistema Nacional de Salud que establezca las condiciones estructurales y con ello reducir las desigualdades hasta ahora existentes en nuestro sistema de salud, propiciadas, principalmente por la falta de cobertura a la salud de la población.



Los avances de integración del sector se han desarrollado en dos vertientes principales: La portabilidad del beneficio y la convergencia en la prestación de los servicios. {8}

Para la portabilidad, se han realizado acciones trascendentes en la implementación del expediente clínico electrónico, con el desarrollo de la Plataforma Nacional de Interoperabilidad y el fortalecimiento de la infraestructura de informática y de comunicaciones.

Para la conformación del padrón único de derechohabientes y beneficiarios, se ha avanzado en la confronta de padrones institucionales a través del Sistema Integral de Información de Padrones Gubernamentales de la Secretaría de la Función Pública. Aunado a ello, el sector público está trabajando en el diseño y desarrollo de un instrumento de identidad para derechohabientes y afiliados de las instituciones.

En relación a la convergencia, destaca la integración de las guías de práctica clínica con la participación y consenso de todas las instituciones del sector lo cual garantizará la homogeneidad en el alcance y protocolización de la atención médica, lo cual aunado a estándares de calidad representa un elemento fundamental para la universalidad en la prestación de servicios de salud. Al cierre de 2010 se integraron 304 guías de práctica clínica en sus modalidades de evidencias y recomendaciones y guías de referencia rápida.

También dentro del avance en la convergencia de las instituciones públicas se han desarrollado esfuerzos en la integración de un sistema de costos para el intercambio de servicios y en la ejecución de compras coordinadas entre las instituciones públicas de salud y con las entidades federativas generando ahorros importantes en las adquisiciones de medicamentos e insumos para la salud.

Otros elementos de convergencia han sido la integración del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud como herramienta para la construcción de redes de atención, considerando las vías y medios de comunicación y la capacidad instalada para la resolución de la demanda de servicios de salud del sector en su conjunto, así como la ejecución de una política sectorial para la formación de recursos humanos y la homologación de paquetes de servicios de salud entre instituciones. {8}

No obstante que es importante el avance que en términos de la integración funcional del sistema ha conducido la Secretaría de Salud, ésta puede ser un paso hacia la universalidad de servicios o limitarse a mantenerse como el esquema estratégico



para lograr la estandarización en términos de prestación de servicios y atención médica. De hecho, es un proceso hacia el modelo de contrato público de servicios.

Para encaminar los esfuerzos debidamente para alcanzar la cobertura universal partiendo de los escenarios actuales, deben tomarse en cuenta algunos aspectos importantes que actualmente la integración funcional conducida por la Secretaría de Salud no está considerando {9}:

- La creación de las principales instituciones de seguridad social tienen su génesis en la división de trabajadores expresada en el artículo 123 de la Constitución: trabajadores del apartado A y B; La división del tipo de trabajadores, sin embargo, no abarca al total de personas que tienen una actividad remunerada, ni mucho menos a quienes deseándola no encuentran un empleo asalariado o autónomo, e incluso el propio ordenamiento que reconoce tal condición de asalariado a una persona la excluye de tener el derecho de aseguramiento, como en el caso específico de los trabajadores domésticos;
- La creación del seguro Popular se orienta a proporcionar protección a quienes no se encuentran en una relación laboral formal y con ello alcanzar la cobertura universal, suponiendo que las personas cuentan con un seguro de salud dentro del empleo formal; sin embargo, esta cobertura no se garantiza, en particular en el IMSS, que enfrenta un fenómeno de evasión en el aseguramiento de los sujetos obligados, el cual resulta prácticamente imposible de nulificar;
- En tanto coexistan fuentes de financiamiento con cargo a impuestos generales con contribuciones específicas, con problemas estructurales y económicos, la prestación de los servicios de las instituciones públicas de salud privilegiará a su población derechohabiente, con limitaciones para atender a poblaciones no relacionadas con dichas contribuciones específicas, aún cuando existan costos por servicios acordados, lo cual es contrario al principio de Universalidad en el que se debe garantizar la atención donde y cuando se requiera.
- La saturación y rezagos de atención que muestran varios centros regionales deberían ser atendidos en primera instancia antes de hacer efectiva la integración funcional e intercambio de servicios;



- Los ajustes a las condiciones de trabajo de los diversos sindicatos son indispensables para hacer realidad la integración funcional, así como la homologación de los procedimientos administrativos;
- El masivo intercambio de servicios para hacer efectivo el acceso a servicios y como medida para elevar la eficiencia global del sistema, puede tener impactos financieros no previstos en los esquemas de contribuciones y financiamiento de ramos de aseguramiento actuales;

Así, el propósito de la universalidad a partir de la integración funcional tiene una limitante al considerar la responsabilidad que tienen las instituciones en sus respectivos esquemas de protección a la salud relacionados con el comportamiento de los sujetos obligados, ya que esta obligación no siempre se cumple.

Por otro lado, el sólo acceso a los servicios a cualquiera de las instituciones o esquemas, tampoco representa una acción de efectividad del sistema en su conjunto ni la estrategia más apropiada garantizar el acceso a servicios de calidad y oportunidad;

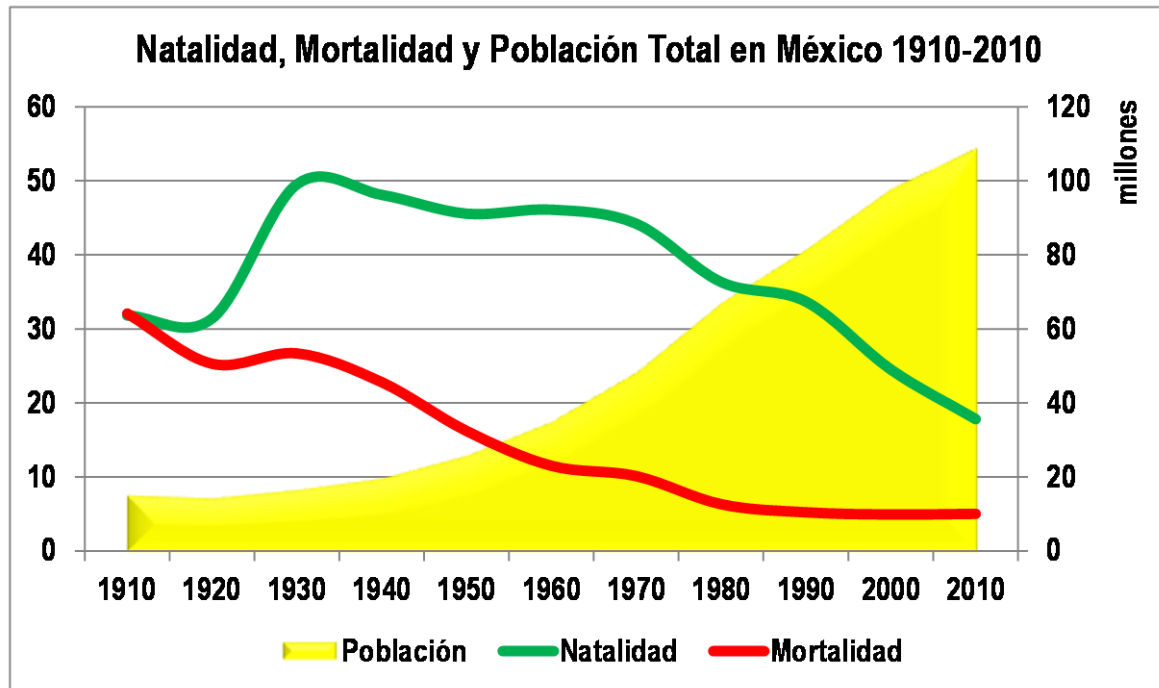
Por lo anterior, es necesario reflexionar sobre la integración funcional como punto de partida para la universalidad de servicios de salud o si debemos basarnos en un esquema totalmente diferente. El enfoque actual presenta varios problemas, su dirección hacia la universalidad no parece no ser el objetivo y su aporte ulterior estará en estandarizar términos de atención, principalmente. El riesgo es que el proceso puede quedar atrapado en la problemática de las instituciones y aún con una integración funcional, no lograr culminar en la universalidad deseada.

SITUACIÓN ACTUAL

México se encuentra frente a retos demográficos y epidemiológicos que representan una transformación social en todos los aspectos y que, en el caso de la salud, ejercen una presión muy importante en la demanda de servicios debido al incremento de la población, pero también en el tipo de atención y de entrega de servicios, relacionados con los cambios en la estructura de la población.

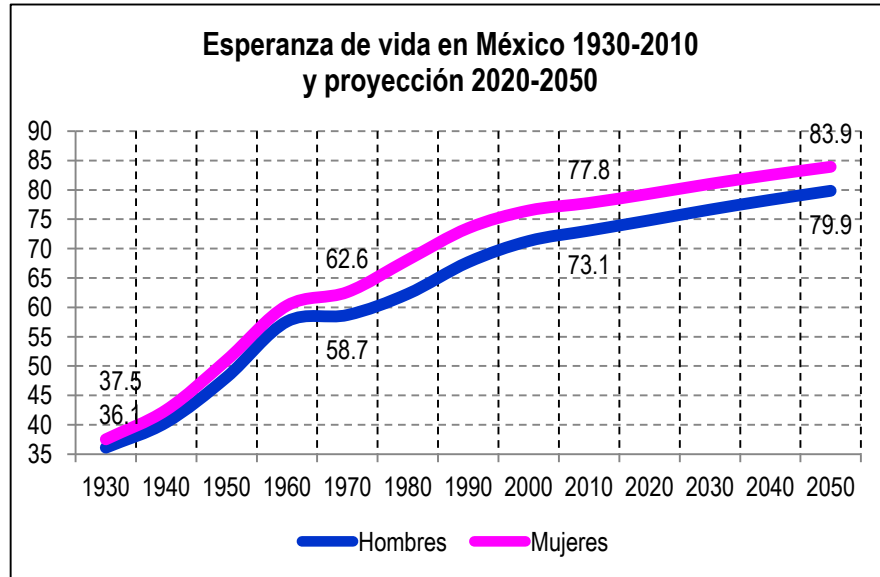


Esta transformación se inicia como resultado de los avances en las ciencias de la salud y en el nivel de desarrollo que han producido una disminución franca de la mortalidad general y de la tasa de natalidad, lo cual condiciona una vida más prolongada y el incremento exponencial de la población.



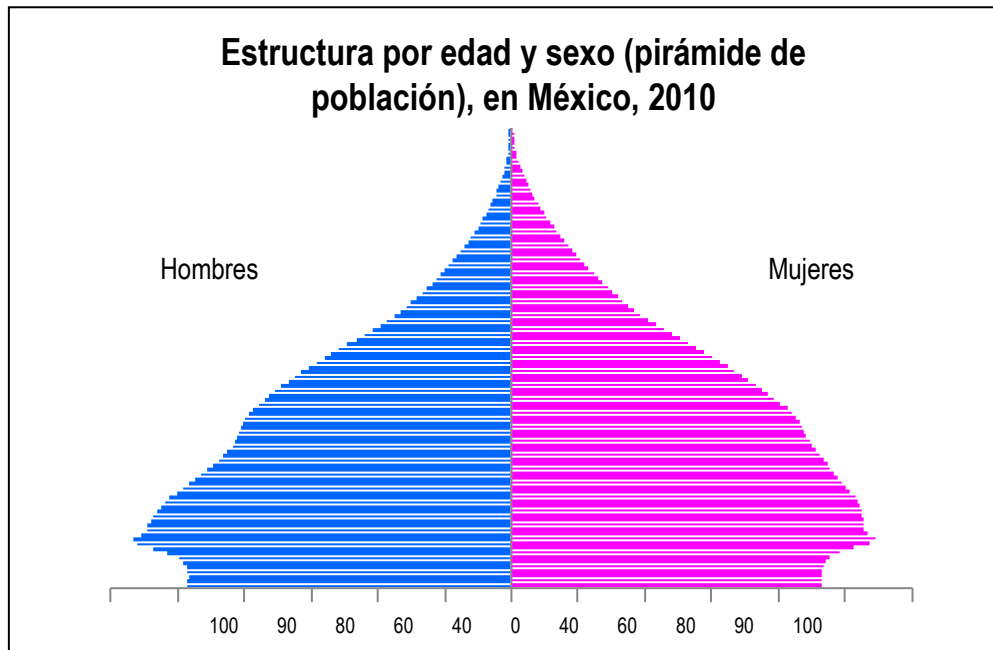
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población. INEGI, Estadísticas Históricas de México, 2009

Esto trae como consecuencia el incremento de la esperanza de vida de los mexicanos, la cual tuvo durante el siglo XX un incremento mayor que el logrado durante toda nuestra historia previa acumulada. Empezamos el siglo pasado con una esperanza de vida ligeramente superior a los 30 años. Para 1970 ya se había duplicado y en la actualidad alcanza 73.1 años para los hombres y 77.8 para las mujeres. La esperanza de vida proyectada hacia el año 2050 se espera de 79.9 y 83.9 años respectivamente.



Fuente: CONAPO, Proyecciones de la Población de México. Indicadores demográficos

Esta primera transformación genera dos importantes modificaciones: el envejecimiento de la población a expensas de la mayor sobrevivencia y un cambio fundamental en la estructura de la población por edades.



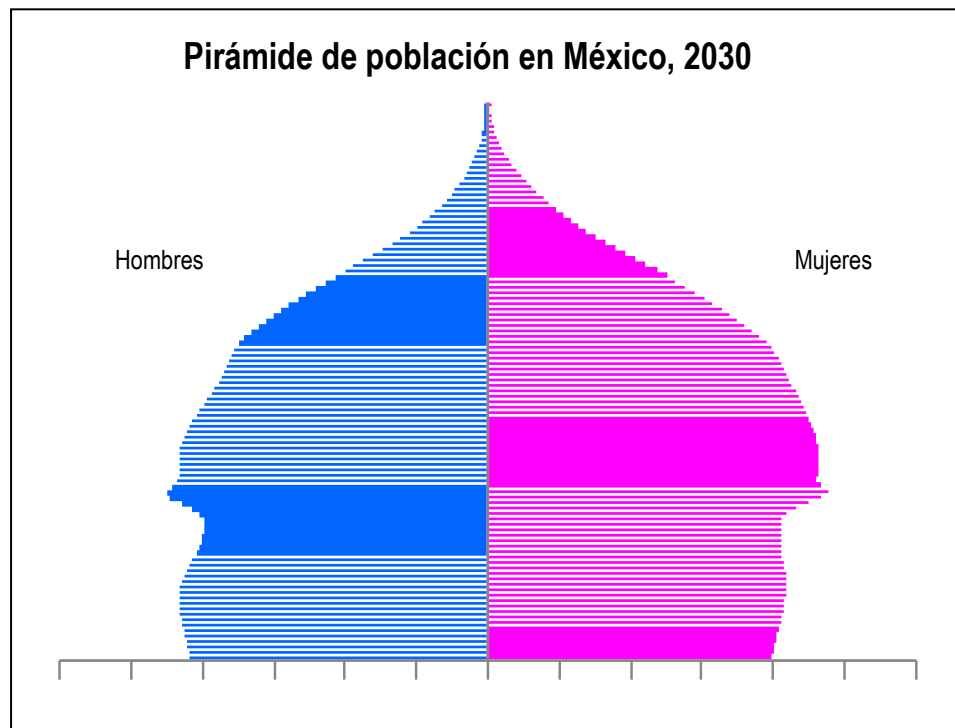
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población



Esto ha modificado la pirámide de población de nuestro país en la que se observa ya una disminución en la base y una tendencia hacia la rectificación de los grupos de edad.

Resulta evidente que tales transformaciones de la estructura etaria de nuestra población reclamarán modificaciones significativas en la naturaleza de las instituciones y políticas públicas.

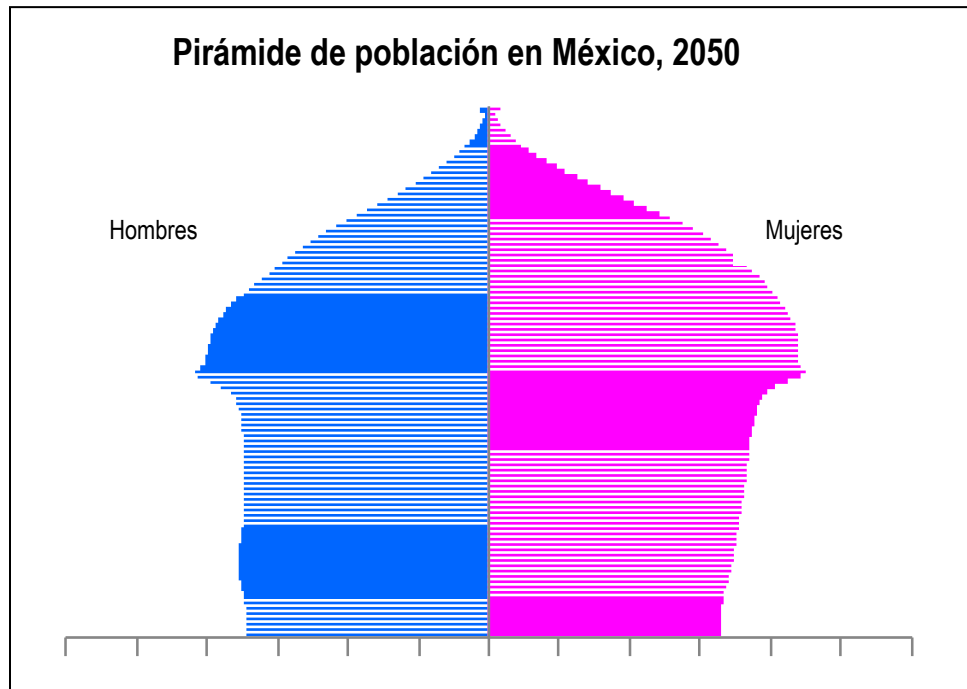
El crecimiento todavía importante de la población en edad de trabajar aumentará la presión sobre los mercados laborales a la vez que obligará a la política de salud a adecuar sus programas para atender las necesidades específicas asociadas con este estrato de población.



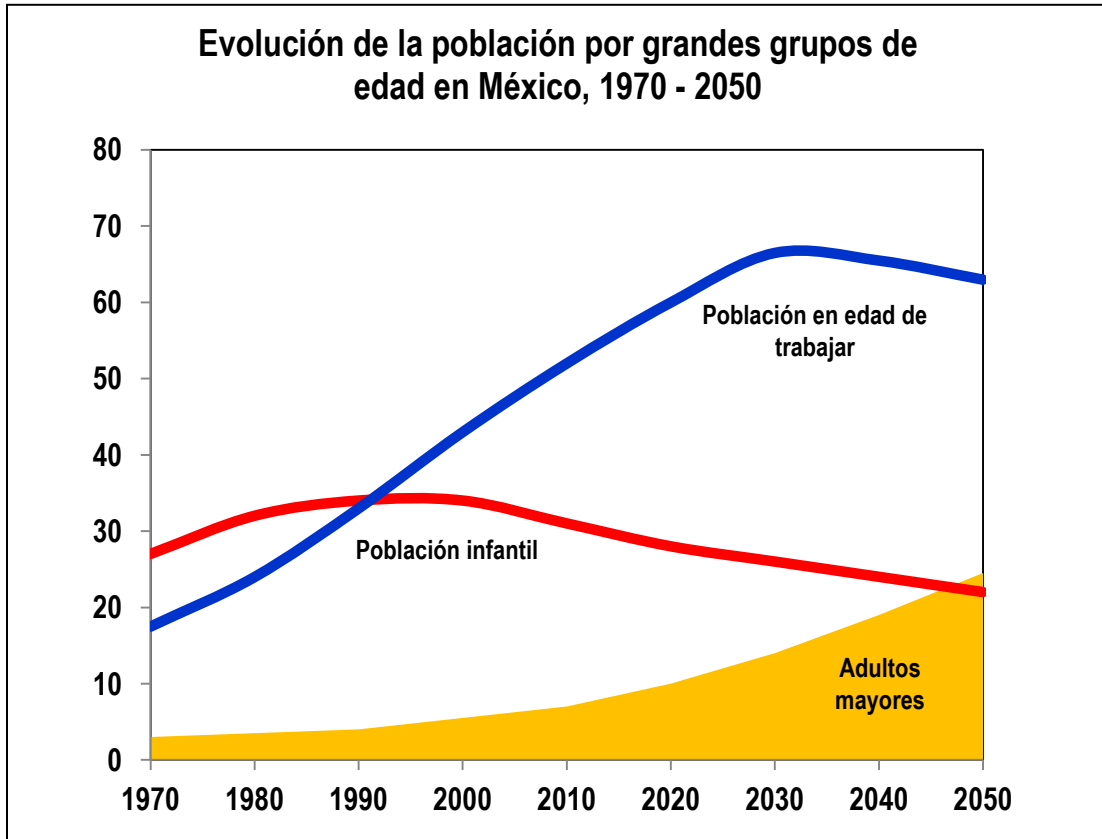
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población



La evolución futura de la población de adultos mayores, cuyo crecimiento es el más elevado, planteará enormes desafíos para las políticas públicas de salud para atender problemas relacionados con el envejecimiento necesitando incorporarse nuevas estrategias y programas para su atención.

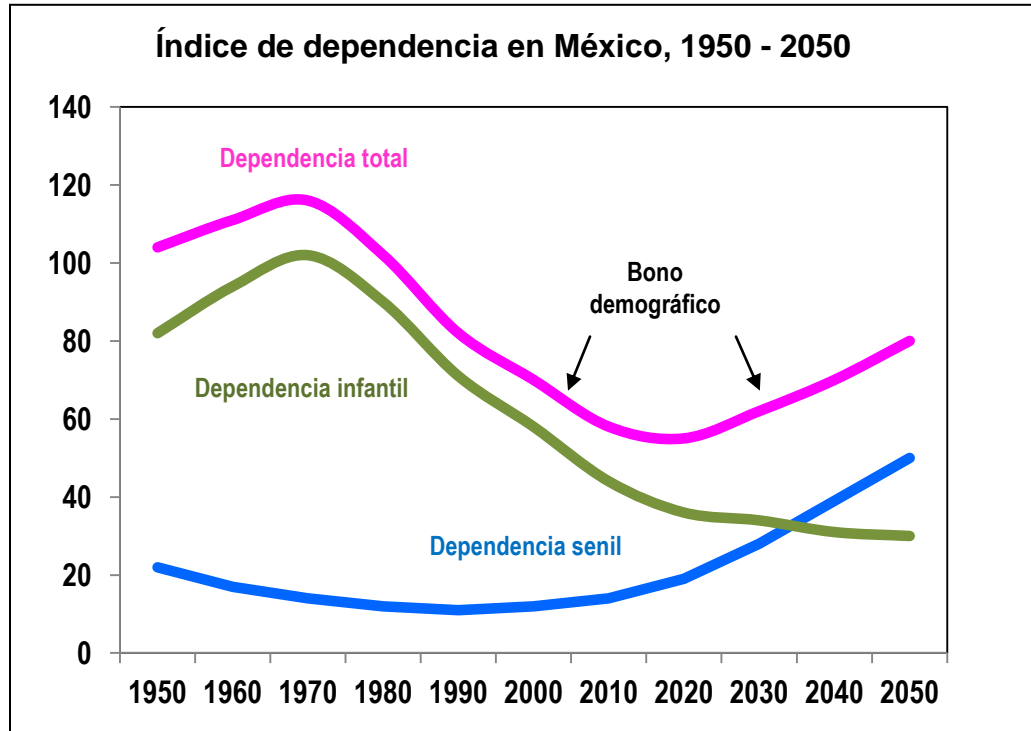


Ahora mismo, el aumento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad y el descenso de la fecundidad han desencadenado un rápido proceso de envejecimiento de la población en México; el número de niños menores de 5 años se está reduciendo desde 1995, mientras que la población de 60 años y más está creciendo a una tasa anual de 3.5%, lo que implica una duplicación de este grupo cada 20 años. Así, los mayores de 60 años, que hoy representan 7.6% de la población, serán casi la tercera parte del total para mediados del siglo {10}.



