

*el* MÉXICO *del*  
2013



PROPUESTA *para* TRANSFORMAR  
*el* SISTEMA NACIONAL *de* SALUD

## DIRECTORIO DEL CEEY

Dra. Amparo Espinosa Rugarcía  
*Presidente*

Lic. Amparo Serrano Espinosa  
*Vicepresidente*

Mtro. Julio Serrano Espinosa  
*Secretario*

Sr. Manuel Serrano Espinosa  
*Tesorero*

Dr. Enrique Cárdenas Sánchez  
*Director Ejecutivo*

Derechos Reservados © 2013

CEEY Editorial  
ISBN 978 607 8036 32 5  
Centro de Estudios Espinosa Yglesias, A. C.  
Las Flores 64 A, Col. Tlacopac  
Álvaro Obregón, 01040  
México D.F.  
[www.ceey.org.mx](http://www.ceey.org.mx)

Primera edición, 2013

Impreso en México

DIRECTOR EJECUTIVO

Enrique Cárdenas Sánchez

COORDINACIÓN DEL PROYECTO  
Y DIRECTORA DEL PROGRAMA  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Verónica Malo Guzmán

EQUIPO DE EDICIÓN

Sara E. García Peláez Cruz  
Silvia Jiménez Barba  
Lizzeth Moreno Islas

## COORDINADORES GENERALES DEL DOCUMENTO

Adolfo Martínez Valle y Manuel Molano Ruiz

## PÁNELES DE ANÁLISIS Y CONTRIBUCIONES\*

Fernando Álvarez del Río  
Héctor Arreola Ornelas  
Oliver Azuara  
Julio Frenk  
Mario Luis Fuentes Alcalá  
Gabriel García  
Eduardo González-Pier  
Jorge Hickman Morales  
Mercedes Juan López  
Malaquías López Cervantes  
Gabriel Manuell Lee  
Adolfo Martínez Valle  
Javier Moctezuma Barragán  
Manuel Molano Ruiz  
Onofre Muñoz  
Carlos Noriega  
Evelyne Rodríguez  
Sergio Rodríguez Cuevas  
Pedro Vásquez Colmenares  
Alejandro Villagómez Amezcua

*\*Con aportaciones adicionales de Felicia Marie Knaul*



## ÍNDICE

PRESENTACIÓN | 9

PRÓLOGO | 11

INTRODUCCIÓN | 15

I RETOS PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL CON ACCESO EFECTIVO | 21

I.1 Segmentación del sistema | 21

I.2 Transición epidemiológica y envejecimiento de la población | 22

I.3 Acceso y cobertura efectivos en las zonas más marginadas y grupos más vulnerables | 28

I.4 Fortalecimiento de la prevención | 28

I.5 Descentralización efectiva de los servicios de salud | 30

II VALORES, PRINCIPIOS Y VISIÓN | 33

II.1 Valores y principios | 33

II.2 Visión | 33

III COMPONENTES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA CONSTRUIR EL SISTEMA | 35

IV LÍNEAS SISTÉMICAS: UNA AGENDA DE ACCIÓN COMPARTIDA | 37

IV.1 Fortalecer la rectoría | 37

IV.2 Consolidar el financiamiento público a través de su unificación | 39

IV.3 Reorganizar el sistema con base en la atención primaria | 41

IV.4 Impulsar la convergencia y la portabilidad de los servicios de salud | 42

IV.5 Mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios | 44

CONCLUSIONES Y LA PROPUESTA EN SÍNTESIS | 50

REFERENCIAS | 51



## PRESENTACIÓN

Desde 2010, la Fundación Espinosa Rugarcía (ESRU) y el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) han realizado un esfuerzo para presentar propuestas sobre temas trascendentales para el país mediante la elaboración de libros blancos.

El año pasado se publicó el documento *El México del 2012. Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*, el cual fue suscrito por 30 especialistas de diversas visiones, experiencias y preferencias políticas.

Este documento se presentó a los candidatos a la presidencia de la República durante la campaña presidencial así como a grupos de políticos, empresarios, universitarios, legisladores y a organizaciones civiles.

Tras la contienda electoral, el trabajo se presentó al equipo de transición del candidato ganador. Posteriormente, sus puntos esenciales fueron incluidos en el Pacto por México, con el respaldo de los principales partidos políticos y del Ejecutivo.

Los libros blancos parten de un diagnóstico detallado y siguen un diseño general de los planteamientos que daban sustento a la propuesta específica: construir una red de protección social universal, financiada con impuestos generales al ingreso, al consumo y a las ganancias, sin privilegios, y que a la vez promueva el crecimiento económico.

El material que aquí se presenta, también coordinado por el CEEY, busca profundizar dicha propuesta mediante cuatro documentos complementarios: (1) una propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud; (2) una propuesta para una pensión universal; (3) una propuesta para re-diseñar la coordinación entre los tres niveles de gobierno o el federalismo fiscal; y (4) una propuesta que detalla la reforma a la hacienda pública.

Al igual que con *El México del 2012*, las propuestas aquí incluidas resultan del trabajo de numerosos especialistas de diversas experiencias, ideologías y perspectivas. Aun con la pluralidad de los puntos de vista, se logró un consenso en el documento final.

Las reformas que aquí se abordan son fundamentales para el progreso de México.

Con estas propuestas esperamos contribuir a su diseño y ejecución.

Julio Serrano Espinosa

Patrono Fundación ESRU

Miembro del Comité Directivo del CEEY





## PRÓLOGO

El presente documento tiene por objeto dar a conocer una propuesta conjunta para la edificación de un Sistema Nacional de Salud en México. Ésta debe garantizar la cobertura universal con acceso efectivo a los servicios de salud para todos los mexicanos. Coordinado por el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY), *El México del 2013. Propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud* es el resultado de un ejercicio de análisis y diseño informado y plural. A partir de éste han de establecerse las bases mínimas para sustentar una futura transformación del Sistema de Salud en el país, mismo que debe incluir mecanismos para alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo a los mencionados servicios.