Fuente: CONAPO, Proyecciones de la Población de México. Indicadores demográficos

Una de las características más importantes de este proceso lo representa el hecho de que las modificaciones en la estructura por edades de la población están alterando la llamada razón de dependencia demográfica; esto es que el número de mexicanos en edades laborales comienza a exceder dos o tres veces al de personas en edades dependientes (menores de 15 y mayores de 60 años).



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población, noviembre 2006

El valor más bajo de la razón de dependencia demográfica se alcanzará alrededor del año 2020, lo que constituye el “bono demográfico” que implica una menor población dependiente en relación con la población en edad de trabajar y potencialmente productiva. Posteriormente esta razón de dependencia comenzará a elevarse como resultado del crecimiento de la población adulta mayor, lo que terminará por cerrar esta ventana de oportunidad.

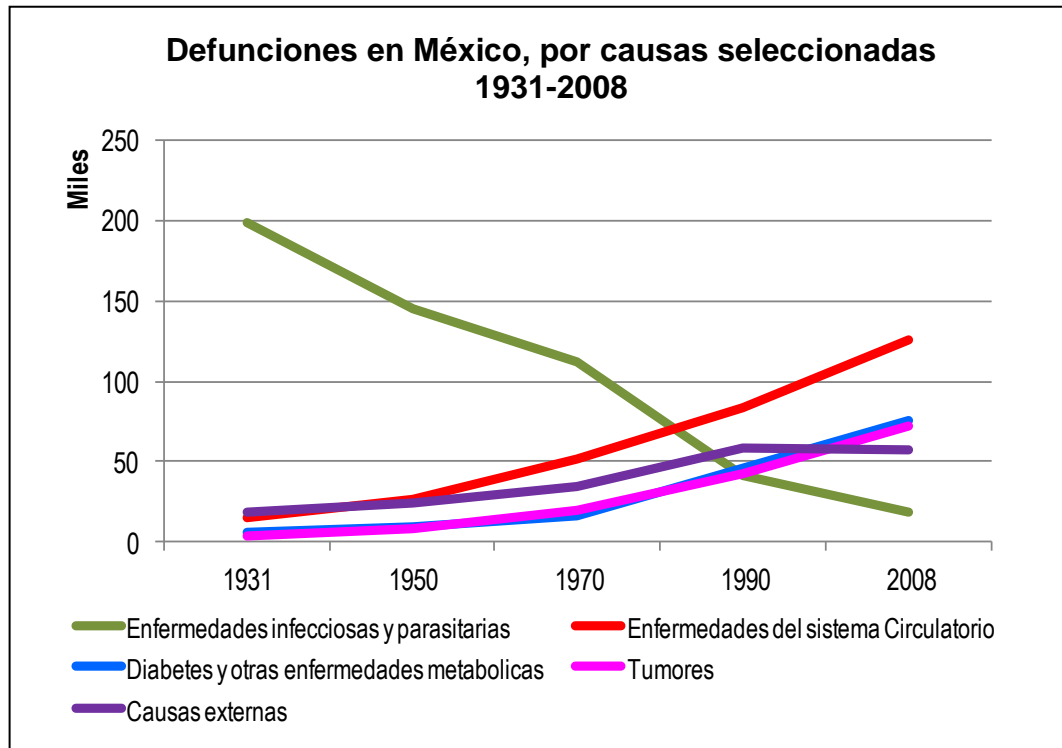
Por supuesto, para poder aprovechar esta ventaja demográfica de manera eficiente y adecuada se requiere un crecimiento económico sólido y vigoroso con adecuadas condiciones de empleo y productividad.

El efecto más importante del cambio en la dinámica demográfica es la profunda transformación en el panorama de la salud en el país.

Este cambio altera de manera radical los patrones dominantes de enfermedad, con una franca reducción de las enfermedades de origen infeccioso, incrementándose



proporcionalmente las muertes por causas no transmisibles, que son más costosas para prevenir y curar.



Fuente: INEGI. Estadísticas Históricas de México, 2009

Esto se traduce en una disminución dramática de las enfermedades infecciosas, un incremento muy importante de las enfermedades del sistema circulatorio, de la Diabetes y de otras causas de origen metabólico así como de las neoplasias y de las causas externas.

Al mismo tiempo, cambia la composición de la mortalidad por grupos de edad, de manera que una proporción cada vez mayor de las defunciones ocurre entre los adultos al incrementarse las posibilidades de sobrevivir. La población mayor de 65 años concentra hoy en día casi 55% de las muertes. Es decir, que en sólo cuatro décadas la proporción de muertes entre niños pequeños y adultos mayores se invirtió. Cada vez más, la muerte responde al reloj biológico y no a las carencias sociales. {10}

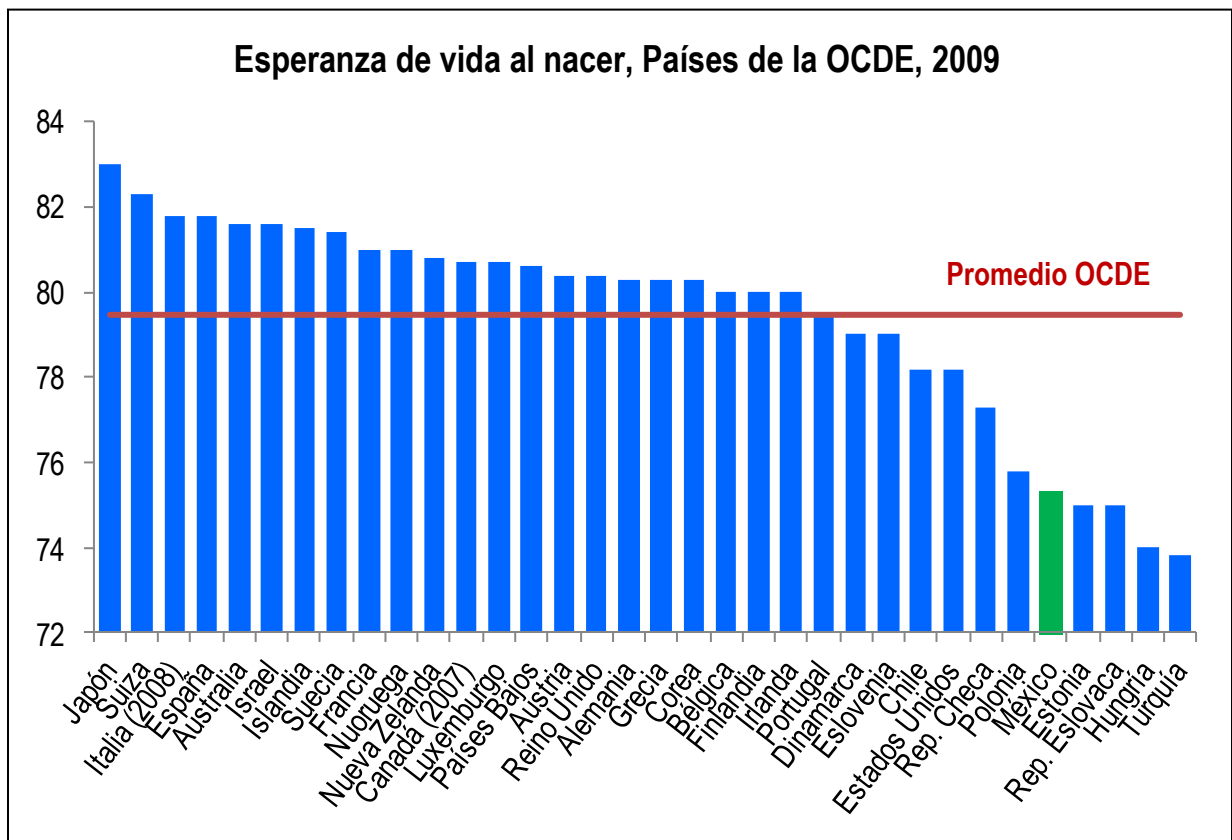
Esto significa también que cada vez, mayor población adulta sobrevive con enfermedad crónica o con discapacidades, lo que constituye un reto descomunal



para el Sistema Nacional de Salud para dar respuesta a la demanda creciente de servicios complejos de alta especialidad y de mayor costo.

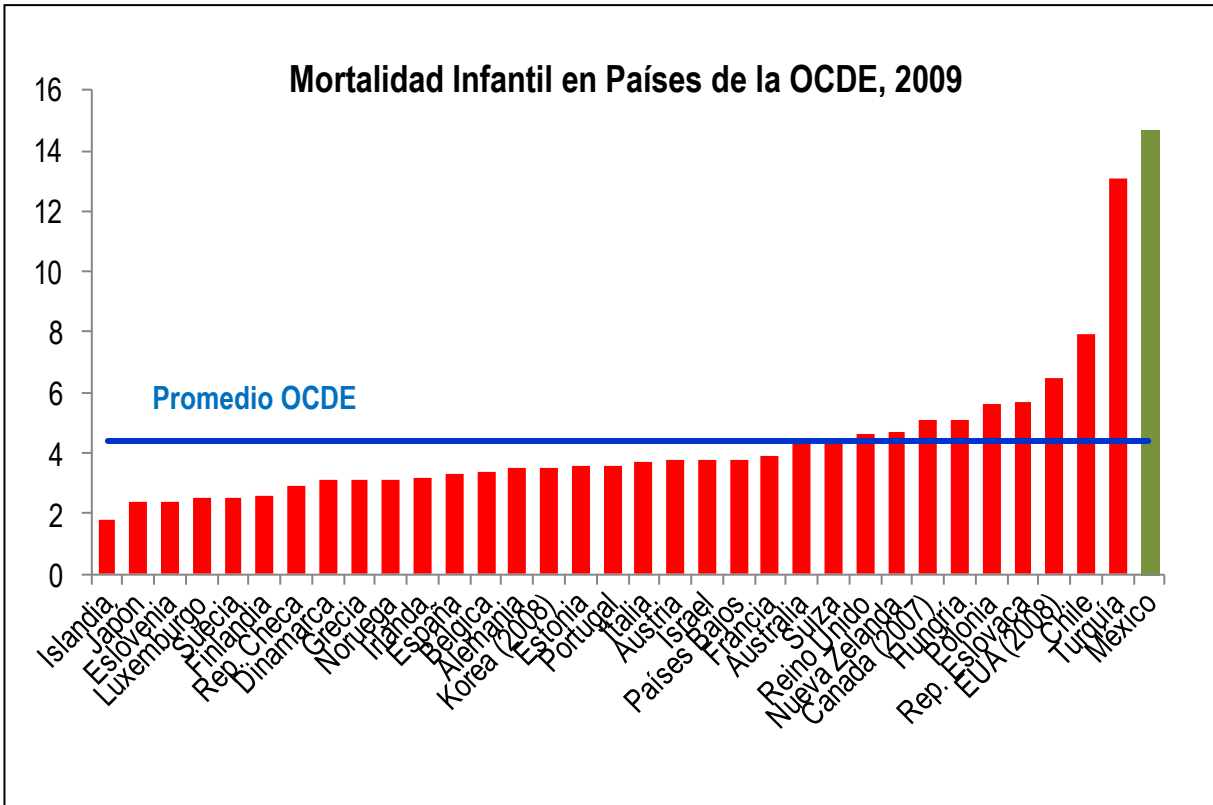
Un reflejo de las condiciones de salud de nuestro país en el contexto internacional es la comparación de indicadores entre los países de la OCDE. La comparación es necesaria al interior de la Organización ya que determina el nivel de desarrollo alcanzado en el contexto global y con los países miembros con los que se establecen acciones de cooperación.

La esperanza de vida promedio que tienen los países de esta organización es de 79.5 años. México se encuentra abajo del promedio con 75.3 años de esperanza de vida al nacer en 2009.



Fuente: OECD Health Data 2011

El panorama más desalentador de los indicadores de salud en comparación con los Países de la OCDE se observa en la mortalidad infantil que aún es muy alta en México, la más alta entre los países de la OCDE y tres veces mayor que el promedio.

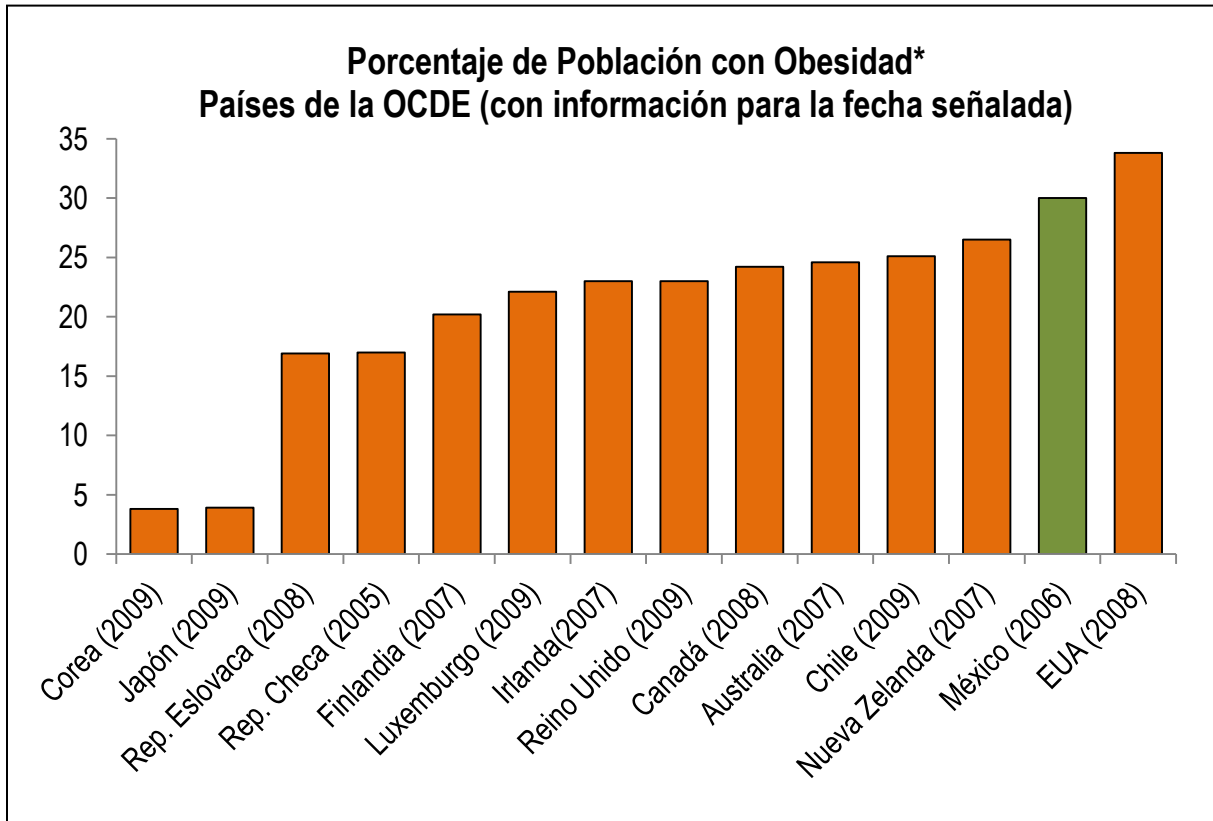


Fuente: OECD Health Data 2011

Esta condición evidencia que no hemos logrado el desarrollo esperado en términos de seguridad y protección social en salud y en términos de condiciones de vida.

Por otro lado, el panorama epidemiológico de nuestro país presenta riesgos adicionales en contraste, derivados de factores relacionados con los estilos de vida, lo cual representa un doble reto ya que, aunado al rezago en términos de mortalidad, compartimos con algunos países de la OCDE los problemas del desarrollo económico.

Por ejemplo, tenemos el segundo lugar en Obesidad entre la población adulta después de los Estados Unidos, lo que refleja la complejidad presente y futura de la atención a los problemas crónico degenerativos de la población mexicana. Estas condiciones tienen un impacto mayúsculo en la presión del Sistema y no se vislumbra su modificación en el mediano plazo.



* Porcentaje del total de la población adulta con un IMC >30 kg/m², Basado en mediciones de peso y talla
Fuente: OECD Health Data 2011

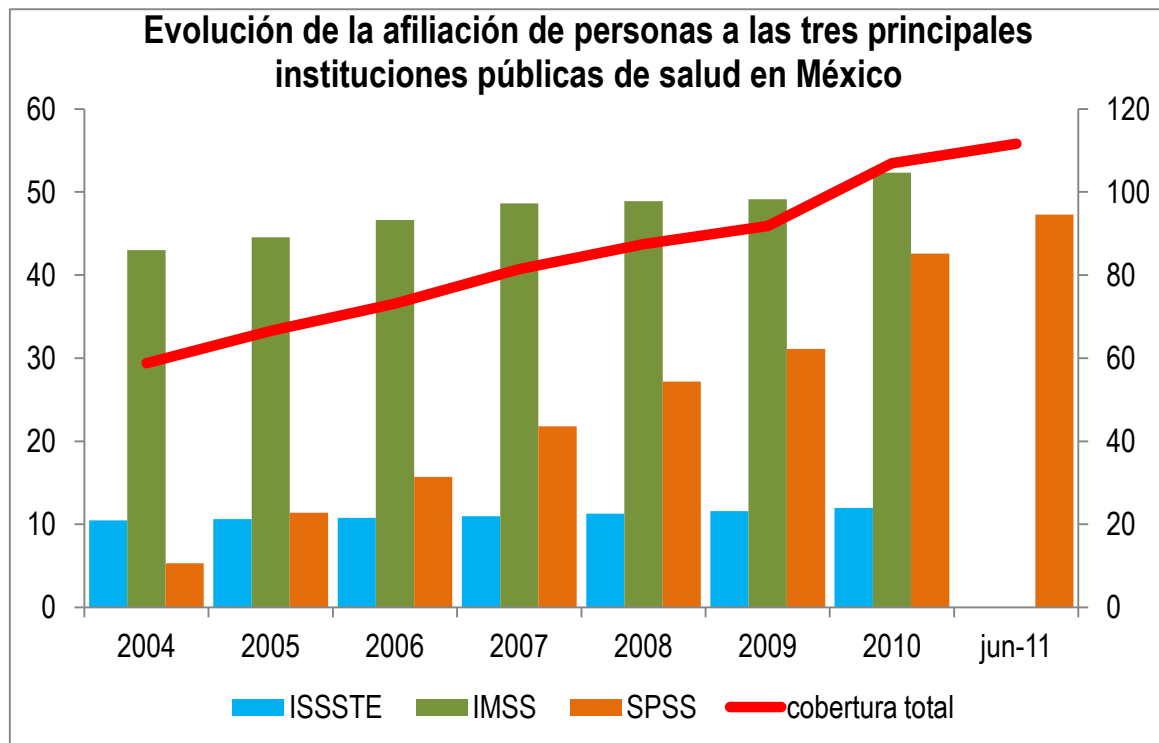
Para atender las condiciones de salud de nuestro país, el Sistema Nacional de Salud cuenta hoy en día, además de un escaso aseguramiento privado, con tres pilares del aseguramiento público en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Fondo Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados de las instituciones de la administración pública federal y sus familiares; y el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los desempleados y sus familiares.

El Sistema de Protección Social en Salud estableció las bases legales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación. Sin embargo, no ha sido suficiente para atender las condiciones



que todavía persisten en el Sistema Nacional de Salud aunado a las crisis financieras de las instituciones, el mantenimiento de la segmentación del sistema y que ya se ha cumplido el compromiso que estableció la Ley general de Salud para la cobertura universal.

En términos de afiliación de la población, a través del Sistema de Protección Social en salud se han incorporado al Seguro Popular en Salud hasta junio de este año, a 47.3 millones de personas que no se encuentran afiliadas a instituciones de seguridad social. Por su parte, la cobertura de derechohabientes del IMSS alcanzó los 52.3 millones de mexicanos y el ISSSTE cuenta con una cobertura de 11.6 millones de personas.



La suma de las coberturas de las principales instituciones públicas de salud implica la afiliación de 111.2 millones de mexicanos. Sin embargo es importante destacar lo señalado en el Informe de Resultados de la Fiscalización de la cuenta Pública 2009, {11} en el cual la Auditoría Superior de la Federación determinó un porcentaje de colisión (duplicidad) de 14.2%, ya que 4,426,660 beneficiarios del Seguro Popular se encontraban registrados en los padrones de las instituciones de seguridad social; el



porcentaje de colisión con el padrón del IMSS de asegurados en servicio y derechohabientes vigentes fue de 13.7%; el ISSSTE fue de 0.3%; y el del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), de 0.1%

Descontando el porcentaje de duplicidad señalado, se estima una cobertura de 95.4 millones de personas, lo que corresponde al 85% de cobertura de la población total mexicana a 2010, lo cual resulta un gran avance en términos de afiliación si se considera que en 2004 la población con derechos explícitos correspondía a 30 millones de mexicanos.

Si bien se ha aumentado considerablemente la afiliación de personas a las instituciones públicas de salud, sobre todo a partir de la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud, esta afiliación es nominal y no necesariamente se encuentra asociada al acceso efectivo a los servicios de salud, a la utilización de los servicios con oportunidad y eficacia o incluso al conocimiento de dicha afiliación y los derechos que tiene cubiertos.

Además, el aumento de la afiliación ha provocado una saturación en la prestación de servicios y una presión sobre la capacidad instalada para la atención de la salud que genera un riesgo muy alto en la respuesta del Sistema a los problemas de salud presentes y futuros.