Esta propuesta para la reforma al Sistema de Salud constituye un complemento a la publicación previa del CEEY intitulada *El México del 2012. Reformas a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*, publicado en 2012<sup>1</sup>. De hecho, se trata de un elemento central de la reforma integral plasmada en el documento *El México del 2012*.

De manera paralela a la construcción de este documento y también como complemento a *El México del 2012*, el Centro genera propuestas plurales en otros tres temas coincidentes: reforma al sistema de pensiones y garantía de una pensión universal mínima, reforma a la hacienda pública, y reforma al sistema de coordinación entre los tres órdenes de gobierno que da lugar al llamado federalismo hacendista. Estas cuatro propuestas complementarias se conectan entre sí. Se han diseñado en concordancia y para dar sustento a las propuestas de reforma a la hacienda pública y al sistema de protección social hechas por el CEEY.

La universalización de los servicios de salud ocupa hoy en día un lugar prioritario en la agenda nacional. Son diversas las propuestas que sobre el particular se han elaborado. Algunas tienen elementos en común. De manera muy puntual, el Centro de Estudios Espinosa Yglesias busca sintetizar algunas líneas estratégicas y darles cauce. La finalidad última reside en lograr los acuerdos necesarios para impulsar esta reforma.

Si bien no son las únicas,<sup>2</sup> el CEEY identificó y se concentró en el análisis de tres propuestas para universalizar los servicios de salud. A) La que formuló el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG). Ésta plantea un Sistema Nacional de Salud como parte de una propuesta de Seguridad Social Universal efectiva. B) La Universalidad de los Servicios de Salud elaborada por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), y C) la esbozada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Dicha propuesta también plantea un sistema más integrado pero que apuntala al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CEEY, *El México del 2012. Propuesta de Reforma a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*, México, CEEY, 2012.

<sup>2</sup> Ruelas, *et al.*; Cruz, *et al.*; entre otras. La primera propuesta esbozada en el país, y que habla de universalidad, es la de Julio Frenk, *et al.*, *Economía y Salud*; y una posterior, Guillermo Soberón, «Hacia un México más saludable», Cuadernos FUNSALUD, Núm. 33, México, 2001. Estas dos dan sustento a gran parte de los objetivos de la reforma a la Ley General de Salud de mayo de 2003 y que genera el Sistema de Protección Social en Salud.

<sup>3</sup> Muñoz, *Propuesta de un sistema nacional de salud: componente de salud de una propuesta de seguridad social universal*, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez-CONE-

Las dependencias, instituciones y autoridades han desempeñado un papel importante a lo largo del tiempo. Sin embargo, éstos no responden de manera totalmente efectiva y eficiente a una cada vez más demandante atención de servicios de salud.

La Constitución de 1917 fue una de las primeras del mundo que incorporó los derechos sociales. Ciertamente, en su origen sólo contemplaba el seguro social voluntario. No fue hasta 1929 que, mediante una reforma a la Carta Magna, se consideró de utilidad pública la expedición de una Ley del Seguro Social. En la actualidad, el Artículo 123, en la fracción XXIX, señala que es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, la cual debe comprender seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación voluntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guarderías y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

De esta manera, se inducen de dicha fracción los primeros pasos hacia un derecho a la protección social, ya que incluye, entre otros, al sector no asalariado. El 3 de febrero de 1983 se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, mediante la reforma que incluye un tercer párrafo al Artículo 4 de la Constitución Política. En él se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la ley secundaria definiría las bases y modalidades para el acceso a estos servicios y establecería la concurrencia de la Federación y sus entidades en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto por el Artículo 73 de la Carta Magna.

En esa fecha, también se incorporó el concepto de accesibilidad y disponibilidad de servicios, así como la siguiente disposición: la Federación y los Estados serían responsables de su ejecución. Lo anterior dio lugar al reglamento correspondiente a sistemas estatales de salud.

De esta forma, la modificación legislativa hace que las dimensiones de estos derechos sean universales, progresivos, indivisibles e inalienables, y coloca la obligación en los tres niveles y tres órdenes de gobierno. Ante este contexto, el derecho a la protección de la salud y su tutela justifica el reforzar la rectoría de la autoridad sanitaria, misma que recae sobre la Secretaría de Salud y ubica al resto de los actores de este Sistema Nacional bajo su área de involucramiento. Todo ello a fin de contribuir, no sólo en el cumplimiento de todas las materias de salubridad general, sino también en avanzar en la transformación de dicho sistema. Así es como se posibilita un estado de derecho y se garantiza acceso efectivo a los servicios de salud.

En este orden de ideas, podemos afirmar que la historia reciente del sector público de salud en México, desde los primeros indicios de atención hasta la consolidación del Sistema Nacional de Salud, se ha caracterizado por una constante búsqueda de universalización.

Por ello, los retos para alcanzar la cobertura universal efectiva revisten particular importancia. La creciente demanda de atención —si bien existen otros como es la atención

---

VAL, México, 2012; FUNSALUD, 2012; y José Narro, «Hacia un nuevo modelo de seguridad social», *Economía UNAM*, vol. 7, número especial, México, 2011. También se incluye un artículo sobre la salud como derecho ciudadano que propone reformas al Sistema de Salud para alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo (Julio Frenk, «La salud como derecho ciudadano» en <http://www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo&Article=2102556>, 2012), y una publicación reciente de funcionarios del IMSS que sugiere cambios estructurales (J. Dávila, et al., *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, retos y propuestas de política*, México, Fondo de Cultura Económica, 2012).

efectiva, eficiente y eficaz— es uno de los retos mencionados. Así, asegurar el acceso efectivo a salud con calidad, fortalecer la prevención y aumentar la viabilidad financiera es una premisa fundamental de la que parte este documento.

Por otro lado, se debe transformar el Sistema Nacional de Salud para proporcionar una rectoría efectiva, un financiamiento solidario y una prestación plural de servicios a mediano plazo.<sup>4</sup> La finalidad es ofrecer una cobertura universal efectiva, integral, incluyente, equitativa, viable, efectiva y de calidad, sustentada en un modelo preventivo y resolutivo de atención primaria. Gradualmente se podrían incorporar prestadores privados certificados para complementar la oferta pública.