Por otro lado, con la creación del Seguro Popular existen incentivos para crear cierta competencia en términos de afiliación potencial, como lo menciona la OCDE {4}. Los costos totales del Seguro Social son mucho más altos que la contribución familiar al Seguro Popular lo que podría inducir que tanto los empleadores, como los trabajadores mismos, puedan encontrar atractivo, desde el punto de vista financiero, unirse al Seguro Popular y elegir un arreglo laboral no sustentado en salarios, aunque aún dentro del empleo formal.

Existe un sector informal grande donde los empleados que reciben salarios no son declarados al IMSS y el cumplimiento en este sector continúa siendo débil. En tanto sus trabajadores paguen por el Seguro Popular, los empleadores pueden enfrentar menor presión para declarar a sus empleados. Tales arreglos laborales ilegales pueden ser en especial atractivos para la población joven con buena salud que no valora tanto la cobertura completa de salud del IMSS o los demás componentes de la seguridad social no vinculados con el seguro de salud. {4}

En términos de cobertura de intervenciones, el Sistema Nacional de Salud tiene un alto grado de inequidad. Los servicios de salud a la persona cubiertos por el Seguro Popular, explícitos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)



incluyen actualmente 275 intervenciones de primer y segundo nivel, que equivale a alrededor de 1400 padecimientos. Por su parte el Fondo de protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) cubre 56 enfermedades de alta especialidad que incluyen cáncer infantil, trasplante de médula ósea, cáncer de mama y cérvico uterino, cuidados intensivos neonatales, VIH/SIDA, trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos y Cataratas. {12}

A pesar de que la reforma de la Ley General de Salud señaló con mucha precisión las categorías que debían cubrirse con el FPGC y el Consejo de Salubridad General, de acuerdo a sus atribuciones ha determinado los padecimientos e intervenciones que deben estar incluidos en dicho Fondo, la prioridad de su incorporación ha sido un atributo que ha adoptado la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, lo que ha fijado el ritmo de su incorporación a los derechos explícitos.

Derivado de ello, al mes de junio de 2010, se han incorporado 30 padecimientos {13} de una lista de 62 padecimientos que generan gastos catastróficos determinados por el Consejo de Salubridad General {14}. Si bien su incorporación debía ser gradual, a la fecha deberían estar cubiertos los 62 padecimientos y solamente están incorporados el 48%, faltando incorporar 32 padecimientos incluyendo algunas tan importantes como problemas cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y lesiones graves.

Por otro lado, algunos padecimientos incorporados no se cubren en su totalidad como es el caso del VIH/SIDA para el cual el FPGC cubre el tratamiento antirretroviral, pero no está incluido el tratamiento de infecciones oportunistas ni la prevención de infecciones.

Sin embargo, para la población con seguridad social, las instituciones públicas le cubren legalmente todas las necesidades de atención a la salud, con excepción de cirugía cosmética e intervenciones electivas.

Estas son las circunstancias actuales del Sistema Nacional de Salud, con presiones que le han llevado al punto en que no es capaz de responder a las demandas de atención con el modelo actual en que se organiza y se financia la salud, en forma fragmentada por grupos sociales.

En reciente publicación {4}, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico señala que a pesar del diseño cuidadoso de la nueva reforma, el éxito de su instrumentación seguirá representando un desafío significativo para las autoridades mexicanas.



Primero, la disponibilidad de recursos frescos para financiar el sistema se mantiene condicionada por la situación fiscal y, en este contexto, la OCDE ha enfatizado la necesidad de una reforma fiscal.

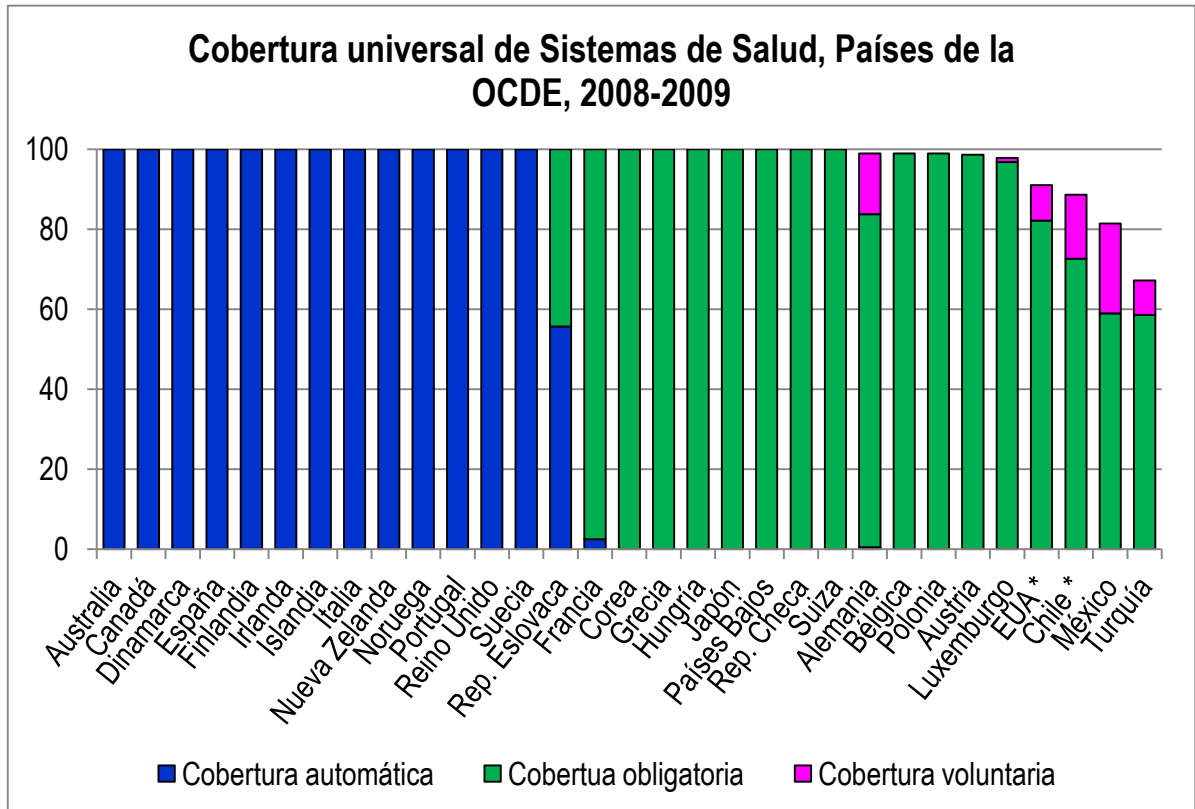
En segundo lugar, ya que el Sistema de Protección Social en Salud sólo cubre un conjunto definido de servicios básicos y ofrece protección limitada para los riesgos catastróficos, es posible que existan presiones por parte de los usuarios para que se amplíe esta cobertura de beneficios.

Tercero, el nuevo sistema de aseguramiento puede generar incentivos para que los prestadores de servicios den preferencia en el tratamiento a la población afiliada, afectando el acceso y oportunidad del servicio de la población no afiliada.

Cuarto, dada la nueva demanda por servicios del sector público, los proveedores de los SESA enfrentarán la necesidad de aumentar la eficiencia y la calidad. Hasta la fecha, no se han puesto en marcha medidas para fomentar una mayor eficiencia en los SESA y este rubro de política requiere de atención urgente para asegurarse que los nuevos recursos bajo el SPSS se utilicen de la mejor manera.

Por último, en el largo plazo, el éxito del SPSS dependerá de su capacidad para romper el vínculo entre el financiamiento y la prestación, evitando así que continúe la fragmentación en el sistema.

El documento también hace énfasis en que aunque la Constitución Mexicana proclama el derecho de cada persona a la protección de la salud, México es uno de los pocos países de la OCDE que aún no ha logrado el acceso universal {4}

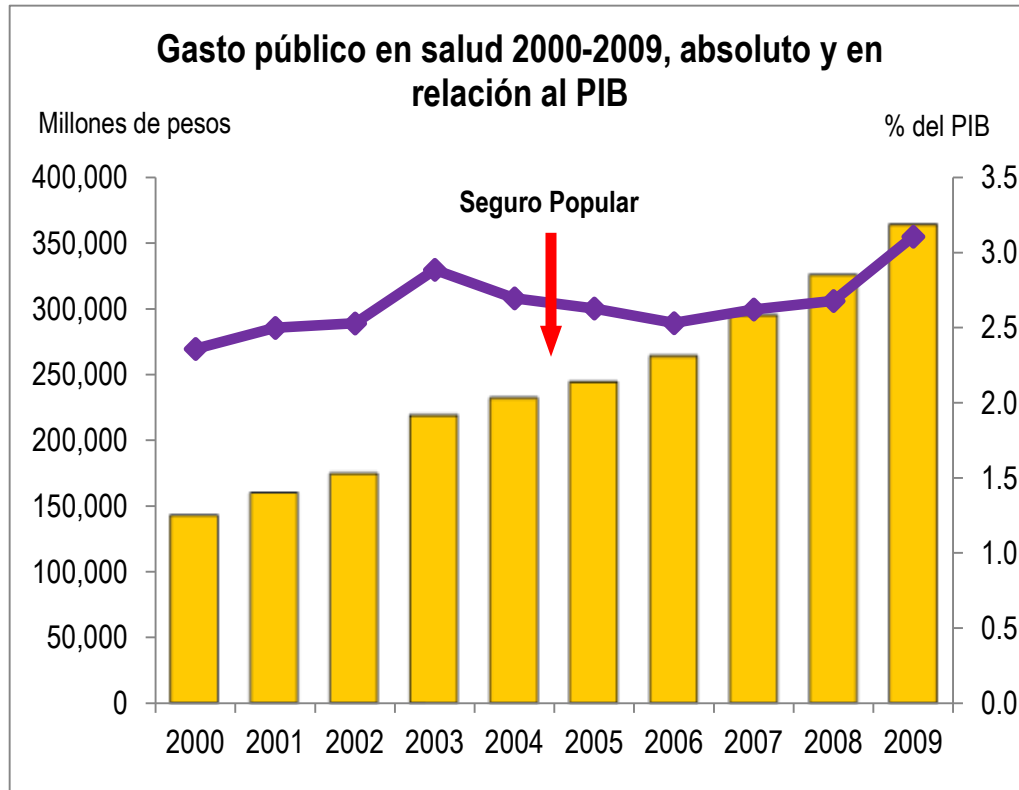


Fuente: OECD Health Working Papers No. 50. A Survey of 29 OECD Countries

* Centers for Disease Control, Health US y Ministerio de Salud de Chile

Por otro lado, el mantenimiento de la segregación del Sistema Nacional de Salud impide que la prestación de servicios sea eficiente y restringe la viabilidad de la universalidad de los servicios de salud.

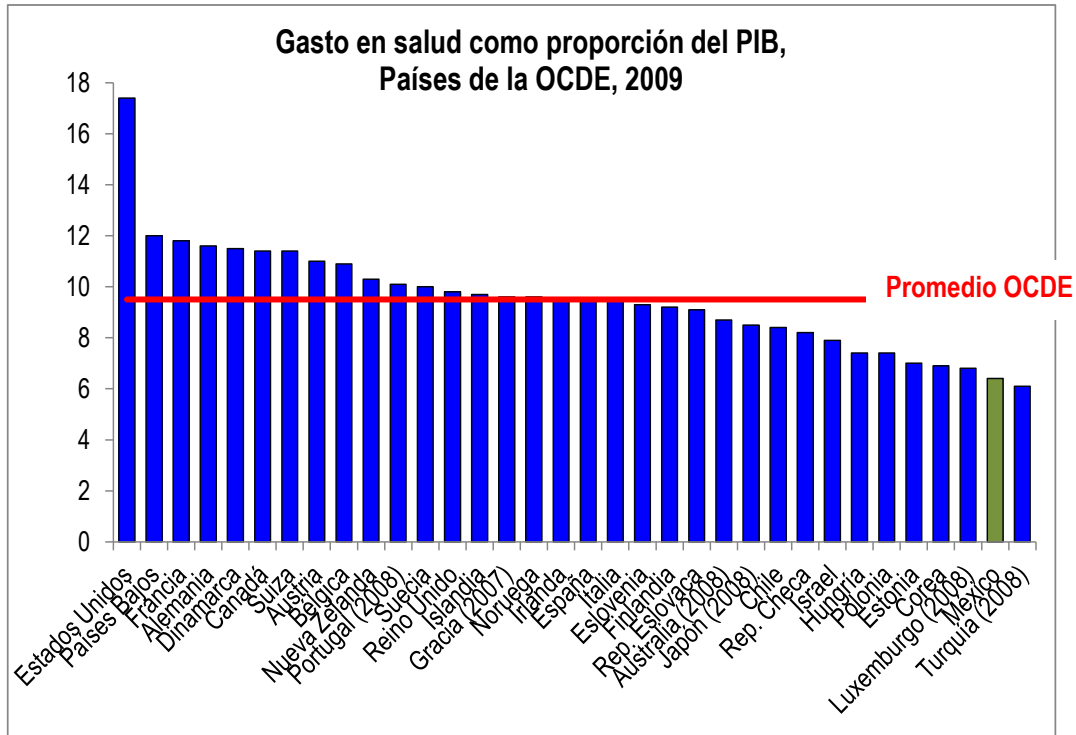
En los últimos diez años, particularmente con la entrada en vigor del Seguro Popular, el gasto público en salud ha aumentado en forma importante: entre 2000 y 2009, ya que el gasto público en salud aumentó 155% en términos absolutos, pasando de 142 mil millones de pesos a más de 362 mil millones, con lo cual, medido como porcentaje del PIB, pasó de 2.3 a 3.1%



Fuente: Secretaría de Salud, DGPOP. Evaluación del Ejercicio Presupuestal 2009. Enero 2010

Sin embargo, a pesar de los avances en materia de protección social en salud, nuestro país dista aún de alcanzar el gasto en salud que realizan otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

En una comparación entre los países de la OCDE en 2009, en donde el gasto en salud promedio representa alrededor de 9.5% del PIB, en México la inversión en salud era de 6.4%

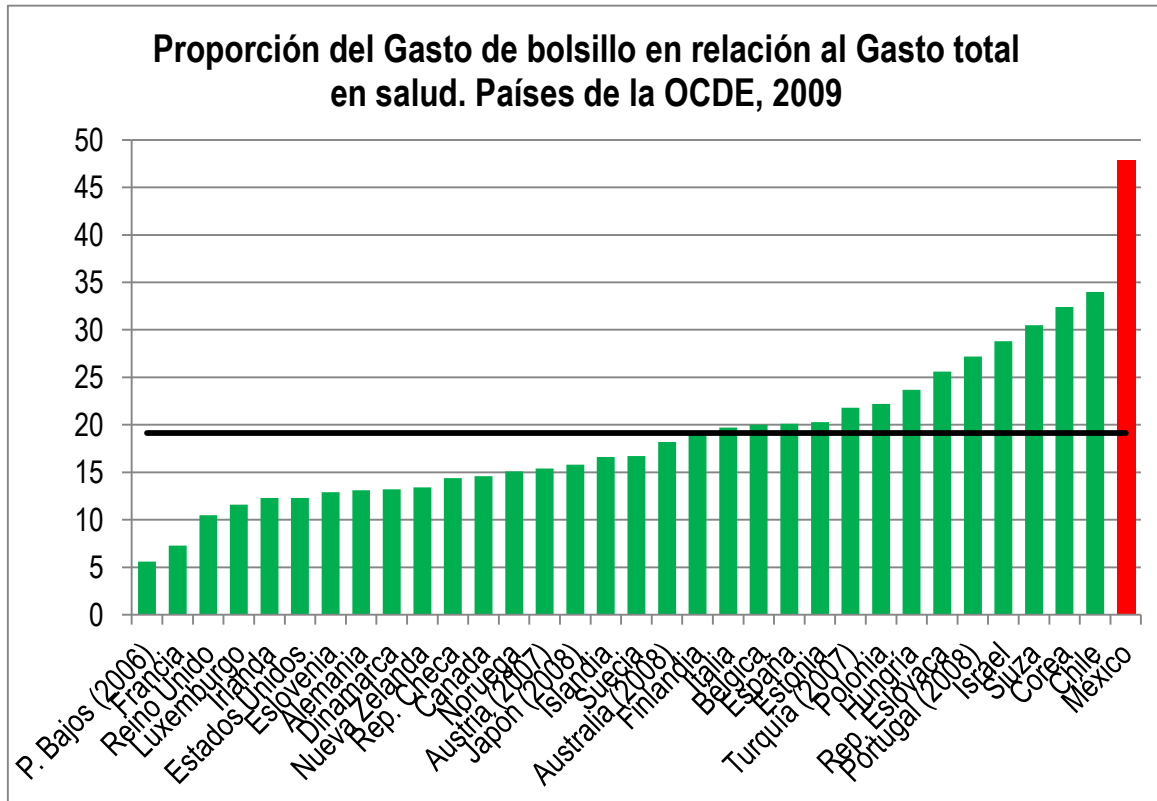


Fuente: OECD Health Data 2011

Además México también está por debajo del promedio de los países de la OCDE en cuanto al gasto en salud per cápita, con un gasto de 918 USD en 2009 (ajustado por poder de paridad de compra), comparado con el promedio en los países de la OCDE que es de 3,223 USD. Se estima que entre 2000 y 2009 los fondos dedicados al gasto en salud per cápita crecieron en promedio 4.0% en términos reales para los países de la OCDE, mientras que en México el incremento fue de 3.1% por año durante este periodo.

Esto significa que en términos relativos, México gasta menos en salud tanto como porcentaje de su riqueza como en términos per cápita, además de que la mayor parte de este gasto proviene de gasto de bolsillo de los hogares.

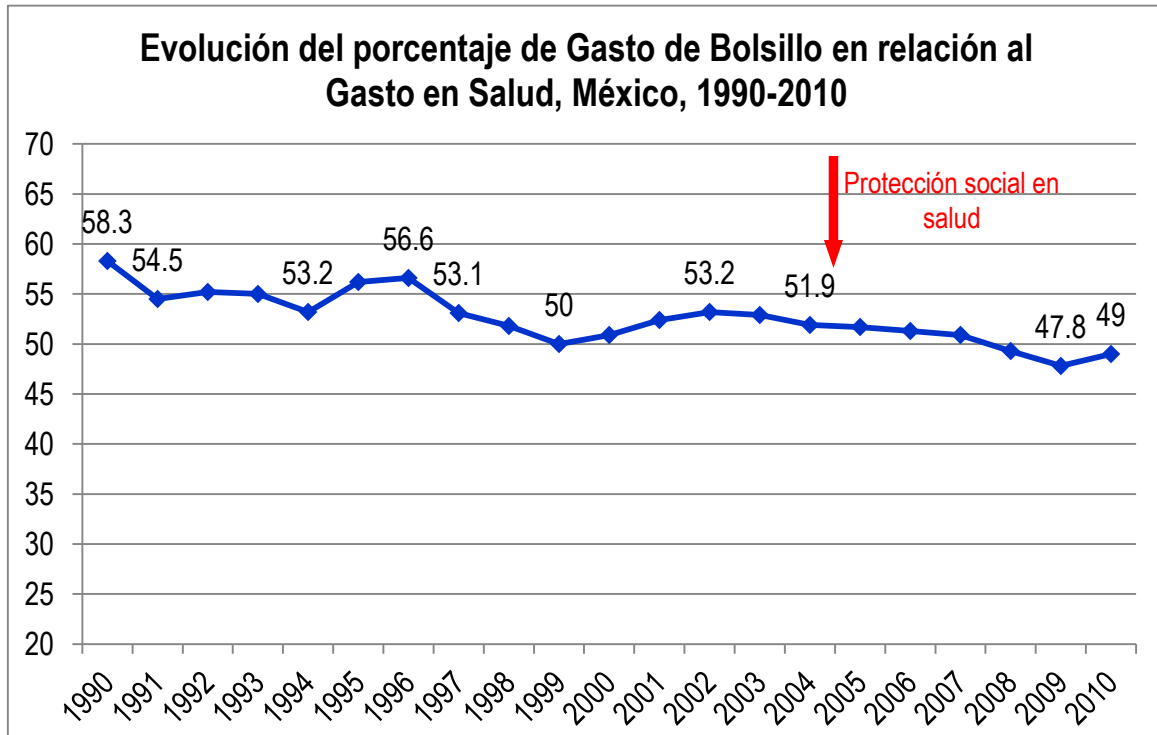
La proporción del gasto de bolsillo en el gasto total en salud es la más alta entre los países de la OCDE y más del doble del promedio para el año 2009.



Fuente: OECD Health Data 2011

Este indicador fue el detonador de la creación del sistema de protección social en salud en México, documentado como uno de los impedimentos para el desarrollo en nuestro país, por el gasto empobrecedor de las familias y su contribución al nivel de atraso económico

Este gasto de bolsillo no ha tenido la disminución esperada aún con el aumento del financiamiento público en salud a través del sistema de protección social en salud. Antes de la reforma se encontraba en 52% y al 2010 sólo ha descendido en tres puntos porcentuales.



Fuente: OECD Health Data 2011

En el informe de Auditoría al desempeño del Seguro Popular, para la cuenta pública 2009, {11} la Auditoría Superior de la Federación también identificó que aún existe una proporción de gasto de bolsillo en salud de 47.7% sólo 4.2 puntos porcentuales del porcentaje registrado en 2004. Asimismo, señala que el 94.8% de los afiliados encuestados por la ASF aseguraron adquirir con sus propios recursos los medicamentos que les faltan.

Por otro lado, está en riesgo la sustentabilidad del sistema, ya que los esfuerzos para aumentar la cobertura y diseñar la sustitución del gasto de bolsillo por el gasto público se ven obstaculizados por el entorno fiscal actual y la falta de consenso sobre la reforma tributaria, como lo menciona la OCDE {4}. En el largo plazo, el financiamiento del sistema de salud se verá presionado como resultado de dos impactos adicionales: el déficit actuarial en los sistemas de pensiones de los trabajadores del sector público, y el impacto más general del envejecimiento de la población sobre la demanda de servicios de salud.



La Auditoría Superior de la Federación también advierte sobre la viabilidad financiera del sistema de acuerdo con el estudio actuarial proporcionado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, para el periodo 2009-2025, en el que se señala que los ingresos totales que se destinarán al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos disminuirán en una tasa promedio anual de 1.8%, al pasar de 14,151.9 millones de pesos en 2009 a 10,511.0 millones de pesos en 2025; los egresos aumentarán en una tasa promedio anual de 3.2%, al pasar de 8,918.6 millones de pesos en 2009 a 14,682.6 millones de pesos en 2025, en tanto que la suficiencia presupuestal pasará de un superávit de 5,233.3 millones de pesos a un déficit de 4,171.6 millones de pesos en ese periodo, situación que pone en riesgo el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios del Seguro Popular. {11}

Por otro lado, es importante destacar lo que representa para el Sistema Nacional de Salud el costo administrativo para la planeación, administración y operación de los servicios de salud en un sistema fragmentado, el cual representaba en 2007 el 10.8% del gasto total en salud, cifra muy por encima del gasto administrativo en salud de los demás países de la OCDE. {15}

Situación preocupante es la del Instituto Mexicano del Seguro Social el cual se encuentra ante otro tipo de presiones derivadas de las transiciones social y económica que lo sitúan en una grave crisis, ocasionando con ello que los recursos destinados a la atención de la salud de su población cubierta sean cada vez más insuficientes, y que la probabilidad de que los derechohabientes tengan que buscar servicios en otras instituciones sea también cada vez mayor.

A pesar de estas reformas el modelo financiero y actuarial del IMSS muestra un panorama preocupante. Los seguros que prestan servicios de salud son altamente deficitarios y aunque los seguros asociados a las prestaciones económicas son superavitarios sus excedentes no alcanzan a cubrir, por mucho, el faltante de los primeros. Se estima que el faltante de recursos al 2010 es de 22 mil millones de pesos. {5} De continuar esta tendencia, las proyecciones del déficit en el seguro de gastos médicos del instituto se incrementarán a casi 300 mil millones de pesos para el 2050. {15}

Esta situación financiera repercute en la oportunidad y calidad de los servicios de salud ya que ha habido una subinversión en infraestructura y equipamiento médico en los últimos años, sobre todo en el segundo nivel.



MODELO CONCEPTUAL

Dada su amplia experiencia en el tema, desde su creación FUNSAUD ha desarrollado diversos esfuerzos relacionados con la investigación en políticas y sistemas de salud que se han traducido en aportaciones y contribuciones a las estrategias y programas de salud del país. Para ello ha desarrollado un conjunto de investigaciones que se han traducido en evidencias que han servido como un insumo clave para el desarrollo de políticas en salud en México y en otros países de Latinoamérica.

De ellos podemos mencionar el trabajo iniciado con el programa Economía y Salud {16} que se basó en cuatro innovadores ejercicios de análisis para presentar un diagnóstico de los problemas de salud en México, incluidos el análisis del costo y efectividad de las intervenciones de salud, la medición del peso de la enfermedad, el análisis de las cuentas nacionales de salud y el análisis de los obstáculos al desempeño del sistema.

En este documento se proponía una visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de **relaciones estructuradas** entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones, especificando las funciones del sistema de salud, para tener en mente la distinción convencional entre servicios de salud personales y públicos.

Gran parte del análisis se concentró en los servicios de salud personales, esto es, el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos.

También se analizó la producción o generación de recursos no solamente de los prestadores habituales de servicios de atención médica sino incluyendo a un grupo diversificado de organizaciones que producen los insumos necesarios para esos servicios como las universidades e instituciones similares, que suelen tener el doble papel de desarrollar recursos humanos y suministrar servicios de salud, los centros de investigación que producen conocimientos y desarrollan nuevas tecnologías, así como el extenso grupo de empresas que forman el “complejo médico-industrial”, tales como las compañías farmacéuticas y de equipo médico.



La tesis, retomada por el Observatorio de la Salud {17} desarrolló un novedoso estudio alrededor de cuatro funciones: el financiamiento, la prestación, la modulación y la articulación.

Este estudio se tradujo en propuestas de política pública que impulsaron entre otras cosas la institucionalización de las cuentas en salud en México, permitiendo identificar que más del 50 por ciento del total del gasto en salud en México correspondían a gastos privados y que de ellos cerca del 95 por ciento se relacionaban con gastos de bolsillo, determinando con ello una alta vulnerabilidad de los hogares a sufrir gastos catastróficos en salud. Por otro lado, gracias al análisis de la carga de la enfermedad se lograron identificar nuevas fórmulas para establecer prioridades en salud e identificar paquetes de intervenciones costo-efectivas.

Además, con base en las evidencias que arrojaron los estudios de Economía y Salud, en el año 2000 FUNSALUD desarrolló una propuesta denominada “Hacia un México más Saludable”, {18} la cual sirvió, entre otros, como base para la formulación de la Reforma a la Ley General de Salud de 2003 y la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo el Seguro Popular de Salud. {19}

Sobre las funciones de financiamiento y prestación se estableció un concepto de “proceso de financiamiento-prestación” integrado por una serie de pasos o subfunciones, señalando que uno de los aspectos importantes del diseño de las opciones de reforma es la distribución de responsabilidades por cada componente de dicho proceso.

Bajo el término “modulación” proponía agrupar una serie de funciones en un concepto más amplio que el de regulación, considerando las acciones para establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica.

La última función propuesta como “articulación” entre el financiamiento y la prestación requería ser explicitada asignando la responsabilidad de llevarla a cabo a entidades diferenciadas, concibiéndola como la “organización y gerencia del consumo de la atención” incluyendo las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores, abarcando actividades clave que permiten que los recursos financieros fluyan a la producción y el consumo de la atención a la salud, como la afiliación de grupos a planes de salud, la especificación de paquetes explícitos de beneficios o intervenciones, la organización de redes de proveedores de forma que se estructuren las posibilidades de elección por parte del consumidor, el



diseño y la instrumentación de incentivos a los proveedores a través de mecanismos de pago y la gestión de la calidad de la atención. {17}

La configuración de las cuatro funciones más importantes del sistema de salud – financiamiento, prestación, modulación y articulación – buscaba proporcionar las bases para identificar los principales modelos institucionales, comparando sus limitaciones para proponer opciones para la reforma del sistema de salud. Derivado de ello, se señalaban cuatro tipos de modelos de sistemas de salud, como se describe a continuación:

Tipología de Modelos de Sistemas de Salud

Integración de poblaciones	Integración de Funciones institucionales	
	Integración vertical	Separación
Integración horizontal	Modelo público unificado	Modelo de contrato público
Segregación	Modelo segmentado	Modelo privado atomizado

- a) El **modelo público unificado**, es aquél en el cual el estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. Excluye las opciones de prestación bajo el control del consumidor y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización de los servicios. A su vez, los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio, ya que no existen alternativas posibles.

El virtual monopolio público se debe, más que nada, a la capacidad del estado para ofrecer servicios de calidad razonable, al tiempo que compite con el sector privado sobre la base de los precios. Como el estado no financia a otros proveedores, éstos deben cobrar lo que los servicios cuestan, o bien obtener algún subsidio privado. En cambio, los servicios públicos rara vez cobran a los usuarios el costo real. Esta ausencia de subsidio público a los servicios privados distingue al modelo público unificado del modelo de contrato público. Por su parte, la diferencia con el modelo segmentado radica en el hecho de que existe un solo presupuesto público, en vez de que se le divida entre instituciones de seguridad social.



En este modelo la función de la modulación con frecuencia se ve limitada por conflictos de interés o porque el monopolio público simplemente no ve la necesidad de esta función. La modulación se ejerce a través de formas de operación autoritarias, las cuales evitan los incentivos para el buen desempeño por parte de los proveedores. Por otro lado, la función de articulación se encuentra implícita, ya que la integración vertical y la ausencia de competencia hacen innecesaria la creación de instancias explícitas que medien entre las agencias de financiamiento, los prestadores de servicios y los consumidores.

- b) En el **modelo privado atomizado** la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones.

Si bien ningún país latinoamericano presenta este modelo extremo en su forma pura, existen dos variantes importantes que se acercan al mismo. La primera es una modalidad de mercado libre, que se observa en países en los que la abrumadora mayoría del gasto es privado y ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado con niveles muy bajos de aseguramiento o prepago. Aunque formalmente existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la gran mayoría de la población de su nivel superior.

Al igual que en el modelo público unificado, en esta variante la función de articulación es inexistente. A la luz de las conocidas imperfecciones del mercado de servicios de salud, la diversidad de financiamiento y de entidades de prestación no necesariamente se traduce en competencia. De hecho, la ausencia de una función explícita de articulación significa que no hay un mecanismo disponible para agregar la demanda, de forma que los consumidores pueden quedar desprotegidos por las asimetrías en la información. Aun cuando exista la competencia, con frecuencia ésta tiene lugar a través de la selección de riesgos más que de los precios. En suma, al excluir a grandes grupos de personas en necesidad y al segmentar la prestación de servicios, este modelo magnifica las fallas de mercado, que generan ineficiencias globales en el sistema de salud.

La segunda variante del modelo privado atomizado puede denominarse modalidad “corporativista” y se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Aunque en ocasiones algunos fondos cuentan con sus propias instalaciones para



la prestación de servicios, el arreglo más común implica una separación entre el financiamiento y la prestación, de forma que el fondo de enfermedad cubre la atención que se recibe en instituciones públicas o privadas.

- c) El **modelo de contrato público** es aquél en el que se combinan el financiamiento público con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Esta separación de funciones se consigue mediante la contratación de servicios. Cuando el financiamiento público tiene una cobertura universal, entonces se habla de una integración horizontal de la población. En contraste con los modelos polares, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global, igual que en el modelo público unificado, pero a diferencia de éste, dicho presupuesto no se asigna por adelantado a prestadores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y, en el mejor de los casos, también de calidad.

A pesar de las anteriores ventajas, uno de los problemas más serios es la falta de una función de articulación explícita, que con frecuencia queda sometida a la función de financiamiento. Esta deficiencia conduce a la fragmentación de la prestación y complica enormemente el control de la calidad y los costos. La tradicional debilidad de la función de modulación contribuye aún más a la fragmentación de la prestación.

Aunque este modelo se asemeja a la experiencia canadiense, lo cierto es que no ha logrado desarrollar su acción moduladora, que en Canadá se ve enormemente fortalecida por la auto-regulación profesional. Por lo tanto, a la versión latinoamericana le ha resultado imposible alcanzar los niveles de igualdad y eficiencia del sistema de salud canadiense.

Cabe mencionar que el planteamiento actual de integración funcional del sector que conduce la Secretaría de Salud se encamina hacia este modelo de sistema de salud.

- d) El **modelo segmentado** basa su atención en la responsabilidad pública de instituciones al servicio de poblaciones específicas que comúnmente se dividen en tres grandes segmentos que corresponden a otros tantos grupos sociales: la población con capacidad de pago que a su vez abarca a dos grupos: el primero formado por todos aquellos que trabajan en el sector formal de la economía y que quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social y el segundo grupo constituido por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social y cuyas necesidades de salud casi siempre son atendidas por el sector privado, mediante un financiamiento que



proviene fundamentalmente de desembolsos del propio bolsillo o mediante la contratación de seguros o planes de prepago privados. El tercer grupo lo constituyen los pobres, tanto rurales como urbanos, los cuales quedan excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados. En el diseño del modelo segmentado, el Estado se encarga de suministrar servicios personales a esta población sin capacidad de pago.

El modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. De hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. Cada segmento institucional –el Estado, las instituciones de seguridad social y el sector privado– desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico.

Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos. En particular, los servicios que se encuentran reservados para los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos. Tercero, la segmentación implica de hecho la coexistencia de los dos modelos polares, por lo que se combinan las desventajas de ambos. Así, el servicio otorgado por el Estado presenta todas las desventajas del modelo público unificado, pero sin las ventajas de la cobertura universal; de manera similar cada institución de seguridad social ejerce un monopolio sobre su clientela respectiva, y el sector privado presenta las limitaciones del modelo privado atomizado.

El problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrece el sector privado o el Estado. El problema es que la carga de tal decisión recae sobre el consumidor, ya que se ve obligado a pagar por la atención que recibe en otra parte, a pesar de que ya antes pagó una prima de aseguramiento. Esto conduce a una importante fuente de desigualdad que consiste en la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y empresas una carga financiera desproporcionada.

Otra fuente de desigualdad es que el traslape de la demanda es unilateral, ya que las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la



seguridad social (excepto en casos de urgencias y de algunos cuantos servicios de alta prioridad). Más aún, muchos sistemas han fracasado en el intento de focalizar sus servicios en los pobres. La noción de que los servicios privados están reservados para las clases medias y altas, liberando así recursos públicos para la atención de los pobres, no se ve respaldada por los datos existentes sobre utilización de servicios. En la mayoría de los países que cuentan con tales datos, lo cierto es que el sector privado es una fuente importante de atención para los hogares pobres, mismos que destinan una proporción mucho mayor de sus ingresos en pagos directos para la salud que los hogares de mayores ingresos.

El documento incluía el análisis de los movimientos de reforma de los sistemas de salud dados en esa época, los cuales se orientaron en dos direcciones. Algunos países intentaron romper con la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema público único. Esta fue probablemente la estrategia de reforma más popular hasta la década de los ochenta, y aún cuenta con muchos defensores. La búsqueda de equidad al amparo de esta estrategia ha dado pruebas de ser incompatible con los requerimientos de eficiencia y de una respuesta sensible frente a las necesidades y preferencias de las poblaciones. Ya sea por cuestiones de preferencias ideológicas o por restricciones en el financiamiento público, algunos otros países buscaron entregar la organización de los servicios de salud a instancias diferentes del gobierno central. {17}

En América Latina se desarrollaron dos variantes de este tipo de reforma: la estrategia de privatización, en particular respecto de la seguridad social y la estrategia de descentralización, con la devolución de responsabilidades previamente centralizadas a las autoridades locales.

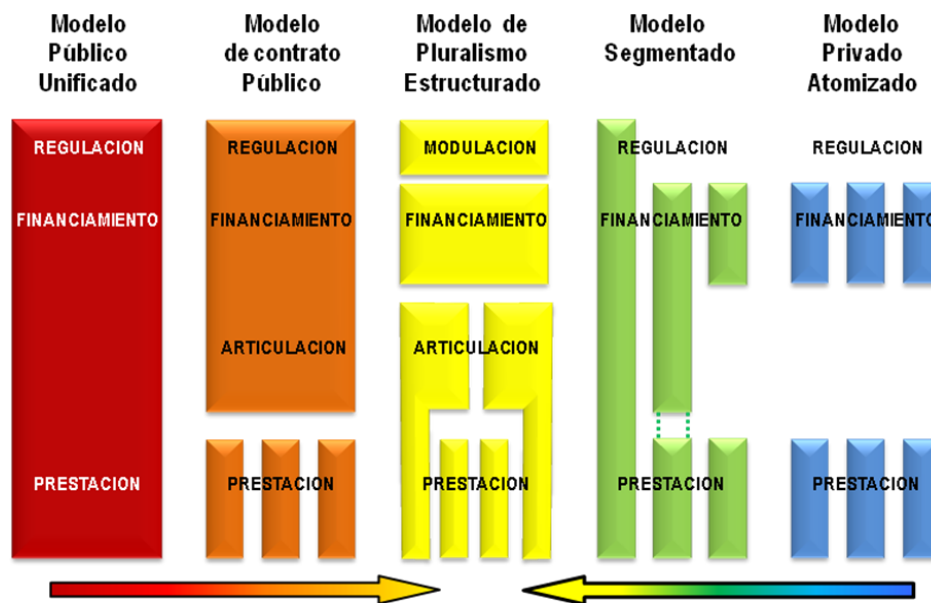
Uno de los principales problemas que han presentado ambas variantes ha sido la debilidad del esfuerzo modulador requerido para establecer reglas del juego claras en la transferencia de responsabilidades. En lugar de ello, los tomadores de decisiones centrales han actuado bajo la suposición implícita de que la iniciativa local o privada sabrá resolver de alguna manera las limitaciones importantes en la atención a la salud. En estas condiciones, muchas iniciativas de privatización y de descentralización han resultado ser incompatibles con los requerimientos de equidad y, paradójicamente, tampoco han podido producir las ganancias esperadas en términos de eficiencia.

Derivado del análisis de las ventajas y limitaciones de los modelos descritos y de los resultados de las primeras reformas, el estudio proponía una reforma del sistema de salud bajo una propuesta que se denominó “Pluralismo estructurado”. {20}



El concepto de “**pluralismo estructurado**” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares. A través del “pluralismo” se plantea evitar los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado y a través de lo “estructurado” evitar los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado.

Convergencia entre los modelos de Sistemas de Salud



El pluralismo estructurado propone una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares; de tal manera que así como el modelo segmentado combina las desventajas de estos modelos polares, el pluralismo estructurado las compensa.

Este modelo implica una ruptura en términos del aseguramiento de grupos sociales relacionados con la condición de empleo para pasar a una cobertura de aseguramiento o protección de forma legal y automática para hacer manifiesto y operativo el derecho a la protección a la salud



Asimismo, requiere la separación clara y determinada de las funciones del Sistema Nacional de Salud, de tal forma que en lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada.

En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones. De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones y con ello fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud.

En este esquema, la modulación se convierte en la misión principal del gobierno en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil, asegura una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. Este énfasis en la modulación no pretende conducir a la concentración burocrática del poder, sino, por el contrario, al establecer reglas del juego transparentes y justas, el gobierno puede delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones de modulación a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

La función de financiamiento, se convierte en la responsabilidad central de la protección social, y se amplía gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. Los subsidios están orientados a la demanda, más que a la oferta y en lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representa un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

El manejo de ese pago se convierte en un elemento clave de la función de articulación, que ahora sí se volvería explícita y sería responsabilidad de instituciones especializadas públicas y privadas.

Por último, la prestación directa de servicios queda abierta a todo un esquema plural de instituciones, tanto públicas como privadas. El reto que propone el pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por una extensión del prepago dentro de un contexto de finanzas públicas para poder asegurar y redistribuir los recursos.

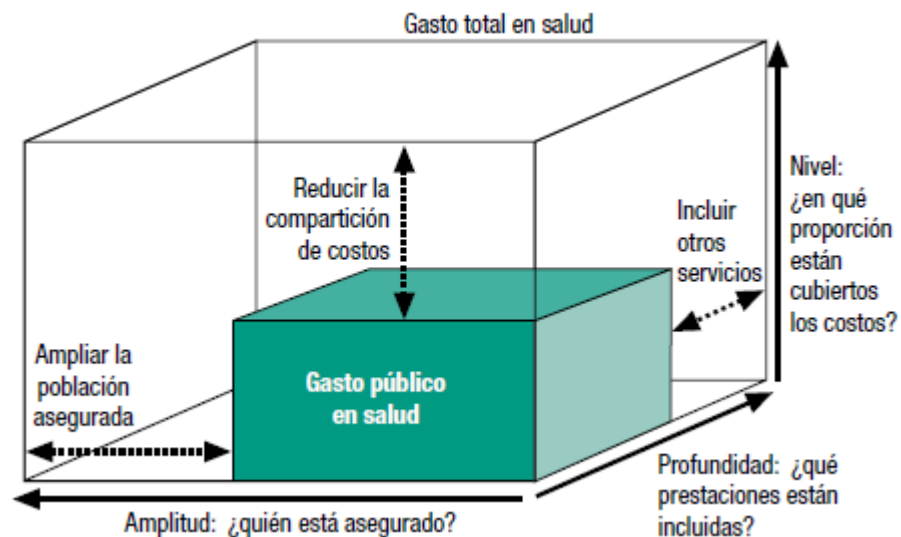


Por otra parte, además de la organización del sistema para separar las funciones de financiamiento y prestación, se requiere hacer una definición clara del alcance y calidad de las intervenciones en salud para ser consideradas dentro del concepto de cobertura universal.

En términos generales, no existe una definición consensuada del concepto y alcances de cobertura universal y acceso efectivo, sino que éstas se adaptan a las circunstancias particulares de cada país, y, por supuesto, a su propia visión y expectativas de lo que puede y debe alcanzarse a través de un sistema universal de salud. Así, a nivel global, los avances hacia la cobertura universal han evolucionado de formas distintas y a velocidades distintas, y son estos mismos niveles de avance los que determinan también la definición que en cada país impera respecto al acceso efectivo. {21}

De acuerdo con los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una definición de Cobertura Universal es aquella en donde los sistemas de salud están diseñados para “Proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.” {22}

Para avanzar hacia la cobertura universal, la OMS define tres vertientes que se muestran en la figura siguiente:





- Amplitud de la cobertura: ¿Quién está asegurado?
- Profundidad: ¿Qué prestaciones están incluidas?
- Nivel: ¿En qué proporción están cubiertos los costos?

De acuerdo con esta visión, la definición de cobertura universal se encuentra estrechamente vinculada al gasto en salud y sus fuentes de financiamiento: una sociedad en la cual el 100% del gasto en salud corresponde a gasto público, ha alcanzado la cobertura universal. En este caso, las dimensiones de la figura interior (verde), equivalente al gasto público en salud, son similares a las dimensiones de la figura exterior (transparente), que equivale al gasto total en salud.

Cualquiera que sea la combinación, el principio que se busca es, en términos generales, común: reducir la incidencia de problemas financieros relacionados con los pagos directos. Este indicador, de acuerdo con la OMS, es fundamental para medir el avance hacia la cobertura universal. {22}

En el ámbito nacional, no existe un consenso respecto a lo que debe entenderse por cobertura universal de los servicios de salud. {21} Destaca particularmente la inexistencia, desde la Rectoría del Sistema de Salud, de una definición clara respecto al concepto de acceso efectivo. Esta indefinición se refleja en una estrategia confusa y cambiante para lograr la cobertura universal.

Retomando las tres dimensiones a tomar en cuenta para avanzar a la cobertura universal según la OMS, en México se observa un esfuerzo sin precedentes para expandir la cobertura de afiliación, sobre todo a través del Seguro Popular.

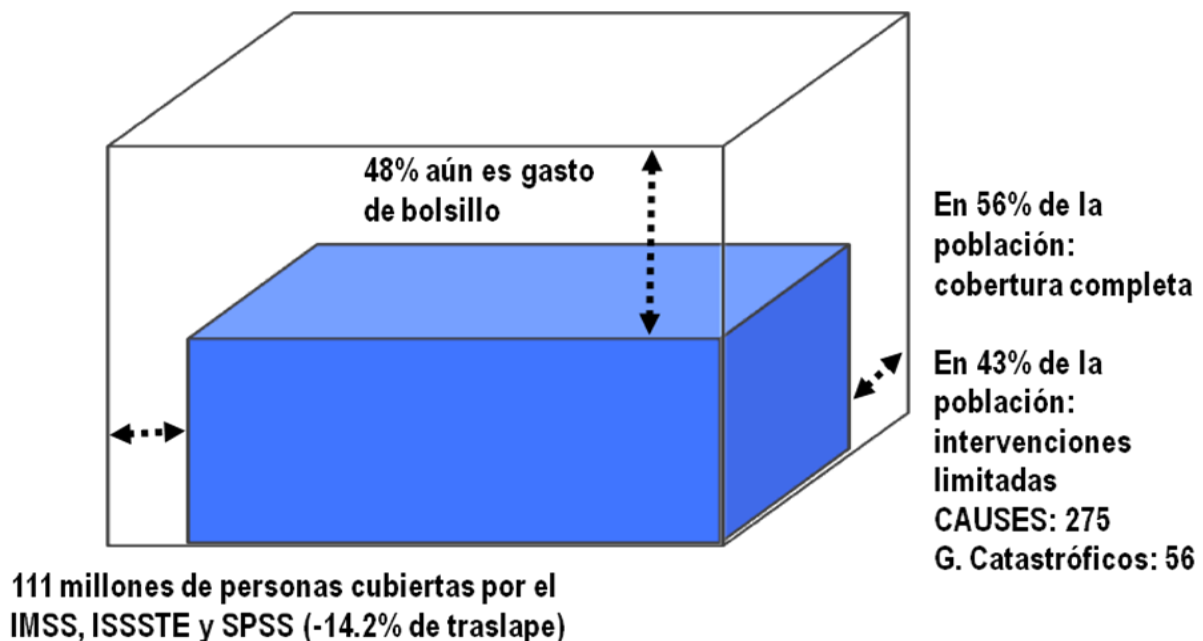
Esta expansión ha sido señalada como uno de los principales resultados del gobierno actual, y sin embargo, poco se señala respecto a la capacidad que tiene el propio SNS, de proveer la atención que requieren los millones de nuevos beneficiarios que se han incorporado al Seguro Popular desde su creación.