Resulta de la mayor importancia fortalecer la rectoría del sistema. La Secretaría de Salud debe ser la encargada exclusiva de este cometido de política pública en el ámbito social. Ésta coordinaría al IMSS, ISSSTE y Seguro Popular bajo un esquema único de financiamiento. Las instituciones privadas también podrían considerarse, si es que contasen con la debida certificación y autorización.

Otro aspecto fundamental es la calidad en el otorgamiento de los servicios. Ésta sólo será posible a través de la participación activa y decidida de todos los actores del Sistema Nacional de Salud. Han de atenderse todas las dimensiones de calidad, a saber, desde los procesos que rodean la atención médica, hasta la ejecución, impacto y resultados objetivos y medidos. Únicamente a través del rescate frontal de la regulación sanitaria en materia de establecimientos de atención médica, se podrá lograr este objetivo. Se trata de una medida que también generará cambios organizacionales y de autoridad entre la Federación y los Estados.

Finalmente, también es necesaria la construcción de un Sistema Integral de Información que conduzca, vigile, controle y evalúe el desempeño del sistema con uno de carácter único de monitoreo y evaluación, con indicadores comunes.

En síntesis, lo que se busca es un Sistema de Salud que mejore las condiciones de toda la población, los proteja de riesgos financieros que pueda conducirlos a gastos catastróficos y/o empobrecimiento, y que satisfaga sus demandas legítimas.



---

4 La búsqueda de la prestación plural no se refiere a «privatizar la salud». Sin embargo, no por ello puede pasar inadvertido el hecho de que una tercera parte de los servicios de salud que se prestan en México se hace a través de privados. Así, en este documento se entiende por prestación plural, una prestación tanto pública como privada.



## INTRODUCCIÓN

La atención a la salud debe ser accesible para todos los mexicanos cuando la necesiten. Así lo plasmó la Constitución hace cerca de treinta años al reconocer el derecho a la protección de la salud. Sin embargo, la forma segmentada y desarticulada en que se han financiado y organizado los servicios que prestan las diversas instituciones de salud en el ámbito tanto federal como estatal ha contribuido, entre otros diversos factores,<sup>5</sup> a dificultar que toda la población esté cabal y equitativamente protegida por el sector público.<sup>6</sup>

Actualmente, la población no cubierta por algún esquema de aseguramiento público de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, es aproximadamente 25%. La cifra representa una proporción similar, por ejemplo, a la de los EUA.<sup>7</sup> Además, el gasto de bolsillo, la forma más ineficiente e inequitativa de financiar los servicios de salud, aún paga casi la mitad del costo total de dicha atención en México —a saber, el 47%.<sup>8</sup>

Ante esta realidad, el financiamiento per cápita otorgado, en ocasiones no permite apreciar la inversión y gasto que hacen las instituciones con elevados costos de oportunidad tanto presente como futura. Por otro lado, también debe señalarse que la aplicación de los recursos y la forma de distribuirlos carecen de eficiencia. Se podría obtener una mayor y mejor rentabilidad social mediante otros esquemas.

Históricamente, la población que ha contado con una cobertura en salud es la derechohabiente del IMSS, Instituto de Seguridad Social al Servicio del Estado (ISSSTE), el sistema de servicios médicos de PEMEX, SEDENA, PEMEX o del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), aunque también estas instituciones han prestado servicios diversos a la población abierta. Los sistemas vía derechohabiente protegen hoy a cerca del 42% de la población.<sup>9</sup> A partir de la reforma la Ley General de Salud de 2003, se dio paso al Sistema de Protección Social en Salud, esto es, el Seguro Popular (SPS), operado por los Servicios Estatales de Salud (SESAS).<sup>10</sup> Este sistema que inició en 2004, proporciona hoy en día cobertura al 36% de los mexicanos.

No obstante, aún existe una clara división entre la provisión de servicios de salud de las instituciones de seguridad social del IMSS, ISSSTE e ISSFAM y aquellos provistos por el SPS. Aunque ambos esquemas protegen la salud de los mexicanos, las instituciones de seguridad social han ofrecido tradicionalmente una mayor cobertura. Las razones son tres, y la primera es histórica: el IMSS ha sido el principal asegurador público de México. Segunda, el IMSS, ISSSTE e ISSFAM han contado con fuentes financieras menos vulne-

---

5 La población tiende a no acudir a recibir servicios de manera regular y anticipatoria de daños, sino que acude ya que se presenta algún padecimiento. Debido a la ineficiencia en la atención y a otros factores, decide acudir a la consulta privada o a la automedicación, y también a la medicina tradicional.

6 Adicionalmente, debe de haber un replanteamiento de la forma en que se pueda llegar adecuadamente a grupos que frecuentemente se encuentran marginados en su atención y sobre la prestación de los servicios.

7 ENSANUT, 2012: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

8 F. M., Knaul, *The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico*, Nueva York, The Lancet, 2012.

9 Señalemos que el número de derechohabientes real no es conocido dado que no hay información precisa sobre el número de personas dependientes económicos de cada trabajador derechohabiente.

10 ENSANUT, *op. cit.*

rables a las crisis económicas y a los procesos de asignación de recursos para brindar servicios de salud a sus derechohabientes. Tercera, los servicios de salud de la seguridad social se establecieron como una prestación laboral de los trabajadores, mientras que los SESAS se crearon como un esquema de asistencia pública. Este esquema asistencia- lista, sin embargo, ha transitado más recientemente con el Seguro Popular a una cobertura explícita de servicios de salud. Los recursos del SPS, junto con los del Ramo 33 y los diversos programas de las secretarías de salud federal y estatales, han significado un incremento sustancial en los recursos para atender a población sin seguridad social.