Es decir, se han orientado los recursos y los esfuerzos en materia de afiliación, pero no se aprecia con tal claridad, un esfuerzo por incrementar el acceso efectivo de los beneficiarios a los servicios de salud, al incremento de la cobertura de intervenciones que generan gastos catastróficos y, sobre todo, no existe un esfuerzo evidente para garantizar el financiamiento de la salud con gasto público para evitar o al menos disminuir el gasto de bolsillo que desembolsan los hogares para atender sus necesidades de salud. Inclusive, es de llamar la atención que no existe un indicador claro, a nivel federal, que vincule el monto de los recursos asignados al Seguro Popular con el incremento en su capacidad de atención. {21}



En el esquema propuesto por la OMS, la cobertura de salud en nuestro país se vería más o menos con esta forma, en la que se ha privilegiado la vertiente de afiliación y se ampliado esta cobertura en forma considerable, pero no se ha incrementado el paquete de beneficios y el financiamiento todavía depende en gran medida del gasto de bolsillo:

Cobertura de servicios de salud en México, de acuerdo al modelo planteado por la OMS



La población cubierta por las tres instituciones más grandes del sector asciende a 111.2 millones de mexicanos como se comentó anteriormente; sin embargo habría que restarle el porcentaje de duplicidad, que la Auditoría Superior de la Federación ha documentado en un 14.2%. Aún así, se consideraría una cobertura de afiliación alta, por lo que en esta vertiente se considera cubierto el 85%

Si bien, esta es la vertiente que más interés ha recibido por parte del Sistema de Protección Social en Salud y en términos absolutos se presenta como un gran avance en la cobertura, es importante hacer las siguientes consideraciones para evaluar la estimación real de esta dimensión:



- Los datos de cobertura de población, principalmente en el IMSS e ISSSTE, se construyen a partir del registro de cotizantes con una estimación de integrantes de familia, por lo que las cifras resultantes de derechohabientes son supuestos; es decir, no parten de registros nominales de las personas que tienen derecho de acceso a los servicios.
- Aún así, en el caso de que partieran de registros nominales, ello no asegura que toda la población que tiene derecho ha sido registrada y es usuaria de los servicios, por lo que existen diferencias de cobertura cuando se refiere a la cobertura legal o población amparada, a la población adscrita o registrada y a la población usuaria.
- Dentro de las cifras de cobertura que tradicionalmente se mide en el nivel agregado nacional a partir de los datos de las instituciones públicas de salud, está ausente aquella que está cubierta por los institutos de seguridad social dependientes de los gobiernos de las entidades federativas y, por otro lado, tampoco se considera a la población cubierta por la medicina privada a través de seguros de salud

Por el lado de la vertiente de cobertura de servicios, en México en términos generales la población atendida por la seguridad social, aproximadamente el 56% de la población mexicana, cuenta con cobertura completa de servicios, y el 43%, que corresponde a la población afiliada al Seguro Popular, cuenta con 275 intervenciones de primero y segundo nivel, así como 56 padecimientos de alta complejidad que generan gastos catastróficos.

La OCDE ha referido que es correcta la limitación de intervenciones, en el sentido de dar mayor prioridad a paquetes de beneficios costo efectivos. En el documento “Perspectivas OCDE: México, Políticas clave para un desarrollo sustentable” {15} señala que el Seguro Popular cubre el tratamiento de una gama limitada de enfermedades, sentando ejemplo para muchos otros países sobre cómo lograr resultados equitativos sin dañar la sostenibilidad fiscal del sistema.

Por su parte, la OMS también señala que en ninguno de los países de altos ingresos, de los que se suele decir que han alcanzado la cobertura universal, se cubre al 100% de la población con el 100% de los servicios, que podrían estar disponibles con el 100% del gasto, sin listas de espera. {22}

La OMS advierte que aunque la recaudación de más dinero para la salud es crucial en el caso de los países de ingresos bajos que se esfuerzan por acercarse a la cobertura universal, sacar el máximo provecho de los recursos disponibles es igual



de importante y no existe una regla general sobre qué intervenciones serán más eficaces y rentables en un país, ni siquiera es cierto que la prevención sea siempre más eficaz que el tratamiento.

Es indudable que existe una fuerte relación entre la salud y el desarrollo económico y ésta ha sido documentada ampliamente: el aumento de un año en la esperanza de vida se traduce en un incremento entre 1 y 4% en el PIB en un período de diez años, las diferencias en la salud entre los países explican aproximadamente el 17% de la variación en el producto por trabajador, las inversiones en salud aumentan el rendimiento de las inversiones en educación, por ejemplo, las intervenciones para prevenir las parasitosis intestinales entre los estudiantes reducen en un 25% el ausentismo escolar. {15}

Sin embargo, es cierto que la rentabilidad no es la única consideración a tener en cuenta cuando se decide sobre la combinación perfecta de intervenciones. En los casos en los que se cuestiona la justicia, la integridad o la igualdad básica, el valor social de una intervención sanitaria concreta puede variar respecto al valor de los beneficios sanitarios que produce y su implementación se justifica ante cualquier análisis de costo efectividad.

Es muy importante por lo tanto, definir el alcance que deberá tener la cobertura de intervenciones en salud. Lo cierto es que ésta debe ser gradual, incremental y universal y debe considerar los padecimientos más frecuentes del panorama epidemiológico y garantizar la cobertura de aquellos que generan gastos catastróficos.

En el modelo de cobertura propuesto por la OMS, la vertiente más rezagada en México es la que corresponde a la compartición de gastos, ya que aún el 48% del gasto proviene de los bolsillos de las familias.

Este es el aspecto clave en una nueva reforma del Sistema Nacional de Salud.



ELEMENTOS PARA LA PROPUESTA DE UNA NUEVA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A pesar de los avances de integración funcional que han iniciado las instituciones públicas de salud, la organización del Sistema Nacional de Salud es, por una parte, insuficiente para atender la demanda actual y futura de los mexicanos en conjunto y alcanzar la universalidad de la atención a todos los problemas de salud, y por la otra, ineficaz para responder, con un enfoque marcadamente preventivo, a los retos de la transición epidemiológica.

Existen graves diferencias en la calidad de la atención en los servicios de salud públicos y privados, con una consecuente inequidad, distintos grados de eficiencia y serias duplicaciones dentro de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Estas circunstancias plantean la necesidad de impulsar una nueva Reforma del Sector que aproveche en forma más eficiente y efectiva los recursos y la inversión. Para ello es indispensable plantear como una medida estratégica la separación de las funciones del sistema y alinear los procesos de prevención y atención hacia una acción más eficaz. {23}

Como menciona el Dr. Frenk, “El país necesita transitar hacia el siguiente estadio de la seguridad social, que es la protección social universal. La esencia de la protección social es que el acceso a los beneficios deja de ser solamente un derecho laboral, lo cual necesariamente lo limita, para convertirse en un derecho ciudadano, lo cual lo vuelve universal” {10}

Es importante mencionar que en el documento publicado por la OCDE en mayo de 2010, “Perspectivas OCDE: México, Políticas Clave para un Desarrollo Sustentable”, hace algunas reflexiones y recomendaciones en el tema de salud que coinciden con las propuestas de FUNSALUD. {24}

Entre los retos del sistema mexicano de salud menciona que el mecanismo de financiamiento del Seguro Popular, si bien reduce las inequidades entre las entidades federativas y logra resultados equitativos al establecer un paquete de intervenciones, no es suficiente para resolver todos los problemas del sistema lo que hace “necesario encontrar financiamiento adicional y mejorar la eficiencia de la oferta en el sector de salud pública”.



Aunque destaca los logros del Seguro Popular, menciona que éste “afrenta retos que incluyen la variación en la capacidad de algunos estados para administrarlo de manera adecuada y los continuos problemas relacionados con la obtención de recursos para satisfacer la creciente demanda.

Se requieren reformas adicionales para mejorar la eficiencia en el sistema de salud y la prestación de los servicios correspondientes, por ejemplo mediante la reforma de los mecanismos de pago para recompensar el alto rendimiento y la creación de una separación entre compradores y prestadores de los servicios para mejorar la eficiencia; o mediante la creación de un sistema general de servicios de salud con un solo paquete de seguro que se aplique a todos los derechohabientes.”

Asimismo, señala la persistencia de la fragmentación del sistema mexicano de salud, con un “sector privado extenso y prácticamente no regulado y un sector público fragmentado en varios organismos integrados verticalmente que financian y prestan servicios de salud y cubren a diferentes segmentos de la población”

Las recomendaciones de la OCDE {24} que identifica como “claves” son:

- Garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud, mediante la introducción de las reformas fiscales necesarias.
- Fomentar la contratación de cobertura bajo el Seguro Popular y reducir las barreras al acceso a servicios mediante el aumento de su disponibilidad y calidad, ampliando progresivamente el paquete de servicios de salud cubiertos.
- Impulsar una mayor eficiencia de los hospitales y los prestadores de servicios institucionales mediante la introducción de una separación más clara entre proveedores y usuarios y de mecanismos de pago basados en la producción.
- Fomentar una mayor productividad de los profesionales de la salud vinculando la remuneración a la eficiencia y la calidad, asegurando que los médicos en práctica privada no reduzcan la disponibilidad de servicios públicos.
- Fomentar la calidad y la eficacia en función de costos, ampliando la prevención de enfermedades y las iniciativas de fomento de la salud.
- Mejorar el gobierno del sistema mediante el fortalecimiento de los mecanismos de información y los marcos de rendición de cuentas para todas las



instituciones, invirtiendo en capacidad administrativa a todos los niveles del sistema.

Existe concurrencia con estas recomendaciones y los temas que FUNSAUD ha identificado para ser desarrollados para conducir los pasos de una nueva Reforma al Sistema Nacional de Salud:

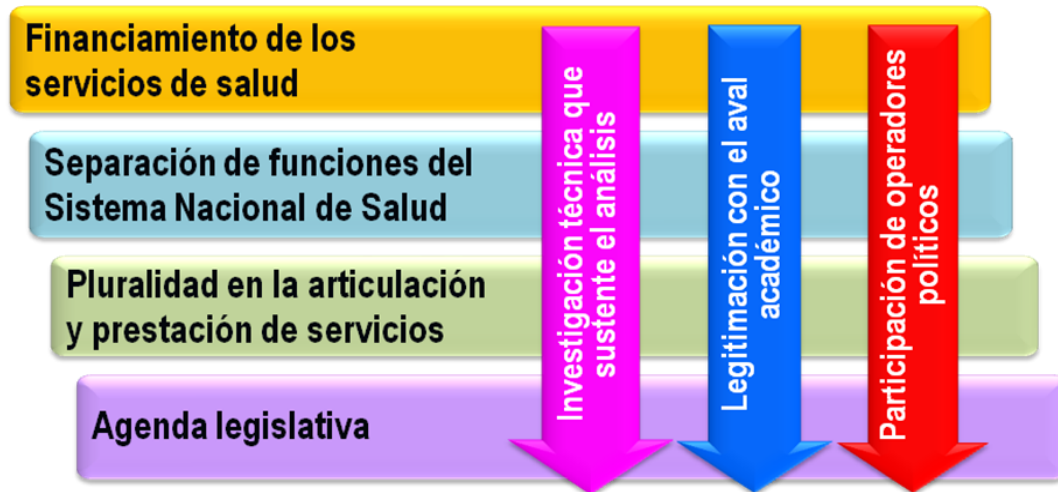
- El **financiamiento** de la salud a través de impuestos generales
- La **separación de funciones** del Sistema Nacional de Salud, especialmente la separación del financiamiento y la prestación
- La **pluralidad** en la articulación y prestación de servicios de salud
- El desarrollo de una **agenda legislativa** para la reforma sanitaria y contributiva

Si bien estos temas propuestos retoman algunas de las recomendaciones que en el pasado se han formulado en los diferentes documentos propositivos que ha desarrollado FUNSAUD, éstas siguen vigentes después de la Reforma de 2003 por lo que su revisión es pertinente.

Es importante identificar fórmulas para garantizar un progreso gradual, pero a la vez incremental, integral y operativo de las propuestas, así como la correcta incorporación de los sectores para aumentar la oferta con una visión de calidad, equidad y progresividad {23}. Es por ello que dichas fórmulas deben considerar el desarrollo de los trabajos en tres esferas de acción que garanticen la factibilidad de las propuestas:

1. **Investigación técnica** que aporte la información científica que sustente el análisis y las propuestas.
2. **Legitimación** de las propuestas con el aval de las instituciones académicas y centros de investigación, como la UNAM y el CIDE, entre otros.
3. **Participación** de operadores políticos, que sitúen la discusión en el contexto adecuado de la esfera legislativa y del sector privado, para conferirle factibilidad de su uso en la definición de políticas públicas para la Universalidad de los Servicios de Salud.

Estas fórmulas de concertación deben cruzar las estrategias propuestas para asegurar su viabilidad, como lo muestra el siguiente esquema:



1. FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Uno de los elementos fundamentales de una nueva reforma del sistema, para anclar la universalidad de los servicios de salud, es la redefinición de los mecanismos de financiamiento. La consolidación del componente financiero es la clave para desencadenar otros incentivos y las reformas subsecuentes que son indispensables para cambiar de fondo los alicientes a la equidad, a la calidad y a la eficiencia. El objetivo de esta reforma financiera es transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles y, de este modo, hacer efectiva la protección social en salud para toda la población. {23}

El punto de partida para alcanzar una verdadera universalidad es reformular el esquema de financiamiento público de la atención médica a los servicios personales de salud. Esto requiere romper con la segmentación artificial por grupos de población que es el origen y principal fuente de inequidad del sistema, tanto en términos de financiamiento como de acceso a los servicios. {25}

La lógica que subyace a la reforma es la división del financiamiento entre los bienes públicos de la salud y los servicios personales de salud.



RELACIÓN ENTRE TIPOS DE BIENES Y FONDOS EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, MÉXICO

<i>Tipo de bien</i>	<i>Bienes de la salud</i>	<i>Fondo</i>
Bienes públicos de salud	Rectoría	Presupuesto de la Secretaría de Salud
	Información, evaluación, investigación, desarrollo de recursos humanos	
	Servicios de salud a la comunidad	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
Servicios personales de salud (Seguro Popular)	Servicios esenciales de salud (atención de primer y segundo nivel)	Fondo para Servicios Personales de Salud
	Servicios de salud de tercer nivel de alta especialización asociados con gastos catastróficos	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

Esta separación del financiamiento está diseñada para proteger las actividades de salud pública, que tienden a estar subfinanciadas en las reformas que se sustentan en subsidios a la demanda para los servicios personales de salud. {26} Los bienes públicos de salud incluyen la función de rectoría (planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos), así como los servicios de salud comunitaria. A partir de la Reforma de 2003, las funciones de rectoría se financian a través del presupuesto de la Secretaría de Salud y el nuevo Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, se usa para financiar exclusivamente las actividades de salud pública proporcionadas en los niveles federal y estatal.

Para el caso del financiamiento de los servicios personales de salud la base del aseguramiento debe permitir proteger a los pacientes contra la incertidumbre financiera asociada con la enfermedad. El Seguro Popular divide los servicios personales de salud en un paquete esencial de intervenciones de primer y segundo nivel, que se proporcionan en el contexto de la atención ambulatoria y en hospitales generales, y un paquete de intervenciones de alto costo de tercer nivel, financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La prestación del paquete esencial de intervenciones se ha descentralizado al nivel estatal, ya que se trata de intervenciones que se asocian con eventos de salud de bajo riesgo y alta probabilidad. En contraste, las intervenciones de alto costo de tercer nivel requieren de un fondo que mancomune el riesgo al nivel nacional, así como de unidades regionales o nacionales que ofrezcan servicios de alta especialidad financiados por el FPGC.

El Seguro Popular ofrece protección financiera en materia de salud a los mexicanos que no cuentan con ningún tipo de seguro público de salud. Su estructura financiera



se basa en una lógica tripartita de derechos y responsabilidades que es similar a la de las dos dependencias de seguridad social más importantes –IMSS e ISSSTE –.

CONTRIBUCIONES PARA FINANCIAR LA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL EN SALUD, MÉXICO

Esquema de aseguramiento público

	Contribuciones		
	Beneficiario	Contribuyente corresponsable	Gobierno Federal
IMSS (empleados asalariados del sector privado)	Empleado	Empleador privado	Contribución social
ISSSTE (empleados asalariados del sector público)	Empleado	Empleador público	Contribución social*
Seguro Popular (empleados no asalariados, trabajadores independientes, y familias fuera de la fuerza de trabajo)	Familia	Contribución solidaria: Gobierno estatal/Gobierno federal	Contribución social

* En el caso del ISSSTE, la contribución social todavía no se establece, ya que los cambios legislativos que se requieren están en desarrollo

Esta estructura garantiza solidaridad y corresponsabilidad entre los diferentes órdenes de gobierno y las familias. La estructura financiera tripartita del Seguro Popular incluye aportaciones de tres fuentes: el gobierno federal, un contribuyente corresponsable y el beneficiario {26}.

El primer componente es la contribución social o cuota social, la cual es una aportación fija por familia financiada totalmente por el gobierno federal con ajustes periódicos de acuerdo a la inflación. Se basa en el principio ético del derecho universal de acceso a los servicios de salud y por lo tanto es igual para todas las familias mexicanas. Esta contribución garantiza la distribución equitativa de los recursos federales y, en consecuencia, la solidaridad entre todos los grupos poblacionales dado que los fondos federales provienen de los impuestos generales.

El segundo elemento es la contribución corresponsable, que garantiza la solidaridad dentro de cada grupo poblacional y la redistribución entre estados. En el IMSS esta aportación proviene del patrón y en el ISSSTE del gobierno en su calidad de empleador. En el caso del Seguro Popular, dado que no hay empleador, la corresponsabilidad se establece entre los gobiernos federal y estatal para subsanar las enormes diferencias entre los niveles de desarrollo de los estados. La aportación solidaria federal es, en promedio, 1.5 veces la contribución social, pero se incrementa para los estados más pobres a expensas de los más ricos. La aportación solidaria estatal es igual para todos los estados y asciende a la mitad de la



contribución social federal. La fuente de financiamiento son los recursos provenientes de los ingresos estatales.

El tercer componente es la contribución familiar, que es progresiva y redistribuye el ingreso familiar. En el caso del IMSS y el ISSSTE, la aportación del empleado se deduce de la nómina. En el Seguro Popular el monto de la aportación se basa en un subsidio escalonado con base en el principio de que ninguna familia debería tener que aportar una cantidad mayor a la proporción justa en función de su capacidad de pago.

Para promover la justicia financiera, la capacidad de pago se define en términos del ingreso disponible que, a su vez, se define como el gasto total del hogar menos el gasto en alimentos. Las familias de los dos deciles de ingresos más bajos no realizan aportaciones financieras, pero su afiliación está condicionada a su participación en actividades de promoción de la salud. Para los demás deciles de ingreso, la aportación de la familia es una proporción fija e igual del ingreso disponible y el límite superior es 5%. Para cada decil del tercero al noveno se definió una aportación nominal, y se establecieron dos niveles de aportación para el décimo decil debido a la amplia variación en la parte superior de la distribución del ingreso.

Este esquema financiero incluye varios fondos etiquetados. El más grande de ellos es el FPGC, que equivale a 8% de la contribución social federal más las aportaciones solidarias federal y estatal. Un 2% adicional está dirigido a las inversiones en infraestructura en comunidades pobres. Un fondo de reserva que equivale a 1% del total está diseñado para cubrir las fluctuaciones inesperadas de la demanda y los pagos temporalmente vencidos de la utilización interestatal de servicios. Estos tres fondos se administran a nivel federal para garantizar la adecuada mancomunación de riesgos. El resto de las aportaciones se asigna a los estados para financiar el paquete esencial de servicios de salud. La totalidad de las contribuciones familiares permanece en el estado que las recolectó.

Este modelo de financiamiento ha implicado un cambio importante en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores de servicios. Ahora el financiamiento para los estados se basa en una fórmula y ésta, a su vez, está determinada en gran parte por el número de familias afiliadas al Seguro Popular y, por ende, por la demanda. En el pasado los presupuestos estatales de salud eran asignados por el gobierno federal y estaban determinados en gran parte por la inercia histórica y el tamaño de la nómina del sector salud. Como consecuencia de la reforma, la "presupuestación burocrática", orientada a satisfacer las demandas de los prestadores de servicios, está siendo gradualmente reemplazada por lo que se ha



denominado "presupuestación democrática", que garantiza que el dinero siga a la gente.

La fórmula también incluyó un componente de desempeño y un componente de progresividad para compensar gradualmente las diferencias entre los estados. Los estados tienen el incentivo de afiliarse a toda la población porque su presupuesto se basa en un pago anual por familia. La naturaleza voluntaria de la afiliación es un componente clave del proceso, ya que genera incentivos para equilibrar la calidad y la eficiencia: si los estados ofrecen una atención dispendiosa, el dinero recibido no será suficiente para satisfacer la demanda, pero si la calidad es baja, las familias no se reafiliarán.

El aumento del financiamiento público también está cerrando la brecha en términos de las asignaciones per cápita entre la población sin seguridad social (incluidos los afiliados al Seguro Popular) y la población cubierta por la seguridad social. Las inequidades en la distribución de los recursos públicos entre los estados también se han reducido y la proporción de recursos públicos asignados a la inversión en infraestructura se incrementó. {26}

Para la construcción del fondo único para el financiamiento de los servicios de salud, sustentado en impuestos generales, es necesario determinar el déficit en la oferta de los servicios para esa población, así como analizar el esquema actual de contribuciones.

Esta información permitirá plantear el tipo y tasa de impuestos más apropiado para el financiamiento de los servicios a partir de evaluar la distorsión (inequidad) que hoy existe en las contribuciones (generales y específicas) que financian los actuales servicios médicos para encontrar respuestas que las corrijan, o atenúen. Es decir, la universalidad de la prestación de los servicios en términos de acceso, equidad y grado de atención, debe estar ligada directa y proporcionalmente a la universalidad de la contribución por tipo, segmento de la población y regiones del país.