Sin embargo, estar bajo un régimen de seguridad social o dentro del SPS no garantiza, actualmente, la cobertura efectiva de la salud.<sup>11</sup> Por un lado, los esquemas financieros han sido insuficientes debido al incremento en el costo de los servicios, la prestación a pensionados y jubilados y, más recientemente, al decreciente número de afiliados contribuyentes. La recaudación de la seguridad social está ligada a los salarios. Las dificultades para incrementar el poder adquisitivo y la productividad promedio del trabajo en la economía durante los años recientes se han traducido en aportaciones menguantes a la seguridad social. Habría que agregar, entre otros factores que han mermado las contribuciones al Instituto, el crecimiento del empleo informal y la evasión y subdeclaración de salarios, aun para los afiliados al IMSS.

De acuerdo con la nueva definición de informalidad de INEGI, compatible con las mejores prácticas internacionales, el sector informal de la economía representa el 60.1% de la población económicamente activa (PEA), equivalente a 29.3 millones de personas.<sup>12</sup> De acuerdo con datos recientes del INEGI,<sup>13</sup> el 60.1% de las empresas y la PEA en México presenta algún grado de informalidad laboral.<sup>14</sup> Lo anterior dificulta, en lo general, el sostenimiento financiero; en lo particular, el cobro de los impuestos y cuotas necesarios para mantener un sistema construido justamente sobre la premisa del financiamiento de la seguridad social mediante las cuotas tripartitas entre trabajadores, patrones y go-

11 Cobertura efectiva se refiere a la probabilidad de recibir una ganancia en salud derivada de una o más intervenciones en salud en caso de necesitarlo. La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos para intervenciones definidas, con la medición de la calidad de los mismos. Se trata de un indicador relacionado con tres conceptos. i) La cobertura de las acciones en salud. ii) La utilización de atención, y iii) el acceso a los servicios SSA, *Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003*, México, 2006; y B. Shengelia, *Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy*, *Soc Sci Med*, 2005, 61,97-109. También se empleará el concepto de acceso efectivo que se refiere al grado de cumplimiento de las diferentes dimensiones de ajuste entre el Sistema de Salud y los usuarios e incluye entre otros, disponibilidad de infraestructura, médicos, enfermeras y camas, accesibilidad geográfica y de tiempo de traslado, adecuación en tiempos de espera de consulta y cirugías, capacidad de compra referida a recetas surtidas, gasto de bolsillo y diferimiento de la atención y niveles de satisfacción. Muñoz *op. cit*

12 [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/doc/informalidad\\_final.zip#Informalidad\\_FINAL.pptx](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/doc/informalidad_final.zip#Informalidad_FINAL.pptx)

13 INEGI, México: nuevas estadísticas de informalidad laboral, 2012, disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/doc/informalidad\\_final.zip#Informalidad\\_FINAL.pptx](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/doc/informalidad_final.zip#Informalidad_FINAL.pptx)

14 Los aspectos metodológicos de las nuevas mediciones del INEGI respecto a la informalidad económica pueden encontrarse en INEGI, *La informalidad laboral, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, marco conceptual y metodológico*, 2012, disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENOE/ENOE2012/Infor\\_marco\\_met/Infor\\_marco\\_met.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENOE/ENOE2012/Infor_marco_met/Infor_marco_met.pdf)

bierno; y de la SPS con base en una cuota por familia, por una parte, a partir de gobierno federal, por otra parte, y una aportación solidaria en conjunto entre el gobierno federal y los gobiernos locales.

Por el lado del sector formal, de una PEA de casi 50 millones de trabajadores, solamente 15.2 millones son cotizantes activos en el IMSS.<sup>15</sup> Este número (de aportantes de cuotas) es relativamente pequeño, pero no así la población derechohabiente, que no está cuantificada por instituciones. Dado este desbalance, el sistema del IMSS ha sido cada vez más difícil de financiar.

El paquete de beneficios de la seguridad social al que tiene acceso el derechohabiente no está acotado o definido explícitamente. En las tres instituciones de seguridad social en México se ofrecen implícitamente todos los servicios en función de los recursos disponibles. Resulta inevitable que los sistemas racionen la provisión de servicios mediante listas de espera. Por otro lado, el SPS, como se menciona en los discursos de firma del decreto de Reforma a la Ley General de Salud, su objetivo principal fue corregir los cinco desequilibrios financieros existentes en el sector salud. Entre ellos destaca: 1) la inversión en salud. Ésta resulta insuficiente para los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica. 2) El origen de los fondos para el financiamiento. Éstos provenían, en su mayor parte, del bolsillo de las familias (52%). 3) Distribución de recursos. Tendían éstos a concentrarse en las instituciones de seguridad. El gobierno federal asignaba 2.4 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente de la seguridad social frente a la no asegurada.<sup>16</sup> 4) Asignación del presupuesto estatal. Aquí se observó una gran heterogeneidad en el esfuerzo que los estados hacen en materia de salud; y 5) el destino del gasto. Se observó que el sector salud a nivel nacional dedicaba cada vez más recursos al pago de la nómina en detrimento del gasto en inversión. El SPS no fue diseñado para garantizar el acceso a un paquete de beneficios universal, por lo que se basó en la compartimentalización de la atención a la salud mediante la provisión de «paquetes de servicios» explícito. Bajo un principio más de justicia financiera, el SPS buscó acercar el acceso a las familias excluidas de la seguridad social. Si se revisa la evolución que han tenido los cinco desequilibrios financieros arriba mencionados, se podrá observar que la brecha se ha cerrado, aunque esto ha generado nuevos desafíos.<sup>17</sup>

En Muñoz *et al.*, se hace memoria del largo proceso de constitución y financiamiento del Sistema de Salud en México: «...la expedición de la Ley del Seguro Social en 1943 suponía que la seguridad social sería la forma de ‘proteger a todos los mexicanos en tiempos de adversidad tales como la orfandad, la viudez, el desempleo y la vejez, para dejar atrás esta situación de siglos que ha sido resultado de la pobreza de la nación’». <sup>18</sup> Sin embargo, como ya se dijo, la instrumentación mexicana del estado de bienestar re-

<sup>15</sup> Se debe mencionar también la ausencia del modelo de atención a la salud. <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Documents/S%C3%ADntesis2012.pdf>

<sup>16</sup> Para conocer cómo se calcula el costo de la cápita del Catálogo de Servicios de Salud (CAUSES), entonces llamado Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), véase Ávila, *et al.*, *Catálogo de beneficios médicos. Estimación de los costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico en el Sistema de Salud de México*, México, Secretaría de Salud, 2002.

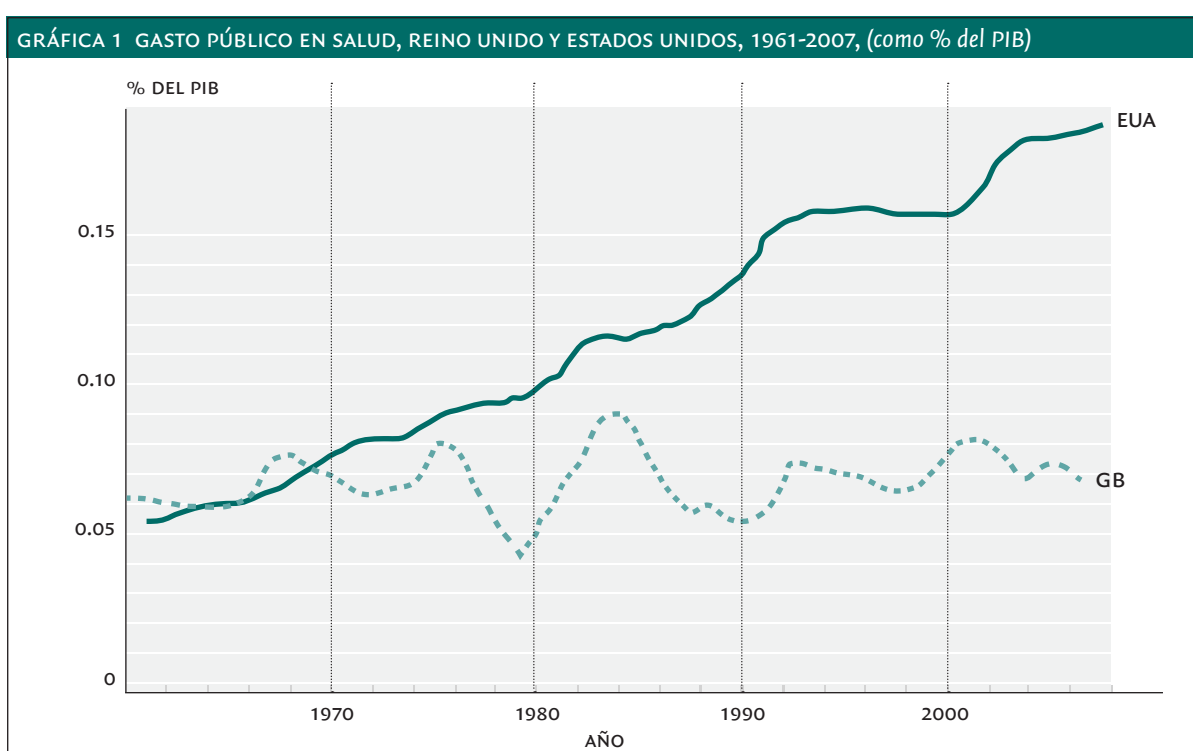
<sup>17</sup> Ver: Knaul, *op. cit.*

<sup>18</sup> Muñoz, *op. cit.* pág. 22, citando el discurso del General Manuel Ávila Camacho en su protesta como Presidente de México del 1º de diciembre de 1940, 2012.



sultó incompleta a la postre. En su momento no lo fue, puesto que en la década de los cuarenta, en un México que se empezaba a industrializar y que contaba con una gran fuerza laboral que recibía sus derechos sociales, se pensó que con el paso del tiempo toda la población alcanzaría los derechos de la seguridad social.

Al considerar la creciente preocupación respecto a lo que podría costarle al erario público un Sistema Nacional de Salud con acceso efectivo universal, se pueden tomar en consideración dos ejemplos comparativos actuales: la fundación del estado de bienestar universal británico,<sup>19</sup> por un lado, y el sistema de salud de los EUA, cimentado en el aseguramiento y la provisión privada de servicios médicos, por el otro. Habría que señalar que, a la postre, el sistema de salud norteamericano se convirtió en una carga onerosa para el erario público (ver gráfica 1). El inglés, por su parte, y a pesar de sus deficiencias, se ha mantenido dentro de los límites de lo razonable en términos de costo.



Fuente: IMCO, con datos de WolframAlpha, OMS, OCDE.

Estos dos sistemas de salud, salvadas diferencias entre sí y con México, muestran que la universalización del sistema no necesariamente implica cargas onerosas para el erario. Un sistema de salud universal, si se construye sobre una base de financiamiento coherente, provee mayor estabilidad para el Estado y los usuarios del sistema.

En vista de todo lo anterior, es que alcanzar la cobertura universal a través de un Sistema Nacional de Salud financieramente viable ocupa actualmente un lugar importante en la agenda nacional de salud. Se han elaborado diversas propuestas, en círculos tanto académicos como políticos, para romper con esta ineficiente e inequitativa segmentación del sistema de salud para alcanzar la cobertura universal efectiva en México. El CEEY, una asociación civil sin fines de lucro y apartidista, cuya misión es generar ideas

19 Ver: Brian Abel Smith, *International Social Security Review*, Vol. 45, issue 1-2, págs. 5-16 1992.

para enriquecer la discusión, el debate informado y el proceso de toma de decisiones, también caracterizó como estratégico el universalizar los servicios de salud como un componente esencial del Sistema de Protección Social que pretende impulsar.

Este documento sintetiza las líneas estratégicas comunes a las propuestas realizadas —ya mencionadas en el Prólogo de este documento— para transformar el Sistema de Salud mexicano en el inicio de una administración. Se trata de una propuesta de 20 especialistas convocados por el CEEY, a saber, médicos, salubristas y economistas con puntos de vista diversos y entre los que se encuentran los mismos autores de las tres propuestas mencionadas.