Establecer un mecanismo para financiar los servicios de salud sustentado en impuestos generales, ya sean directos o indirectos, es una política utilizada en diversos países para lograr la cobertura universal al desvincular el acceso a los servicios de la capacidad de pago de las personas. Mediante una reforma a las contribuciones fiscales y la conformación de un fondo solidario, es posible generar los recursos adicionales necesarios para garantizar la universalidad en la prestación de un conjunto de servicios de salud determinados. Además debe garantizarse la etiquetación de fuentes fiscales para financiar servicios de salud. {23}



Una contribución fiscal generalizada sería progresiva en la medida en que el esquema de contribución por medio de un impuesto general también lo sea. Migrar hacia un esquema de impuestos generales implicaría eliminar de manera gradual las cuotas obrero-patronales del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, así como reemplazar los presupuestos actualmente asignados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, al Seguro Popular de Salud, y a las cuotas y faltantes del Fondo Médico del ISSSTE.

También deberá considerarse la concomitancia de fórmulas de aseguramiento de salud a través de recursos estatales que actualmente utilizan dichos niveles de gobierno para la provisión de servicios de poblaciones dependientes de sus administraciones como de población no amparada por las principales instituciones federales de salud.

Un elemento importante a incorporar en el estudio es la atención de poblaciones que en la actualidad cuentan con fondeos específicos dentro de las principales instituciones federales de salud y seguridad social, y que en su mayoría muestran un déficit en las reservas respecto del costo futuro de su atención (incluso algunos muestran ya un déficit en curso).

Así, la contribución generalizada, en cuanto a su nivel, debe considerar, entre otros estos elementos; es decir, las actuales contribuciones específicas, el monto de los fondos federales y estatales y, en cierta medida, una proporción de gastos privados destinados a la salud. De otra parte la definición del costo de los servicios habrá de considerar los términos de acceso efectivo, en cobertura y servicios y las obligaciones a poblaciones específicas que varias de las instituciones de seguridad social tienen como obligación proporcionar ligadas a fuentes específicas de pago.

Como beneficios colaterales aumentaría el empleo y la recaudación del impuesto sobre la renta vía menores deducciones de cuotas, además de que la portabilidad de beneficios flexibilizaría el mercado laboral y mejoraría su eficiencia. Por último, la contribución social generalizada para la salud es una forma eficaz y transparente para que la sociedad apoye un incremento necesario de obligaciones fiscales para financiar la salud. La propuesta central {25} consistiría en:

- Legislar una contribución social generalizada a través de impuestos generales que sustituya a los sistemas actuales de financiamiento de la atención médica provenientes de fondos generales y cuotas obrero-patronales
- Establecer además impuestos especiales que por ley tendrían como destino específico financiar la atención médica de todos los mexicanos a través de la



imposición a la producción y consumo de artículos que representan un riesgo para la salud (tabaco, alcohol);

- Etiquetar el financiamiento a la salud a través de una combinación de gravámenes sobre el consumo general, impuestos especiales y el ingreso, que con una base gravable amplia no podría ser excluyente de contribuyentes ni de beneficiarios, e
- Integrar con estos recursos un fondo único de aseguramiento de atención médica que canalice el financiamiento para la prestación de servicios.

La reforma integral del financiamiento requiere evitar que las contingencias financieras de un ramo de seguro, como las pensiones, afecten los servicios de salud, y viceversa. Para ello se requiere efectuar cambios en la estructura corporativa de las instituciones de la seguridad social con vistas a separar en dimensiones operativas independientes los distintos ramos de seguros; y utilizar los ahorros asociados a economías de escala y reducción de duplicidades para financiar estructuras administrativas más capacitadas y eficientes.

Es importante considerar que la frecuencia, costo y distribución de algunos padecimientos son tales que su abordaje financiero requiere de la búsqueda de una base más amplia para la diversificación de riesgos.

Como estrategia inicial que apunte hacia la consolidación del financiamiento, se propone crear un fondo de atención de alta especialidad que logre mancomunar los riesgos financieros entre poblaciones en todo el país, que genere una mayor protección contra el gasto empobrecedor y catastrófico en salud para las familias y garantice finanzas sanas en las instituciones.

El respaldo y la contraparte a esta propuesta lo constituye el hecho que el sistema tenga un importante componente de acciones preventivas de salud, con objetivos y metas bien definidos y que puedan ser monitoreados y evaluados.

Para constituir este fondo sectorial se puede considerar la estructura y experiencia operativa del actual Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, con un tabulador único de intervenciones de alta especialidad mediante el cual se canalicen los recursos de forma equitativa hacia los diferentes prestadores de servicios, tanto públicos como privados.



2. SEPARACIÓN DE FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Un elemento clave para lograr una asignación eficiente y equitativa de recursos en función de las necesidades de salud es separar las funciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente separar el financiamiento y la prestación de servicios de atención médica en todas las instancias y unidades operativas del sector público. {25}

Este cambio organizacional permitiría una prestación plural de servicios sensible a las preferencias de los usuarios y premiaría el buen desempeño y la calidad de la atención. Asimismo, esto permitiría romper con la fragmentación institucional que ha dado lugar a monopolios en la prestación de los servicios, con el consecuente deterioro de la calidad de la atención y la duplicación de la infraestructura.

Actualmente las instituciones de salud del sector público todavía conservan la responsabilidad de dirección (rectoría, modulación), organización (articulación), financiamiento y prestación de los servicios médicos y de salud pública para cada grupo específico de su población asegurada, con enfoques diferenciados en la prestación de servicios, tal como se describe en el modelo de salud segmentado.

Esto sigue dando lugar a duplicidades y desaprovechamiento de recursos, respuestas diferenciadas ante contextos y retos de salud similares entre las distintas poblaciones amparadas, estableciendo monopolios para las clientelas respectivas de cada aseguradora, generando traslapes de la demanda y muchas veces la cotización múltiple cuando la falta de respuesta a las necesidades obligan a los derechohabientes a hacer uso de los servicios del sector privado o de los servicios destinados a población sin seguridad social.

El propósito de las autoridades desde la década de 1990 ha sido cambiar de forma progresiva hacia un sistema organizado de modo horizontal sobre la base de las funciones del sistema de salud.

Antes de la Reforma a la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud el esquema de atención estaba esencialmente basado en una segmentación de grupos de población con una clara verticalidad de las funciones del sistema, como lo muestra el siguiente esquema:



Funciones	Grupos sociales		
	Asegurados IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM	No asegurados	
		Sin capacidad de pago	Con capacidad de pago
Dirección	Instituciones de seguridad social	Secretaría de Salud	Instituciones del sector privado
Financiamiento			
Prestación			

A partir de la creación del Seguro Popular, se inició la ampliación de la cobertura de protección financiera para garantizar servicios de salud a las personas de escasos recursos económicos. Sin embargo persiste la segmentación de la población en grupos sociales, se mantienen verticalmente las funciones de financiamiento y prestación, no se ha dado la incorporación del sector privado, no se ha definido en forma explícita la función de articulación y se conserva la doble función de la Secretaría de Salud en la rectoría del sistema y en la prestación de servicios a población no asegurada:

Funciones	Grupos sociales		
	Asegurados IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, SEGURO POPULAR	No asegurados	
		Sin capacidad de pago	Con capacidad de pago
Regulación	Secretaría de Salud		
Financiamiento	Instituciones de seguridad social, SPSS	Secretaría de Salud	Instituciones del sector privado
Prestación			



La OCDE señala que aunque la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad máxima por el establecimiento del marco de rectoría del sistema de salud, la fragmentación del mismo ha dificultado que la Secretaría de Salud ejerza plenamente este papel de rectoría, en especial en el renglón de la prestación de servicios de salud.

Un problema particular en este contexto concierne al sistema de seguridad social, donde la supervisión de la Secretaría de Salud es más débil que aquella para los servicios ofrecidos por la Secretaría misma. Por ejemplo, y quizá debido a su papel en la prestación más general de seguridad social, el IMSS reporta a la Secretaría del Trabajo y la Secretaría de Salud sólo juega un papel de consulta y coordinación con respecto al componente de salud {4}

La propuesta de la reorganización de funciones implicaría sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conservara solamente la función rectora de sector, la función de financiamiento fuera a través de un fondo único sustentado en impuestos generales, la función de articulación fuera perfectamente definida con reglas del juego que garantizaran el flujo de los recursos y la calidad de los servicios y la prestación de servicios corriera a cargo de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

Funciones	Grupos sociales
Rectoría	Secretaría de Salud
Financiamiento	Seguro único de salud
Articulación	Instituciones públicas y privadas
Prestación	Redes plurales de atención



Las dimensiones de la función rectora de la Secretaría de Salud como Autoridad Sanitaria abarcarían la conducción y regulación del Sistema Nacional de Salud a través de la conducción y vigilancia de la ejecución de las funciones esenciales de salud pública por parte de las instituciones públicas y privadas del sector, la modulación del financiamiento, la armonización de la provisión de los servicios y la vigilancia del aseguramiento. Ello requeriría fortalecer las siguientes estrategias, para contribuir a reducir inequidades en salud {23}:

- Formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud
- Diseñar modelos de atención basados en promoción y prevención
- Asegurar el desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública
- Promover el desarrollo integral de los Recursos Humanos
- Asegurar modalidades de financiamiento solidario
- Garantizar, vigilar y modular los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud
- Extender la protección social en salud
- Diseño del marco normativo sanitario que proteja y promueva la salud así como la garantía de su cumplimiento.
- Promover el debate nacional, reflexión y consulta permanente en la salud como cuestión de Estado, política pública y derecho ciudadano.
- Introducir una reforma fiscal y poner en marcha reformas a las pensiones del sector público para garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud. {4}
- Garantizar un financiamiento adecuado para los “bienes públicos de salud” que sean costo-efectivos, tales como prevención o vigilancia epidemiológica. {4}
- Establecer una separación entre compradores y prestadores de servicios mediante esquemas contractuales entre los aseguradores y los proveedores para reducir la segmentación actual del sistema. {4}
- Fortalecer los sistemas de información y los marcos de entrega de información y rendición de cuentas para todas las instituciones e invertir en capacidades administrativas y de gestión para mejorar la gobernabilidad del sistema. {4}



Se requiere fortalecer la función de rectoría, más allá que la regulación del sector, como elemento clave para la nueva reforma a fin de impulsar un desarrollo armónico del sistema.

La función de rectoría es una función especializada que debe diferenciarse del financiamiento y la prestación, de forma que se eviten los conflictos de intereses y se asegure la transparencia en el gran número de transacciones que tienen lugar en los sistemas de salud modernos. {17}

La rectoría es una responsabilidad pública prácticamente en todos los sistemas de salud; sin embargo, no significa que el gobierno deba encargarse de la operación de todas las funciones rectoras. De hecho, los diferentes países varían en el grado en el que otros actores participan en la operación de algunas de esas funciones (como la certificación y la acreditación). Sin embargo, existe un amplio consenso en el sentido de que la responsabilidad última es pública, lo que significa que un agente políticamente legítimo, en nuestro caso, la Secretaría de Salud, debe ofrecer una respuesta sensible frente a los intereses de la colectividad y rendir cuentas claras sobre su actuación.

La reforma consiste en que la Secretaría de Salud canalice su energía al cuidado del interés público proponiendo direcciones estratégicas, proporcionando una seguridad integral, movilizando recursos, estableciendo normas, catalizando la actividad privada, confiriendo transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor, evaluando desempeños y asegurando justicia. Es decir, apartarse gradualmente de la prestación directa de servicios para encargarse de la rectoría estratégica del sistema. Por supuesto, el gobierno retiene la responsabilidad directa del financiamiento y la prestación de aquellos servicios de salud que están caracterizados como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica y la sanidad ambiental. Sin embargo, aun en este caso, existen muchas innovaciones posibles para que los gobiernos federal y estatales cumplan con su responsabilidad mediante formas de organización eficientes, sensibles, participativas y autónomas.

Disminuyendo la preocupación por los detalles de la operación directa de los servicios, el gobierno vería fortalecida su misión central hacia la rectoría. Para poder desempeñarla, ésta incluye cinco subfunciones más específicas:

1. *Desarrollo del sistema*, que incluye la formulación de políticas, la planeación estratégica, el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, incluyendo el proceso de obtención de consensos en torno a estas prioridades, la acción intersectorial, de forma que se promuevan “políticas saludables” que influyan en los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que son



determinantes del estado de salud, la movilización social para la salud, incluyendo la participación comunitaria, el desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales e institucionales y el fortalecimiento de la capacidad del sistema, a través del fomento de inversiones en infraestructura física, recursos humanos, investigación científica, desarrollo tecnológico y sistemas de información.

2. *Coordinación.* En la atención a la salud, son muchas las situaciones que requieren una acción concertada que permita la consecución eficiente de los objetivos. Este es el caso, por ejemplo, de las tecnologías complejas y costosas de tercer nivel, donde se vuelve necesario limitar el número de prestadores a fin de lograr economías de escala. Otro caso queda ilustrado con las campañas masivas de salud pública, que comúnmente exigen la colaboración de muchas organizaciones. En general, la coordinación puede requerirse entre unidades territoriales, niveles de gobierno u organizaciones públicas y privadas. Es necesario entonces que exista una instancia en el sistema de salud que tenga la autoridad para convocar a todos estos actores múltiples en la consecución de objetivos comunes. Lo anterior no significa, sin embargo, que la coordinación deba de imponerse de manera autoritaria. Por el contrario, uno de los retos a los que se enfrenta la reforma se refiere al fomento de modalidades eficientes y equitativas de transacción entre los agentes públicos y privados.

La coordinación se convierte entonces en una tarea de diseño estratégico que confiere transparencia y consistencia a dichas transacciones. Por lo tanto, la coordinación no debe ejercerse a través de intervenciones discrecionales de las burocracias, sino a través de reglas del juego claras que faciliten la interacción en un entorno pluralista. Una vez que dichas reglas se establecen como parte de la rectoría, entonces resulta posible llevar a cabo las actividades concretas que conducen a la coordinación de la atención a la salud como parte de la función de articulación. Por ejemplo, los contratos y la información representan valiosas herramientas para lograr una coordinación transparente en la atención a la salud. Un sistema que se base en contratos explícitos para el desempeño de funciones puede producir un control sobre el cumplimiento más eficiente y menos autoritario.

Otro elemento esencial de este nuevo desarrollo institucional es el suministro de información, de forma que los actores puedan tomar decisiones racionales y los demás puedan conocerlas.

3. *Diseño financiero.* Con el fin de incrementar la cobertura y la calidad, los sistemas de salud modernos deben hacer frente a dos retos financieros clave, a saber, la



movilización de los recursos requeridos y la contención de costos. Con frecuencia, el avance en uno de estos frentes representa un freno para el avance del otro. Por lo tanto, es necesario encontrar un equilibrio entre ambos que sólo puede alcanzarse mediante un diseño cuidadoso del esquema financiero. El diseño del financiamiento, como algo diferenciado de su operación, es una parte importante de la rectoría. Sin un diseño cuidadoso, el sistema puede experimentar una escasez de recursos, o bien, una explosión de costos.

El establecimiento claro de las reglas financieras es esencial para lograr una reforma sustentable. En particular, esta parte de la rectoría busca proporcionar una consistencia global a los recursos en el sistema. No puede haber racionalidad si no se cuenta con dicha consistencia financiera. La función del diseño financiero involucra varias decisiones clave que determinan la estructura de los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios (especialmente si son por mandato de ley); los montos de los pagos por capitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos entre las unidades territoriales, los niveles de gobierno y las instituciones no gubernamentales, y el uso de instrumentos de política, tales como los impuestos y los subsidios, que buscan modificar el comportamiento de la población.

Las intervenciones de salud dirigidas a las colectividades así como las intervenciones de salud dirigidas a la persona pero que no cuentan con demanda espontánea son altamente costo-efectivas. Sin embargo, el financiamiento de estos bienes suele ser aún más insuficiente que el dedicado a la atención médica curativa. Para garantizar una provisión oportuna y en cantidades óptimas de bienes públicos de la salud es importante considerar la creación de un fondo público centralizado con una estructura programática separada, que garantice la inversión en estos bienes y servicios en los tres órdenes de gobierno; sujetar este fondo a reglas claras de financiamiento y producción conjunta de bienes públicos entre la Federación, los estados y los municipios, e instrumentar procesos de auditoría sobre la utilización de recursos y evaluación externa y periódica del impacto sobre la salud derivado de las intervenciones realizadas.

4. *Regulación propiamente dicha.* Ésta incluye dos tipos básicos: la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la atención a la salud. La primera se refiere a los esfuerzos convencionales que llevan a cabo las autoridades sanitarias para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la economía, en particular aquéllos que los seres humanos consumen en forma directa, tales como los productos alimenticios, entre otros. El segundo tipo de regulación es aún más crucial para la reforma, y es el



que se aplica a sectores específicos de la economía, relacionados de manera directa con la atención a la salud. Así, este tipo de regulación consiste en el establecimiento de reglas para los prestadores individuales, los prestadores institucionales, los fondos de aseguramiento e instrumentos similares, las organizaciones a cargo de la función de articulación, las instituciones educativas, los productores y distribuidores de medicamentos, equipo y aparatos.

Estas actividades regulatorias pueden llevarse a cabo de forma descentralizada y con la participación activa de todos los actores. En efecto, la operación de muchos procedimientos regulatorios puede delegarse a organizaciones de la sociedad civil, siempre y cuando se cuente con dispositivos adecuados que impidan que el proceso regulatorio sea capturado por intereses particulares. La meta final debe ser la creación de condiciones estructurales para mejorar la calidad de la atención a la salud.

5. *Protección al consumidor.* La importante asimetría que existe en la información, característica del mercado de la atención a la salud, hace necesaria la formulación de una estrategia explícita para la protección del consumidor. En este sentido, un primer instrumento consiste en ofrecer información pública acerca del desempeño de los aseguradores y los prestadores de servicios. Poner este tipo de información a la disposición de los consumidores y los agentes en la compra de servicios de salud servirá para impulsar una competencia efectiva.

Por supuesto, la mera difusión de la información no basta para corregir por completo el desequilibrio de poder que existe entre aseguradores, prestadores y consumidores. Se requiere fortalecer el esfuerzo hasta ahora desarrollado para la protección de los derechos humanos y la mediación de conflictos en el ámbito de la salud.

En suma, el tipo de rectoría que requiere la reforma no coloca obstáculos al mercado de los servicios de salud, sino que representa una condición necesaria para que éste funcione de manera transparente y eficiente. Para tal propósito, la función de articulación también resulta crucial.

Para entender mejor el concepto de “articulación”, resulta útil pensar en términos de un “proceso de financiamiento-prestación”, es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud. El primer paso en este proceso es la captación de dinero por parte de las agencias financieras, así como la acumulación de ese dinero en fondos. La población, organizada en hogares y empresas, representa la fuente última de financiamiento a través del pago de impuestos



generales, impuestos a la nómina, contribuciones especiales y primas de seguro. Una vez que los integrantes de una población han transferido recursos a las agencias financieras, es necesario articular en paralelo dos importantes interfaces: por un lado, entre las poblaciones y los prestadores de servicios; por el otro, entre las agencias financieras y los prestadores. {17}

La articulación incluye por lo menos tres importantes subfunciones: la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación. La administración de riesgos se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores. Las organizaciones que desempeñan este rol reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos. A fin de fijar un tope a los gastos y de crear al mismo tiempo un incentivo equitativo contra la competencia basada en la selección de riesgos, tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo.

Sin embargo, la articulación va más allá de la función tradicional de aseguramiento, ya que abarca también la administración del acceso. Esta subfunción operacionaliza varios aspectos cruciales de la interacción entre las poblaciones y los prestadores, incluyendo los procedimientos para el ingreso y la salida de los clientes en el sistema de salud; el conjunto de contingencias que deben ser cubiertas, definido mediante un paquete explícito de beneficios o de intervenciones (con frecuencia por mandato público), y el acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores, mediante la organización de redes plurales de proveedores.

Por último, la organización articuladora actúa como el agente informado de los consumidores y representa sus intereses agregados operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre. Estas tres subfunciones permiten conciliar las heterogéneas demandas de los consumidores con las capacidades complejas y especializadas de los prestadores, de tal forma que se asegure un uso costo-efectivo de los recursos, una buena calidad técnica y la satisfacción del usuario.

La articulación actúa como mediadora entre los prestadores de servicios y el financiamiento mediante la canalización selectiva de los recursos. Esta mediación se puede llevar a cabo a través del diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad. El aspecto clave del diseño de incentivos es el mecanismo de pago. Si éste se encuentra estructurado de manera adecuada, la forma en que los prestadores reciban el pago puede impulsar su eficiencia y su respuesta sensible frente a los consumidores.



Otro aspecto crucial del diseño del sistema se refiere al paquete de beneficios o intervenciones. A través de un diseño de beneficios adecuado, los recursos se estarán aplicando de la manera más costo-efectiva posible, de tal forma que la inversión en salud produzca los mejores rendimientos.

La función de articulación permite una conexión transparente entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación. Desde el punto de vista funcional, la separación entre el financiamiento y la prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud.

El desempeño del sistema parece ser menos efectivo cuando las organizaciones funcionan bajo una de dos condiciones extremas: la competencia no regulada o la ausencia de competencia. El hecho de estructurar la competencia mediante la rectoría y la articulación ofrece un punto intermedio equilibrado entre esos dos extremos, con el potencial de una gran mejoría en el desempeño de los sistemas de salud.

3. PLURALIDAD EN LA PRESTACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS

Por el otro lado del financiamiento está la prestación de los servicios de salud que debe responder a la demanda creciente de usuarios, a la complejidad de los padecimientos crónicos degenerativos del panorama epidemiológico actual y futuro, a la dispersión y características geográficas y culturales de nuestro país y la necesidad de otorgar los servicios de manera eficiente y sustentable.

En los últimos años se ha llevado a cabo un importante esfuerzo para el fortalecimiento de la infraestructura en salud para atender a la población que no tiene acceso a los servicios de la seguridad social, con una elevada prioridad hacia la alta especialidad. De esta forma, por ejemplo, está el fortalecimiento de la red de hospitales de alta especialidad en ciudades donde se observa mayor rezago de la oferta de servicios; la organización de proyectos para prestación de servicios con participación privada en su construcción, y el impulso a unidades de especialidades médicas, con base en un modelo integrado de atención a la salud y un plan maestro de infraestructura física de salud. {25}

Además de la participación privada en la inversión en salud que se ya ha dado, buena parte de los servicios públicos de salud contratan ciertos servicios de apoyo



con prestadores privados (tales como los de lavandería, aseo y vigilancia). La red de clínicas y hospitales privados participa ya en algunos estados de la República como proveedor subrogado de servicios de salud en localidades donde no se cuenta con infraestructura pública; asimismo, hay experiencias de farmacias privadas en la dotación de medicamentos del Seguro Popular de Salud.