Este documento es el resultado de una primera discusión realizada en sendas reuniones celebradas en la sede de la Fundación ESRU en la Ciudad de México el 8 y 9 de noviembre de 2012. En las mismas, se comenzó por identificar puntos de vista comunes. La finalidad fue contar con una versión consensuada. El presente texto se ha revisado ya por todos los participantes en esas reuniones.

Este trabajo se divide en cuatro partes. En la primera, se diagnostican brevemente tanto la situación actual de la salud en México, como el desempeño institucional para enfrentarla. Identifica esta parte los principales logros de los últimos veinte años y los retos que deberá enfrentar en las próximas décadas. La segunda propone una visión y principios compartidos que permitan transformar el Sistema Nacional de Salud (SNS). Lo anterior para lograr la cobertura universal con acceso efectivo del mismo carácter. La tercera define los objetivos que debe perseguir el SNS. En la final, se exponen las líneas estratégicas para alcanzar la cobertura universal efectiva en el mediano y largo plazo.





## I RETOS PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL CON ACCESO EFECTIVO

Lograr la universalización de los servicios de salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad requiere superar los retos que plantean las condiciones actuales del sector salud en México tanto institucionales como sanitarias.

### I.1 SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA

Durante más de medio siglo, se han edificado instituciones sólidas para la atención de la salud. Sin embargo, la configuración segmentada del Sistema,<sup>20</sup> conformado por el IMSS,<sup>21</sup> el ISSSTE y la Secretaría de Salud, como las tres instituciones de mayor cobertura, ha sido uno de múltiples factores que ha impedido su operación integral eficiente, equitativa y de calidad. Su estado actual no está en condiciones de responder a las demandas de la población, ni de alcanzar el acceso efectivo de forma universal con la eficiencia, eficacia y calidad que se requiere.

Mantener segmentado el financiamiento dirigido a poblaciones diferentes, como sucede en el actual sistema mexicano, es ineficiente, pues duplica esfuerzos y aumenta los costos de administración y de los múltiples sistemas de información. La segmentación también impide alcanzar la equidad y una protección cabal de riesgos en el sistema. Garantizar el acceso efectivo a un conjunto de beneficios a toda la población mexicana requiere un esquema de aseguramiento bajo principios de universalidad y solidaridad. El primero de ellos implica que el sistema de salud deberá constituirse bajo la premisa de ciudadanía e inclusión social. Por el simple hecho de ser ciudadano de este país, se tiene el derecho a recibir atención a la salud, sin importar grupos ni condiciones sociales. El segundo requiere que se incluyan las contribuciones, tanto de ricos y pobres (por pequeñas que sean), de sanos y enfermos para diversificar los riesgos, así como de jóvenes y adultos mayores, para equilibrar la utilización de servicios.<sup>22</sup>

---

20 La segmentación del sistema de provisión de salud en México proviene del fraccionamiento del mercado laboral en el país. Zonszein lo plantea de manera sucinta pero elocuente: «La seguridad social en México está fragmentada; hay un sistema para los trabajadores que establecen relaciones obrero-patronal formales y otro sistema para el resto de la población». Zonszein, Seguro Popular, ¿Incentivo a la informalidad?, Tesis para obtener la licenciatura en economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2012, pág. 2. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/222110735\\_Seguro\\_Popular\\_incentivo\\_a\\_la\\_informalidad/file/8d1c84f7dda5c24daa.pdf](http://www.researchgate.net/publication/222110735_Seguro_Popular_incentivo_a_la_informalidad/file/8d1c84f7dda5c24daa.pdf)

21 La diferencia entre el costo y el precio de la seguridad social es un factor que afecta la decisión de las personas y las empresas a moverse a la informalidad económica. El economista Friedrich Schneider muestra en un análisis de 145 países que el elemento fundamental de las personas y las empresas en la decisión de participar en el sector informal de la economía es la carga fiscal y la seguridad social. Schneider apunta a que la mayoría de los Agentes Económicos Informales (AEI) en el mundo, realizan actividades que por sí mismas no son ilegales, pero que su bajo valor agregado, así como la dificultad y costo para pagar impuestos y contribuciones de seguridad social, los orillan a la informalidad. Por ello, una buena política pública instrumentada por muchos países miembros de la OCDE con tasas de informalidad bajas (menores a 16%) es disminuir y simplificar los procesos de pago de impuestos y contribuciones de seguridad social (IMCO, 2009), con datos de Schneider, «Shadow Economies of 145 Countries All Over the World: What do we Really Know?», Artículo presentado en la conferencia Hidden in Plain Sight: Micro-Economic Measurements of the Informal Economy: Challenges and Opportunities, Londres, Septiembre 4-6, 2006.

22 Vale la pena aclarar que el sistema de salud bajo la reforma de mayo de 2003 está cimentado bajo fuertes pilares

## 1.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Estos dos retos ejercen actualmente una presión muy importante en la demanda de servicios.<sup>23</sup> A pesar de que México tiene una pirámide poblacional relativamente robusta comparada con países como Japón o China, el envejecimiento debe motivar políticas públicas orientadas a una adecuada atención a una población que tiene un mayor promedio de edad. Muñoz Hernández hace una buena síntesis de los cambios en las causas de muerte de los mexicanos. La anterior nos da una idea de la transición epidemiológica que vivimos: las enfermedades transmisibles, maternas y de la nutrición se vuelven menos importantes que las no transmisibles o crónico-degenerativas, así como las lesiones y los accidentes. Sin embargo, la polarización del ingreso, hace que en México convivan los problemas epidemiológicos del mundo avanzado de manera simultánea con los del mundo en desarrollo.

El envejecimiento acelerado de la población representa a su vez un reto importante para la universalización de los servicios. Ello significa una creciente demanda de atención a la salud y los altos costos que implica atenderla. Para 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28% de la población.<sup>24</sup> Este fenómeno requerirá de un modelo de atención específico del sector salud para contender adecuadamente con las nuevas necesidades de esta población, tanto en servicios asistenciales y residenciales, como en la alta prevalencia de discapacidad propia de los grupos poblacionales de edad más avanzada.