Los servicios para los afiliados al Seguro Popular se contratan en su mayor parte, pero no exclusivamente, con prestadores públicos que predominantemente forman parte de las 32 secretarías estatales de salud. Se han diseñado varias iniciativas para fortalecer la oferta de servicios de salud de alta calidad. Dentro de ellas destacan los tres planes maestros de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. {26}

En el caso de la infraestructura, el plan maestro fue diseñado para proporcionar un marco de largo plazo para ampliar la disponibilidad y capacidad de las unidades que ofrecen servicios de salud. Antes de la reforma había pocos incentivos para invertir en infraestructura y el financiamiento disponible era escaso. La reforma contrarresta este problema mediante el aumento de la inversión pública en servicios de salud. Dicho aumento está alineado con la afiliación, ya que los estados tienen el incentivo de atender a la población afiliada al Seguro Popular en tanto su presupuesto está ligado a los niveles de afiliación.

En vista de que las etapas iniciales de la afiliación se enfocaron en los segmentos más pobres de la población, las prioridades en términos de las inversiones de capital se relacionan con esas familias y, en consecuencia, son altamente progresivas. Para maximizar la eficiencia, el financiamiento para las unidades nuevas –clínicas, centros de salud, hospitales de segundo nivel y hospitales de especialidades de tercer nivel– se basa en la determinación de necesidades realizada por el estado en cada localidad.

Un complemento del plan maestro de infraestructura es el plan de inversión en equipamiento médico, diseñado e implementado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), de reciente creación. Este plan refuerza los procedimientos de mantenimiento del equipo médico y racionaliza la adopción de nuevas tecnologías a través de la valoración de necesidades basadas en evidencias.

Finalmente, el plan maestro de inversión en recursos humanos se enfoca en el desarrollo de las capacidades médicas y de enfermería necesarias para satisfacer las cambiantes demandas asociadas con la transición epidemiológica y para



equilibrar un mercado de trabajo médico que presenta, al mismo tiempo, problemas de desempleo urbano y escasez de dichos recursos en las áreas rurales.

Este plan incluye un diagnóstico exhaustivo por estado de la oferta de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud en las instituciones públicas. A partir de esta información se hacen proyecciones de mediano plazo de la oferta y se emiten recomendaciones en materia de desarrollo de recursos humanos, tanto para las instituciones educativas como para los prestadores públicos de servicios.

Si bien el impulso a la inversión en infraestructura y equipamiento es necesario para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el territorio mexicano, se requiere una visión más intuitiva para el máximo aprovechamiento de la infraestructura instalada de salud, tanto pública como privada y con una inversión estratégica en donde converjan potencialidades y capacidades de respuesta, una sana competencia que impulse la calidad de la atención y un gasto eficiente de recursos.

Para ello, la participación de los servicios privados de salud y de las organizaciones de la sociedad civil se constituye en elemento esencial en la consolidación del Sector Salud, para conformar redes plurales de prestación de servicios, organizadas en niveles escalonados por capacidad de resolución y respuesta.

El escalonamiento de los servicios de salud debe basarse en la capacidad resolutoria y la complejidad de las unidades de salud de las redes plurales de servicios, interconectadas entre sí para garantizar el flujo de pacientes a los distintos niveles de atención y articuladas de manera que las necesidades de la demanda de atención a problemas de salud correspondan a las características de la capacidad instalada para utilizarla en la forma más eficiente.

Para el adecuado funcionamiento de estas redes plurales se debe garantizar la portabilidad del aseguramiento de la salud, es decir la capacidad del sistema para responder a los requerimientos de atención a la salud de la población en cualquiera de las unidades de salud de los diferentes prestadores de servicios que los mismos usuarios elijan, con un nivel de calidad uniforme.

Como parte esencial de la portabilidad y la pluralidad de la prestación de servicios de salud, se debe también garantizar la calidad de los servicios otorgados por los distintos prestadores involucrados en el modelo universal, de manera que se asegure la calidad del acceso con oportunidad y atención con cortesía así como la calidad técnica de resolución médica y de abasto de medicamentos.



Es importante, asimismo, determinar la estrategia o enfoque de atención para otorgar servicios en un esquema universal, ya que éste puede ser eminentemente preventivo, puede tener algún grado de atención ambulatoria, puede considerar una corresponsabilidad requerida de la población, tanto económica como del cuidado en la promoción de su salud, entre otros aspectos. {9}

La herramienta clave que articula los incentivos del lado de la oferta y de la demanda es el paquete de servicios cubiertos. De acuerdo con la Ley, el paquete esencial debe incluir atención ambulatoria y hospitalaria para las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y geriatría).

El proceso de definición del paquete es dinámico. La ley estipula que debe ampliarse progresivamente y actualizarse cada año con base en los cambios en el perfil epidemiológico, los avances tecnológicos y la disponibilidad de recursos. Esto significa que la cobertura de beneficios se amplía con el tiempo a medida que se cuenta con nuevas tecnologías y mayores recursos, y también conforme se identifican nuevas enfermedades. Los servicios cubiertos se analizan y eligen con base en las evidencias derivadas de estudios de costo-efectividad y también con base en la deliberación ética de criterios de aceptabilidad social.

La noción de un paquete de servicios de salud, además de servir de herramienta para la definición de prioridades desde el punto de vista de la rectoría, es un medio para empoderar a las personas al hacer explícitos sus derechos. De igual modo, es un instrumento clave de planeación para orientar a los prestadores de servicios y una guía para la acreditación, puesto que define los servicios de salud que cada prestador debe ofrecer ahora y en el futuro. En otras palabras, la definición del paquete y la organización del proceso de acreditación de los prestadores en torno a él generan las condiciones para que el sistema realmente proporcione las intervenciones específicas que, de acuerdo con las evidencias disponibles, producen los mayores beneficios de salud dado un determinado nivel de recursos. {26}

Sin embargo este esfuerzo de organizar la prestación de los servicios en paquetes de atención otorgados por las instituciones públicas de salud, es insuficiente como lo demuestra la fuerte presión que se ejerce sobre la capacidad instalada actual de los hospitales públicos los cuales presentan riesgosos índices de ocupación, la inoperatividad constante de equipos y tecnología médica que no cuentan con suficiente mantenimiento preventivo y correctivo, la demanda de equipos de tecnología más avanzada en relación con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades más complejas y la necesidad de recursos humanos capacitados para atender la demanda actual de servicios. {23}



Es por ello que en la función de articulación puede incorporarse también el sector privado tomando en consideración la capacidad de instituciones aseguradoras en salud para el adecuado flujo y enlace entre el financiamiento y la prestación de los servicios otorgado por las redes plurales. Las instituciones articuladoras privadas podrían aportar su competencia para difundir y promover una cultura de prevención de riesgo y educación financiera, y las instituciones públicas de salud podrían aprovechar la experiencia de este sector en la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación.

Las instituciones articuladoras públicas y privadas tendrían la responsabilidad de armonizar las demandas de los consumidores con las capacidades complejas y especializadas de los prestadores, de tal forma que se asegure un uso costo-efectivo de los recursos, una buena calidad técnica y la satisfacción del usuario. Finalmente, esta articulación deberá contribuir a la dispersión de los riesgos financieros y a la reducción de la incertidumbre financiera de los consumidores.

La participación coordinada de los sectores público y privado debe basarse en reglas claras que garanticen el cumplimiento de estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios, y sustentarse en mecanismos que permitan el monitoreo sobre el uso de los recursos y el apego a la normatividad. Para el desarrollo de esta estrategia se propone:

- Elaborar un diagnóstico de los servicios y recursos privados de salud existentes en el país para incorporar a la regionalización de los servicios de salud y constituir redes plurales de atención médica
- Favorecer la participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos de prestación de servicios y en las unidades médicas de alta especialidad;
- Estudiar las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia;
- Impulsar el fortalecimiento de los patronatos de los hospitales de alta especialidad para acrecentar la movilización de recursos en favor de la salud;
- Favorecer la participación de otros servicios privados de apoyo a las funciones sustantivas de las unidades aplicativas.
- Desarrollar una propuesta de participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos de prestación de servicios y en las unidades médicas de alta especialidad. Esta



puede basarse en el análisis de la experiencia de los Proyectos PPS en México; la propuesta de nueva legislación que está en el Congreso (APP); y la experiencia en otros países: características, condiciones y resultados de la participación privada en la creación de infraestructura;

- Establecer las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia. Requiere el análisis de los siguientes aspectos:
 - Recomendaciones que se desprenden de la experiencia de la CONAMED;
 - Estándares de calidad del Consejo de Salubridad General;
 - Esquema regulatorio de la COFEPRIS, principalmente en lo relacionado con el dictamen de práctica médica y vigilancia sanitaria
 - La experiencia del esquema promovido por el Seguro Popular y otras figuras en la provisión de servicios médicos;
 - Principales exigencias de calidad y eficiencia dentro de la Visión Objetivo de Universalidad;
 - Esquema de incentivos para la promoción y supervisión de las condiciones de calidad y eficiencia;

Actualmente existe información que permite la organización de redes de servicios de salud, escalonados por niveles de atención y capacidad de respuesta, basada ésta en un sistema de referencia y contra referencia de pacientes. Con ello, se ha dado inicio al ordenamiento del crecimiento de inversión en salud y al diagnóstico de necesidades, a través del Plan Maestro Sectorial en Salud.

Sin embargo, esta información solamente considera la infraestructura pública de salud por lo que desaprovecha la capacidad instalada del sector privado que resuelve una buena parte de la demanda de servicios y que contribuye a la cobertura de la población.

Bajo estas consideraciones y tomando en cuenta las características de pluralidad de la oferta de servicios de salud y la participación del sector privado en la prestación de servicios y en la inversión de infraestructura, FUNSALUD ha planteado la propuesta de llevar a cabo un diagnóstico de la oferta actualmente disponible de los servicios médicos privados que podrán incorporarse como prestadores de los usuarios de los diferentes esquemas de aseguramiento, con el propósito de integrar la información de recursos para la atención de la salud del sector privado en el Plan Maestro



Sectorial y con ello constituir las redes plurales de atención a la salud. Para ello, se propone realizar las siguientes acciones:

- Realizar un diagnóstico de los establecimientos privados de salud para su regionalización en el sistema de Georeferencia del Sector.
- Promover que los establecimientos privados de salud adquieran la clave CLUES para que puedan ingresar al sistema de Georeferencia.
- Incorporar la información validada y georeferenciada de servicios de salud del sector privado a la plataforma del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la atención de la Salud.

La prestación de servicios en redes plurales de atención busca aprovechar la capacidad instalada y reducir las necesidades de sobre inversión pero para aumentar la eficiencia del sector y reducir costos futuros de atención médica, se requiere mejorar la capacidad resolutive de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario.

Las acciones para evitar daños a la salud, incluyendo la detección y el seguimiento oportuno de enfermedades crónicas corresponden a la atención primaria. En muchas circunstancias, sin embargo, estos servicios son demandados en los hospitales debido a que no se recibió una respuesta adecuada en la atención primaria. Por esta razón, es necesario encontrar un balance óptimo entre la utilización de servicios por nivel de atención. Es deseable que los servicios de atención médica ambulatoria general y familiar funcionen como puerta de entrada al sistema y permitan canalizar solamente aquellos casos que realmente requieran atención hospitalaria o de mayor complejidad.

Para mejorar la capacidad resolutive de la red de servicios se sugiere retomar las propuestas señaladas en la Visión de FUNSAUD:

- Reorganizar la atención primaria bajo una perspectiva de medicina familiar en donde el médico se desempeñe efectivamente como primer contacto y punto de referencia para otros niveles de atención médica;
- Replantear los esquemas de referencia y contrarreferencia de pacientes para permitir mayor flexibilidad geográfica y opciones de atención en redes plurales de atención;
- Redefinir las reglas de financiamiento para cada nivel de atención según esquemas de pagos por población de responsabilidad inscrita en las unidades de atención primaria y pagos por incentivos que permitan internalizar los costos de las referencias hacia la atención hospitalaria.



Los hospitales son organizaciones complejas, en las que se combinan acciones médicas con actividades de investigación y de enseñanza. En una red escalonada de servicios eficiente, estos establecimientos atenderían una proporción de casos que rebasan la capacidad instalada en los servicios ambulatorios; sin embargo en la realidad, reciben muchos casos en los estos servicios se utilizan cuando no son clínicamente necesarios. Por otro lado, la prestación de los servicios de alta especialidad rebasa las fronteras estatales o las esferas administrativas institucionales.

Por ello será necesario instrumentar redes regionales de alta especialidad de acuerdo con las necesidades de este tipo de atención a escala nacional y de manera que, al no estar circunscritas a una sola institución, permitan la agregación de casos y el aprovechamiento sistémico de la capacidad instalada, así como dar respuestas locales que eviten traslados innecesarios de pacientes.

Además en necesario vincular el funcionamiento de estas redes con los demás niveles de atención médica mediante la revisión de los esquemas de referencia y contrarreferencia entre instituciones prestadoras de servicios, y sujetar el financiamiento de las redes al financiamiento canalizado por medio del fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos por servicios de alta especialidad, y constituir este fondo como la entidad reguladora de la inversión en alta tecnología de acuerdo con las necesidades de salud de la población y la distribución geográfica de los casos esperados.

4. AGENDA LEGISLATIVA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Llevar a la práctica muchas de las propuestas descritas requiere revisar y fortalecer el marco jurídico del sector salud. En ese sentido, será necesario llevar a cabo una revisión integral de la normatividad aplicable para cada una de las funciones del Sistema Nacional de Salud, para garantizar la sustentabilidad jurídica para el financiamiento, rectoría, articulación y prestación de servicios de salud en un esquema universal.



Asimismo debe tomarse en cuenta la congruencia de los cambios propuestos frente a otros instrumentos normativos como son la Ley de Ingresos de la Federación y la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

La regulación emanada del Congreso de la Unión que norma la actuación de los diferentes organismos y dependencias prestadoras de servicios de salud, tiene su sustento en el mandato constitucional que consagra, como derecho fundamental de las personas, el derecho a la salud. El artículo 4 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos consagró como derecho fundamental, la protección a la salud, correspondiéndose a tal derecho la obligación del Estado a proteger activamente la salud de las personas. {27}

Dicho artículo dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, de conformidad a lo establecido por la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Por otro lado, la propia Constitución en su artículo 123 al disponer la regulación en torno a las relaciones laborales que existen entre los empleadores y sus trabajadores, sean los primeros entes privados o públicos, define a la seguridad social como una garantía constitucional y, formando parte de ella, el seguro de enfermedades y accidentes, como uno de los compromisos más preciados de la Carta Magna {28}. Por tal motivo ha sido objeto de especial atención por parte del Congreso la legislación laboral: tanto la Ley Federal del Trabajo, reglamentaria del Apartado A) del Artículo 123 Constitucional, como la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del mismo. Ambas legislaciones contienen disposiciones específicas en cuanto a la protección y atención de la salud de los trabajadores. Por razones similares, se ha extendido esta cobertura y preocupación legislativa a otro tipo de prestadores de servicios al país: los militares y sus familiares derechohabientes de las tres armas: Ejército, Fuerza Aérea y Marina.

Las referencias Constitucionales en materia de salud contenidas en los artículos 4 y 123, remiten a la legislación reglamentaria que en cumplimiento de estos preceptos, legisle el Congreso de la Unión. En tal sentido fueron propuestas y aprobadas en su oportunidad: la Ley General de Salud (LGS), la Ley del Seguro Social (LSS), la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE) y la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM) {28}.



Dichos instrumentos normativos establecen la naturaleza jurídica, objetivos, estructura, funciones y organización, que en materia de atención de la salud, tanto preventiva como curativa, corresponde a los institutos creados por el legislador, por lo tanto en una reforma del Sistema Nacional de Salud que implique la separación de funciones, se requerirá la modificación a estos preceptos legales.

Específicamente en relación a la integración y funciones del Sistema Nacional de Salud, el Título Segundo de la LGS consigna la creación del Sistema y el Capítulo I regula su organización, su estructura y las relaciones de coordinación entre los diversos órdenes de gobierno en la distribución de competencias y responsabilidades en la cobertura de este derecho fundamental {27}.

Por su parte, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud refiere en su artículo 5, las responsabilidades a cargo de la Secretaría en el marco del Sistema Nacional de Salud, de concertación y conducción de políticas de salud, ejecución de las mismas, integración de acciones interinstitucionales y coordinación sectorial. Este precepto requerirá ser reformado para ampliar las atribuciones de la Secretaría de Salud en relación con la rectoría del Sistema en su concepto más amplio, como ya se refirió en el capítulo anterior.

El mismo artículo establece la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la ejecución de las políticas de salud y seguridad social del Gobierno Federal, la integración de acciones interinstitucionales, a través de varios Consejos Nacionales y la coordinación sectorial de las algunas entidades.

En la definición de funciones de la reforma se requerirán explicitar las atribuciones de las instituciones para la articulación y prestación de los servicios, así como la regulación de instancias globalizadoras de todo el Sistema en el ámbito federal en coordinación con las entidades federativas. En este contexto además, se requiere fortalecer la relación de colaboración para que los programas federales establecidos por la Secretaría de Salud, mediante acuerdos de coordinación y convenios de colaboración, celebrados con las entidades federativas, sean desarrollados en sus territorios.

Asimismo, el Artículo 3° de la LGS enumera las tareas y responsabilidades que conforman el concepto de salubridad general y el 13° distribuye las competencias entre la Federación y las entidades federativas. Las tareas señaladas en las fracciones I y III del artículo 3°, tienen que ver con la prestación de los servicios de salud en sus diferentes modalidades conforme las distingue el Artículo 34, a saber: I) Servicios públicos a la población en general; II) Servicios a derechohabientes de



Instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; III) Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y IV) Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria {28}.

En relación a la separación de funciones, también deberá revisarse lo señalado en la fracción I, esto es, los servicios públicos a la población en general, que son los que se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, y que se rigen por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Estos servicios y, los señalados en las fracciones III y IV constituyen actualmente una responsabilidad directa de la propia Secretaría de Salud y deberá ampliarse a las demás instituciones del Sistema, así como modificarse lo que corresponden a la fracción II.

Además de la revisión y modificación a la Ley General de Salud (DOF. 7/02/1984, última reforma 05/01/2009) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, se requieren revisar otros instrumentos normativos en materia de prestación de servicios de atención médica, como los Reglamentos tanto de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, así como el propio Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección en Salud.

La Ley General de Salud previó la instalación del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, el cual se constituyó como un órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud. Dicho órgano está integrado por (Art. 77bis 34) los titulares de las Secretarías de: Salud, Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del IMSS y del ISSSTE, por el Secretario del Consejo de Salubridad General y por los titulares de los servicios de salud en cinco Estados participantes en el Sistema de Protección Social en Salud y un invitado del Sindicato Nacional de la Secretaría. Este instrumento puede ser el que establezca las funciones y competencias de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en el esquema universal.

Para el caso de la prestación de los servicios de Seguridad Social en materia de salud a que se refiere la fracción II, del artículo 34 de la ley en comento, es competencia de los institutos públicos, creados en términos de las leyes orgánicas en que sustentan su actuación, atender a sus derechohabientes brindándoles las coberturas de los seguros que las propias normas les ordenen.



En el caso de la Ley del Seguro Social, las personas aseguradas en términos de lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la Ley, representan un universo muy amplio: a) Las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo, presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades económicas sin personalidad jurídica, un servicio remunerado, personal y subordinado; b) Los socios de las sociedades cooperativas, y c) Las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo.

Además, aquellas que de manera voluntaria se incorporen al régimen obligatorio: a) Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados; b) Los trabajadores domésticos; c) Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; d) Los patronos personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y e) Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

La ley determina otro segmento de derechohabientes diferente a los ya mencionados, pero que presentan la característica de requerir de una incorporación voluntaria; este es el caso del denominado “Seguro de Salud para la Familia”, que mediante la celebración de un convenio con el IMSS y el pago de la cuota establecida en el artículo 242 de la Ley, tendrán derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Finalmente, el IMSS por acuerdo de su Consejo Técnico, podrá otorgar coberturas de seguros de vida y otras, exclusivamente a favor de las personas, grupos o núcleos de población de menores ingresos, que determine el Gobierno Federal, como sujetos de solidaridad social con las sumas aseguradas, y condiciones que este último establezca y, asimismo, podrá utilizar su infraestructura y servicios, a requerimiento del Gobierno Federal, en apoyo de programas de combate a la marginación y la pobreza considerados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. El Gobierno Federal proveerá oportunamente al Instituto los recursos financieros necesarios con cargo al programa y partida correspondientes para solventar los servicios que le encomiende, haciendo las transferencias y/o otorgando los subsidios equivalentes al importe de las primas relativas a tales seguros y coberturas {28}.

De lo anterior se desprende que prácticamente el IMSS está facultado para atender a la población en general en un esquema universal de servicios de salud, recibiendo el financiamiento correspondiente.



En cuanto a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ésta distingue el régimen obligatorio y el voluntario de afiliación al Instituto {28}. En materia de Salud, se cubren los seguros de a) Atención médica preventiva; b) Atención médica curativa y de maternidad, y c) Rehabilitación física y mental. Además se dará la atención médica que proceda en casos cubierto por el seguro de riesgos de trabajo. La ley contemple como derechohabiente, a los trabajadores, a los pensionados y a los familiares derechohabientes.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 200, el trabajador que deje de prestar sus servicios en alguna Dependencia o Entidad y no tenga la calidad de pensionado, podrá solicitar la continuación voluntaria de los seguros que le interese conservar, cubriendo las cuotas que le correspondan, de manera bimestral o anual.

De igual manera, el Instituto podrá celebrar convenios con los gobiernos de las Entidades Federativas o de los municipios y sus Dependencias y Entidades, a fin de que sus Trabajadores y Familiares derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio de la Ley. La incorporación deberá ser total y, en ningún caso, el Instituto podrá otorgar seguros, prestaciones o servicios que no estén previstos en el convenio correspondiente. El Artículo 204 establecerá el procedimiento para formalizar dichos convenios. Por supuesto las cuotas serán cubiertas en los mismos términos en que ocurre en la Administración Pública Federal {28}.

Por lo tanto, se requiere modificar la LISSSTE para que la institución esté en condiciones de prestar servicios de salud universales y en su caso desarrollar la función de articulación.

Por lo que corresponde a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, en ella se establecen las bases y lineamientos para la cobertura de los seguros, dentro de los que se incluye al denominado Servicio Médico Integral y Farmacias Económicas. El Capítulo Sexto de la Ley regula las características y requisitos para la prestación de estos servicios, mismos que recibirán los militares y sus familiares.