Aunque en términos relativos, la pirámide demográfica mexicana se ve mejor que la de otros países, en los dinámicos, el fenómeno preocupa para la continuidad de los sistemas contributivos, construidos bajo la premisa de un número estable de trabajadores jóvenes que financiaría los servicios médicos del resto de la población. Si bien el problema pensionario futuro no será grave debido a la individualización de cuentas en las AFORES y a la transición de un sistema de beneficios definidos a uno de contribución definida para el caso de los derechohabientes a la seguridad social, sí aumentará la presión por financiar pensiones no contributivas para la población sin seguridad social y el financiamiento de las pensiones del personal de las instituciones públicas con regímenes particulares, como las del IMSS y PEMEX.<sup>25</sup>

---

de solidaridad. La forma en que se financian el IMSS, el ISSSTE y el SPS están diseñados bajo la misma lógica tripartita y con condiciones de subsidiariedad que hacen equiparables las cuotas en cada uno de los subsistemas. Sin embargo, no existen o son muy débiles los sistemas de supervisión y monitoreo para garantizar que se cumpla esto que la ley señala.

23 FUNSALUD, *op. cit.*

24 La demanda por servicios de salud se prevé crezca por cuatro principales causas: 1. el crecimiento poblacional; 2. el cambio en la estructura poblacional, básicamente el envejecimiento de la población, que ya se mencionó en este apartado; 3. la transición epidemiológica o cambio en la morbilidad de la población; y 4. la incorporación y/o afiliación de la población abierta a los sistemas de aseguramiento, específicamente el Seguro Popular.

25 En el caso del seguro médico del IMSS, ISSSTE e ISSFAM siguen siendo los trabajadores activos y formales quienes financian los servicios del resto, pero también de los pensionados y jubilados.



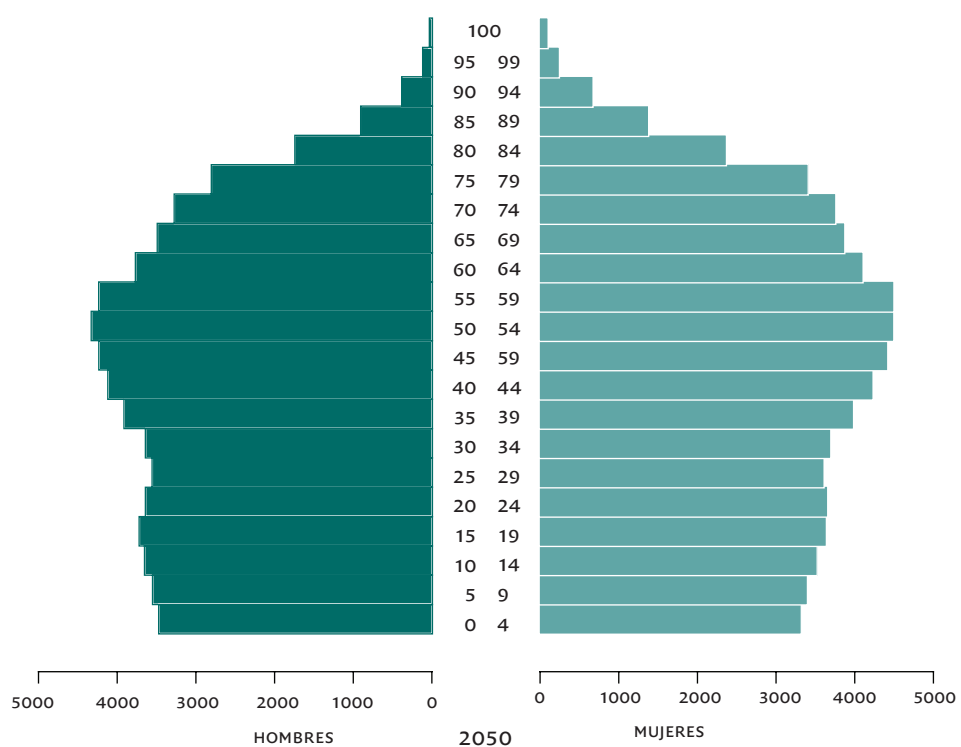
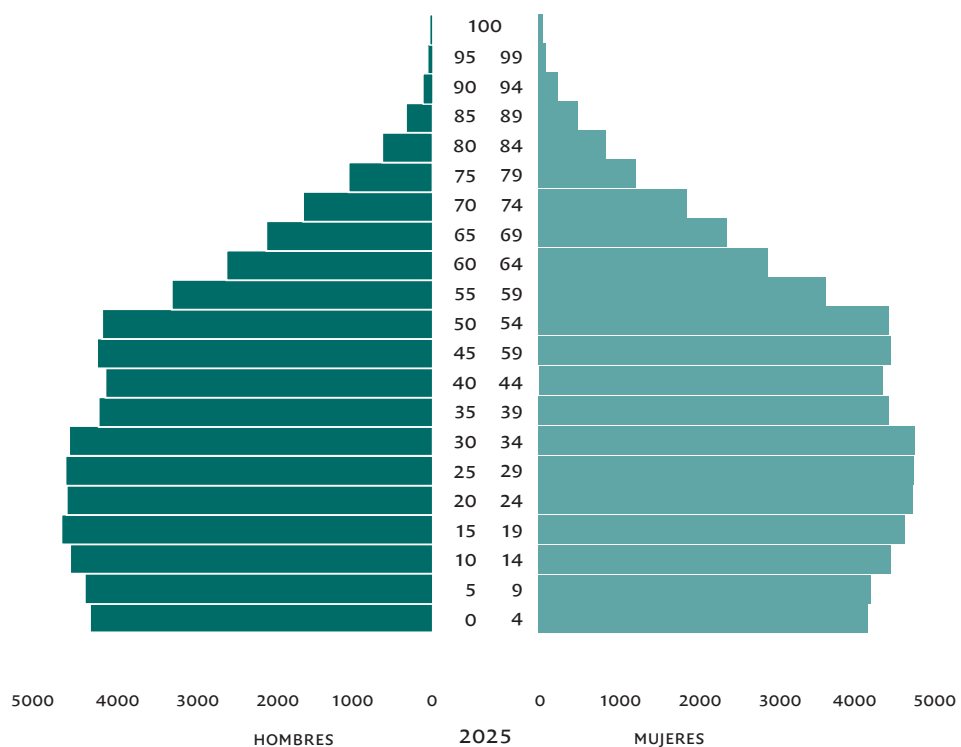
CUADRO 4A PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, DGIS