Si bien no existe ningún ordenamiento jurídico que le confiera el mandato de otorgar servicios a población no derechohabiente del instituto, los servicios médicos cuentan con capacidad instalada suficiente y con los procedimientos para tender a población no derechohabiente a través del pago de cuotas de recuperación.



Habría que revisar además los preceptos legales que rigen a instituciones locales de salud que ofrecen los servicios en las entidades federativas a los trabajadores públicos.

Para el caso de los servicios médicos que de manera particular cubren esta prestación a empleados y trabajadores del sector privado, sea que deriven de un contrato colectivo de trabajo, sea con el carácter de un seguro contratado con terceros por el patrón, pueden incorporarse a través de contratos públicos en redes plurales de atención, como actualmente se realiza a través de subrogación de servicios.

Caso particular es el que corresponde a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que rige la actuación de las Instituciones de Seguros Especializadas de Salud (ISES) cuya atribución es la de brindar protección financiera y prestar servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud en forma directa, con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en beneficios de los asegurados.

A través de esta Ley se podría establecer el mecanismo para la incorporación de instituciones privadas en la función de articulación de redes plurales. Para ello, también se tendría que adecuar la Ley Federal de Procedimientos Administrativos, Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud de la SHCP y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Desde luego, cualquier propuesta que se formulara en este sentido habría de acompañarse de un estudio de impacto presupuestal que posibilitara su operación. Lo anterior, sin menoscabo de la necesidad de hacer las reformas que a las leyes aquí comentadas procedieran, a efecto de armonizar dichos dispositivos legales y los intereses que pudieran entrar en conflicto.

Para el financiamiento de los servicios a través de impuestos generales, es pertinente revisar la normatividad existente que concierne a la cuota social {30} que determinada en el monto adecuado puede ser el mecanismo para la asignación financiera de recursos capitados hacia las instituciones prestadoras de servicios, a través de las instituciones articuladoras.

La LGS dispone la obligación del Gobierno Federal de cubrir anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante debe actualizarse anualmente de conformidad con la variación anual observada en el índice Nacional de Precios al Consumidor.



Dicha aportación se entrega a los estados y al Distrito Federal cuando cumplan con lo indicado a continuación (Art. 77 bis 12, de la LGS).

Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, tanto el Gobierno Federal, como los gobiernos de los estados y del Distrito Federal deben realizar aportaciones solidarias por persona beneficiaria.

El Gobierno Federal debe transferir a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas.

Por otro lado, cabe precisar {29} que de la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se hicieron referencia, la Secretaría de Salud debe canalizar anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Artículo 77 bis 17, de la LGS); y también dicha Secretaría debe canalizar anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (Artículo 77 bis 18, de la LGS).

En el caso de la Ley del Seguro Social no existe disposición alguna relativa a una cuota social para el pago de seguros de atención médica. La cuota social a la que hace mención la LSS, corresponde a asignaciones familiares y las ayudas asistenciales (Artículos 139 y 168, fracción IV, de la LSS). Las asignaciones familiares consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez. La ayuda asistencial se otorga al pensionado por invalidez, así como a los viudos o viudas pensionados, cuando su estado físico requiera ineludiblemente, que lo asista otra persona de manera permanente o continua.

En cuanto a la LISSSTE, ésta dispone que el patrimonio del Instituto lo constituye, entre otros bienes, la Cuota Social al seguro de salud, que junto con los intereses y rendimientos que generen, son patrimonio de los Trabajadores (Artículo 228 de la LISSSTE). Sobre ello, refiere que la cuota social son los enteros a la seguridad social que debe realizar el Gobierno Federal para cubrir el seguro de salud, con base en las disposiciones establecidas en dicha Ley (Artículo 6º de la LISSSTE).



Al respecto, prevé que el Gobierno Federal, para financiar el seguro de salud, tiene la obligación de cubrir mensualmente una Cuota Social diaria por cada Trabajador, equivalente al 13.9 por ciento del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al día primero de julio de 1997 actualizado trimestralmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. Dicho porcentaje incluye gastos específicos de administración del seguro de salud (Artículo 42 de la LISSSTE).

Además, contempla la creación de una reserva de operación, que financie las operaciones e inversiones presupuestadas para cada ejercicio en todos los seguros y servicios. Esta reserva de operación recibe la totalidad de los ingresos por Cuotas, Aportaciones y Cuota Social del seguro de salud, que corresponda administrar al ISSSTE, así como la transferencia del Gobierno Federal para cubrir las Cuotas y Aportaciones que éste debe de enterar.

La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas no contiene disposición alguna relativa a una cuota social y por su parte el personal que labora en el Instituto Mexicano del Petróleo forma parte de los trabajadores al servicio del Estado, y, en consecuencia, le son aplicables las disposiciones de la LISSSTE, entre otras, las relativas a la cuota social del seguro de salud {30}.

Para garantizar los fondos para el financiamiento de los servicios de salud, es necesario revisar la Ley de Ingresos de la Federación y la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, con el propósito de sustituir los recursos destinados a servicios médicos de la seguridad social por recursos capitados a través de la cuota social, incrementar los ingresos para el financiamiento de la salud y canalizar y etiquetar los ingresos provenientes de impuestos a la manufactura y consumo de productos nocivos a la salud.

En resumen, el desarrollo de la agenda legislativa para impulsar el marco legal indispensable que haga factible la puesta en marcha de las propuestas requiere la revisión de los siguientes aspectos {23}:

- a) Derechos y propósitos fundamentales contenidos en la Constitución General de la República y en la Ley General de Salud;
- b) Sujetos obligados y Población derechohabiente en las leyes de los Institutos de Seguridad Social Federal Estatales; y en el Sistema de protección Social en Salud.
- c) Propuestas tendientes a establecer en la legislación de salud las atribuciones de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud derivadas de la separación de las funciones del sistema.



- d) Hacer las propuestas pertinentes para las modificaciones a las Leyes del IMSS y del ISSSTE, así como la reformulación de las prestaciones de salud de PEMEX y las Fuerzas Armadas.
- e) Llevar a cabo los estudios necesarios para legislación en materia fiscal para garantizar los recursos de operación de los servicios universales de salud.
- f) Revisar el marco jurídico y hacer las propuestas de modificación necesarias a Ley General de Salud y los Reglamentos que de ella emanan, así como a la Ley de Ingresos de la Federación y a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS PROPUESTAS

El progreso en la agenda de reforma no se basa únicamente en el diagnóstico preciso de las deficiencias actuales y el diseño riguroso del modelo para mejorar la situación, también es necesario considerar las cuestiones relacionadas con su implantación.

Los principales problemas de la atención a la salud son sistémicos. Los sistemas tienen diversos componentes, los cuales pueden modificarse con intervenciones de política mediante el uso de los instrumentos mencionados en la sección previa. Hay toda una variedad de actores específicos que participan en el diseño y la ejecución de tales intervenciones. {17}

La clave para el éxito de cualquier proceso de reforma radica en armonizar de manera efectiva los instrumentos de intervención con los actores que hacen posible su aplicación y funcionará si se utilizan los instrumentos de manera consistente, y si éstos son aceptados por todos los actores en el sistema.

Sin embargo, los tomadores de decisiones usualmente se enfrentan a serias limitaciones en términos de tiempo disponible y capacidad para coordinar. Por lo tanto, el diseño de la estrategia política puede ser más o menos ambicioso dependiendo de la combinación de acciones y actores.



La mayor tentación para confrontar un problema sistémico es intentar generar un conjunto completo de intervenciones de política. Con frecuencia las autoridades, activas y ambiciosas, quieren lograr todo durante el tiempo limitado en el que están en funciones. La decisión de buscar un alcance total en las acciones de política puede, a su vez, combinarse con diferentes grados de consenso entre los actores.

En ocasiones lo que se busca es involucrar a la sociedad en su conjunto, particularmente en las sociedades con una fuerte tradición parlamentaria. En cambio, las sociedades con una tradición más ejecutiva adoptan por lo general políticas integrales sin invertir tanto esfuerzo en la búsqueda de consenso. De manera alternativa, las autoridades pueden centrar su atención en un conjunto más reducido de intervenciones de política, y al hacerlo pueden buscar un mayor o menor consenso entre los actores.

Cuando todas las partes interesadas pueden expresar abiertamente sus posiciones, resulta más fácil obtener un consenso negativo (sobre lo que no quieren) que uno positivo, por lo tanto, las estrategias integrales y totalmente consensuales corren el riesgo de ser **poco realistas**.

En contraste, las propuestas que se han centrado en proyectos particulares (un programa vertical, un hospital, una especialidad o una región), sin que exista una necesidad real de consenso, la estrategia resulta **irrelevante**.

Una estrategia que privilegie la búsqueda de un elevado consenso aunque ello implique que el alcance de las acciones sea limitado, se alcanza cuando se trata de principios básicos (como la universalidad y la solidaridad), pero la obtención de un acuerdo común sobre acciones específicas ha resultado mucho más difícil, ya que aquellos que se ven afectados por una decisión tienen la posibilidad real de bloquear una adopción integral de los cambios. Por lo tanto, muchas de las propuestas que derivan de esta estrategia se vuelven **intrascendentes**.

Por último, también hay situaciones en las que las autoridades intentan aplicar propuestas integrales sin tener un consenso. En forma típica, este ha sido un enfoque tecnocrático, con frecuencia asociado con el liderazgo de un agente externo al sector salud. Aun cuando las decisiones se tomen, el resultado más común es que las propuestas se mantengan en el nivel de decretos y no sean **implementables**.

Como puede apreciarse, todas las estrategias extremas presentan serios problemas para la toma de decisiones o para su aplicación. Por lo tanto, son limitadas en cuanto a su capacidad de emprender reformas sistémicas. Los enfoques más equilibrados suelen tener mejores resultados.



Los procesos de cambio requieren un consenso en relación con la orientación fundamental y los principios de reforma. Una vez que se alcanza dicho consenso, las autoridades deberán tener un mayor grado de libertad para actuar sobre la aplicación concreta de los lineamientos generales. Más que buscar un consenso total desde un principio o tratar de ejecutar simultáneamente todas las acciones que requiere una reforma sistémica, parecería que las probabilidades de éxito se incrementan en la medida en que se adopten estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema.

A su vez, la eficacia de la estrategia dependerá de la obtención del doble consenso de los beneficiarios y los tomadores de decisiones, de forma que el proceso de cambio pueda contar con el apoyo endógeno de las principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes, y las decisiones iniciales puedan inducir mayores cambios para profundizar los alcances de la reforma.

Con el fin de evitar que el combate sistémico contra las fallas de la atención a la salud conduzca a estrategias que no son técnica o políticamente viables, los procesos de reforma más exitosos han identificado configuraciones secuenciales de intervenciones de política con un alto grado de calidad técnica y coherencia interna, que son aplicadas en forma progresiva. La combinación de instrumentos técnicos sólidos con estrategias políticas viables ofrece las mayores probabilidades de éxito en el esfuerzo de reforma.

Existen instrumentos útiles para mejorar la formulación y la implantación de políticas de salud {17}. El *armamentario* analítico y gerencial se ha visto enriquecido por diversos enfoques innovadores. Si bien muchos de ellos requieren ajustes y algunos otros aún deben desarrollarse, es mucho lo que el tomador de decisiones puede hacer hoy en día. Por supuesto, los tomadores de decisiones basarán siempre sus acciones no solo en la evidencia objetiva que deriva de la aplicación de instrumentos analíticos y en las recomendaciones técnicas sino también en análisis de la viabilidad política de adoptar el curso de acción deseado.

Los instrumentos técnicos deben poner límites a la discrecionalidad de los tomadores de decisiones pero también deben facultarlo para combatir mejor los intereses creados que se oponen a una decisión inteligente, tomando una mejor disposición a asumir los riesgos de la innovación.

Esta es la razón por la que no se puede subestimar el valor de los buenos instrumentos de análisis y de gerencia para orientar la reforma del sistema de salud.



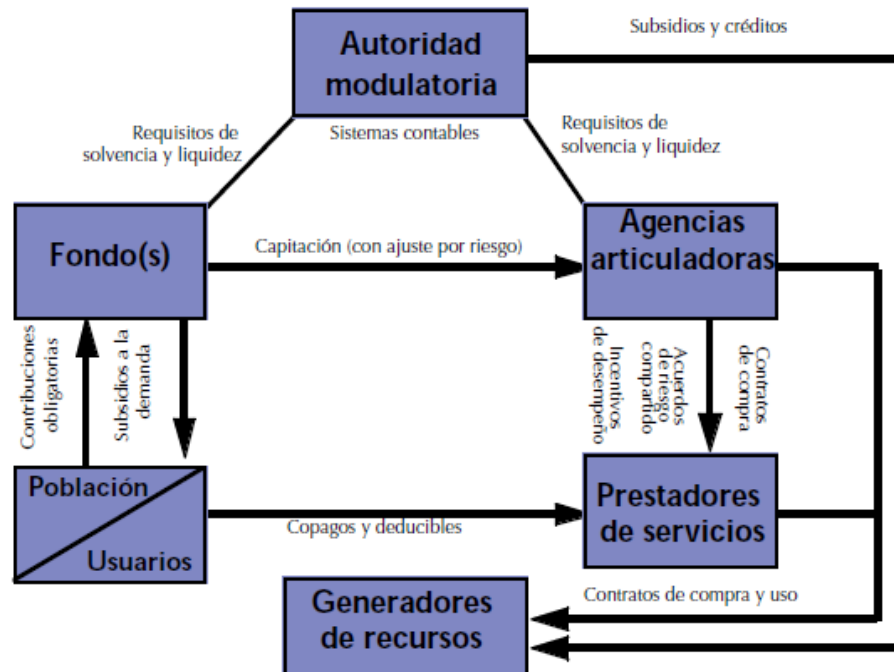
Por lo tanto, su desarrollo debe convertirse en una prioridad. Estos instrumentos pueden agruparse en las siguientes categorías:

1. *Instrumentos de promoción.* Éstos hacen posible la vinculación de la agenda de salud con asuntos más amplios de la política económica y social (por ejemplo, análisis de las aportaciones de la salud a la formación de capital humano y al crecimiento económico).
2. *Instrumentos de diagnóstico.* Ayudan a identificar y cuantificar los principales retos que enfrenta el formulador de políticas en dos terrenos: a) las condiciones de salud de la población (p.ej., análisis del peso de la enfermedad) y b) la respuesta de las instituciones (p.ej., análisis organizacional, medición del desempeño, mapeo político).
3. *Instrumentos para la identificación de opciones.* Facilitan el diseño y la elección de cursos alternativos de acción para mejorar el sistema de salud (p.ej., análisis de costo-efectividad de las intervenciones, evaluación tecnológica, análisis comparativo de reformas previas).
4. *Instrumentos para la implantación de soluciones.* Son aquellos instrumentos que puedan ayudar a alentar la adopción práctica de reformas, tanto para la implantación de soluciones en el lado de la oferta (los proveedores) como del lado de la demanda de la atención a la salud (la población). Los instrumentos convencionales incluyen presupuestos históricos, regulaciones, planes de inversión y diversas técnicas de programación. Es necesario desarrollar y utilizar instrumentos que, basados en el desempeño, generen los incentivos adecuados para la parte de la oferta. También es necesario actuar sobre la demanda, de forma que se incorpore el tipo de perspectiva integral de la nueva reforma.

En un esfuerzo por promover sistemáticamente esta perspectiva, las siguientes figuras muestran los principales instrumentos disponibles para implantar las iniciativas de reforma. Los instrumentos están organizados tomando en consideración tanto a la población como a las instituciones que desempeñan las diversas funciones. {20}



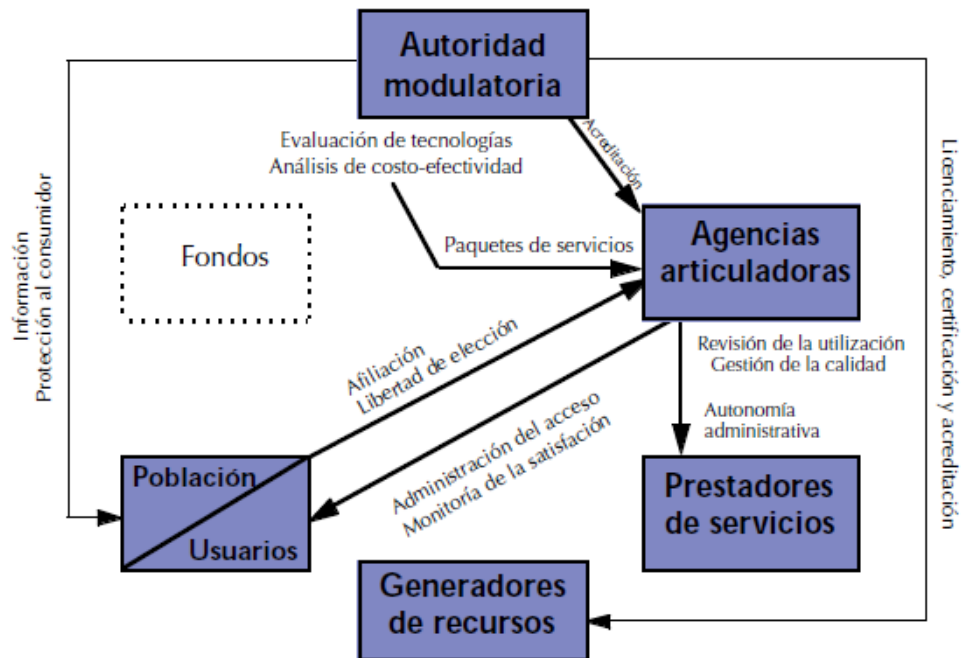
PRINCIPALES INSTRUMENTOS FINANCIEROS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS REFORMAS A LOS SISTEMAS DE SALUD



En términos generales, casi todos los instrumentos de implantación pueden quedar clasificados dentro de alguna de las dos categorías en que muestran las figuras: por un lado, los **instrumentos financieros**, como el prepago, las contribuciones, los subsidios, los requisitos de solvencia y liquidez, los sistemas contables, la capitación y el ajuste por riesgo, así como los contratos y acuerdos, incentivos, copagos y deducibles.



PRINCIPALES INSTRUMENTOS ORGANIZATIVOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS REFORMAS A LOS SISTEMAS DE SALUD



Por otro lado, están los **instrumentos organizativos**, los cuales pueden agruparse en:

- instrumentos para la definición de prioridades** (p.ej., paquetes de servicios, análisis de costo-efectividad, evaluación tecnológica);
- instrumentos para el mejoramiento de la calidad** (p.ej., licenciamiento, certificación, acreditación, estandarización, monitoreo y aseguramiento tanto de la calidad técnica como de la satisfacción de los usuarios); y
- instrumentos de configuración institucional** (p.ej., información pública, protección del consumidor, afiliación, elección del consumidor, gerencia de la demanda, autonomía del proveedor).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Derecho a la protección de la Salud en México. Borrador para discusión.* México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. enero 2011
2. *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos.* México, Secretaría de Salud, Colección Biblioteca de la salud, Fondo de Cultura Económica, segunda edición, 2006
3. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2009.* México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, 2010 (http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2009/informe_resultados_2009_v3.pdf)
4. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud.* México. Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2005
5. *El IMSS y el SPSS: Cobertura, eficiencia y resultados.* México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Septiembre 2010
6. *El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a dos años de la reforma.* México, Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2009
7. *Nueva Ley del ISSSTE, Estudio Teórico Conceptual, de Antecedentes Jurídicos, Cuadro Comparativo con Texto Completo de la Ley Abrogada y Datos Relevantes.* México, Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2007
8. *Integración Funcional del Sistema Nacional de Salud.* Presentación de la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dra. Maki E. Ortiz Domínguez en reunión con la Comisión Rectora de FUNSALUD, celebrada el 21 de abril del 2010
9. *Proyecto Universalidad de los Servicios de Salud. Programa de Trabajo.* México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. 2010
10. *El Futuro de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal.* Conferencia dictada por el Dr. Julio Frenk Mora, Decano de la Escuela de Salud Pública, Universidad Harvard y Ex-secretario de Salud de México, en el 50 Aniversario de la Fundación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo., 21 de febrero de 2011



11. *Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009*. México, Auditoría Superior de la Federación. Cámara de Diputados. Febrero de 2011 (<http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Indice/iGeneral.htm>)
12. *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-junio 2010*. México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, 2010 (http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/Informe_Resultados_1sem2010.pdf)
13. *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. CAUSES Catalogo Universal de Servicios de Salud 2010*. Anexo 1 Cuadro 3.- Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Cuadro 4.- Intervenciones del Seguro Médico para una nueva generación.
14. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Segunda edición 2006*. Anexos Técnicos. Cuadro AT.4 Lista de Enfermedades e intervenciones identificadas por el Consejo de Salubridad General como generadoras de Gastos Catastróficos.
15. *Competitividad y Salud, hacia un sistema de salud más eficaz y eficiente*. Presentación del Lic. Pablo Escandón Cusi, Presidente del Consejo Promotor de Competitividad y Salud de FUNSALUD. 26 de mayo de 2011
16. *Economía y Salud. Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México. Informe final*. México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. Segunda edición 1995.
17. *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas*. México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. Primera edición 1997.
18. *Hacia un México más saludable. Una visión del Sector Privado*. México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. Primera edición 2001.
19. Rubio E, Soberón G, Frenk J, Fox V. Hacia un México más saludable. Reunión del Consejo Directivo con el Presidente de la República, Ciudad de México, 8 de mayo de 2001. *Cuadernos FUNSALUD*, No. 33
20. Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. 1997.
21. *Principios fundamentales de acceso efectivo: cobertura poblacional y de servicios. Borrador para discusión*. México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. Enero 2011



22. *Informe sobre la salud en el mundo. La Financiación de los Sistemas de Salud, el camino hacia la cobertura universal.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010
23. *Fundación Mexicana para la Salud. Programa de trabajo 2010-2011.* México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. Primera edición 2010.
24. *Perspectivas OCDE: México, Políticas clave para un desarrollo sustentable.* Organización para la Cooperación y el Desarrollo, mayo 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/22/2/45391108.pdf>)
25. *La Salud en México: 2006/2012, Visión de FUNSAALUD.* México, Fundación Mexicana para la Salud, AC. Primera edición 2006.
26. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana M A, Knaul F. Health System Reform in Mexico 1, Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006; 368: 1524–1534.
27. *Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias. Información sobre las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y legislación que regula dichas instituciones.* Palacio legislativo de San Lázaro, 15 de febrero de 2011
28. *Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias. Sustento legal de los servicios Médicos del IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Pemex, SEDENA y SEMAR.* Palacio legislativo de San Lázaro, 23 de marzo de 2011
29. *Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias. Formas en que se financian el IMSS, ISSSTE y Seguro Popular.* Palacio legislativo de San Lázaro, 26 de noviembre de 2010
30. *Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias. Cuota social para el pago de seguros de atención médica.* Palacio legislativo de San Lázaro, 31 de mayo de 2011