PRINCIPALES CAUSAS	GRUPO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades del corazón	I00-I51 (EXCEPTO I46 PARO CARDIACO SÓLO PARA MORTALIDAD)	70,510	74,325	77,644	77,445	81,242	81,252	87,185	92,679	97,174	105,144	105,710
Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	45,718	48,573	50,987	50,675	53,416	53,823	56,027	59,801	63,332	70,888	71,072
Diabetes mellitus	E10-E14	49,954	54,925	59,192	62,243	67,159	68,421	70,517	75,637	77,699	82,9644	80,788
Tumores malignos	C00-C97	56,201	58,599	60,046	61,248	63,128	63,888	65,112	67,048	68,454	70,240	71,350
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (1.-9), V09.2-V09.3, V09.0, V12-V14 (3.-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3.-9), V29-V79 (4.-9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0.-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	14,012	14,625	14,911	15,024	15,972	16,767	15,344	17,058	17,816	16,552	16,612
Enfermedad alcohólica del hígado	K70	13,598	13,663	13,560	13,816	13,812	13,184	13,266	13,361	12,836	12,003	12,162
Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	25,731	26,583	26,892	27,002	27,398	27,376	29,277	30,246	30,943	32,306	31,235
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	18,202	18,582	17,083	16,506	16,450	15,389	15,004	14,768	14,768	14,377	14,825
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	11,086	12,016	13,123	13,989	15,465	14,719	15,430	16,540	17,727	19,468	18,487
Agresiones (homicidios)	X85-Y09	10,285	10,088	10,087	9,329	9,921	10,452	8,867	14,006	19,803	25,757	27,213
Neumonía e influenza	J09-J18	11,390	11,706	11,958	12,349	13,134	13,402	12,927	13,456	17,112	15,620	15,034
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P21-P23, P27-P29	9,251	9,459	8,796	8,365	8,006	7,321	7,469	7,005	6,924	6,869	6,623
Insuficiencia renal	N17-N19	9,298	8,905	9,353	9,691	10,250	10,580	10,466	11,202	11,764	11,950	11,920
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	9,178	9,162	8,881	9,058	9,255	9,327	8,836	8,946	9,072	9,175	9,527
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	8,655	8,918	9,089	8,368	8,480	7,994	8,765	8,354	8,357	8,699	7,977
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	J41-J43, J45-J46	6,942	6,950	7,169	6,747	6,713	6,165	5,893	5,678	5,567	5,904	5,481
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	820-824	4,324	4,479	4,615	4,723	4,654	4,949	5,099	5,189	5,121	4,860	4,043
Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	4,902	4,687	4,570	4,181	4,266	3,941	3,739	3,574	3,325	3,202	3,379
Lesiones autoinfecciosas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	3,811	3,871	4,104	4,117	4,314	4,277	4,394	4,681	5,190	5,012	5,718
Septicemia	A40-A41	3,366	3,580	3,728	3,640	3,745	3,799	4,309	4,393	3,685	4,034	3,978
Anemias	D50-D64	3,311	3,279	3,473	3,570	3,656	3,375	3,410	3,591	3,634	3,762	3,455
Síndrome de dependencia del alcohol	F10.2	3,098	3,031	2,973	2,626	2,558	2,522	2,629	2,496	2,488	2,521	2,422
Úlceras gástrica y duodenal	K25-K27	2,684	2,752	2,780	2,749	2,823	2,760	2,577	2,604	2,593	2,500	2,487
Mal definidas		9,311	9,444	9,976	9,463	9,509	9,466	10,578	10,529	11,995	12,789	11,297
Las demás		84,027	86,058	88,137	87,168	93,330	93,145	103,327	106,489	110,666	116,310	117,970
Total general		443,127	459,687	472,140	473,417	495,240	494,471	514,420	539,530	564,673	592,018	590,693

CUADRO 4B CAUSAS DE MUERTE, COMO PORCENTAJE DEL TOTAL, Y TASA PROMEDIO ANUAL DE CRECIMIENTO 2001-2011 O PERIODO DISPONIBLE (por orden de la tasa de crecimiento anual promedio)		
DESCRIPCIÓN	COMO % DEL TOTAL (2011)	TASA PROMEDIO DE CRECIMIENTO 2001-2011 O PERÍODO DISPONIBLE
AGRESIONES (A)	4.60%	18.10%
ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	3.10%	4.80%
DIABETES MELLITUS	13.70%	4.50%
ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	12.00%	4.10%
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	17.90%	3.70%
LAS DEMÁS CAUSAS (B)	ND	2.90%
LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (B)	ND	2.60%
INFLUENZA Y NEUMONÍA	2.50%	2.60%
INSUFICIENCIA RENAL	2.00%	2.30%
TUMORES MALIGNOS	12.10%	2.20%
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	5.30%	1.80%
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1.90%	1.80%
ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	2.80%	1.60%
SEPTICEMIA	0.70%	1.50%
ENFERMEDADES POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	0.90%	1.40%
ANEMIAS	0.60%	0.40%
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMACIONES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	1.60%	0.30%
DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	1.40%	-0.70%
ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO	2.10%	-1.00%
ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENAL (D)	0.40%	-1.20%
CIERTAS AFECTACIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	2.50%	-1.80%
SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (C)	ND	-2.00%
BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	0.90%	-2.10%
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO Y OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	1.10%	-3.00%
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	0.6%	-3.3%

Fuente: Elaboración propia, con datos del INEGI, estadísticas de mortalidad.

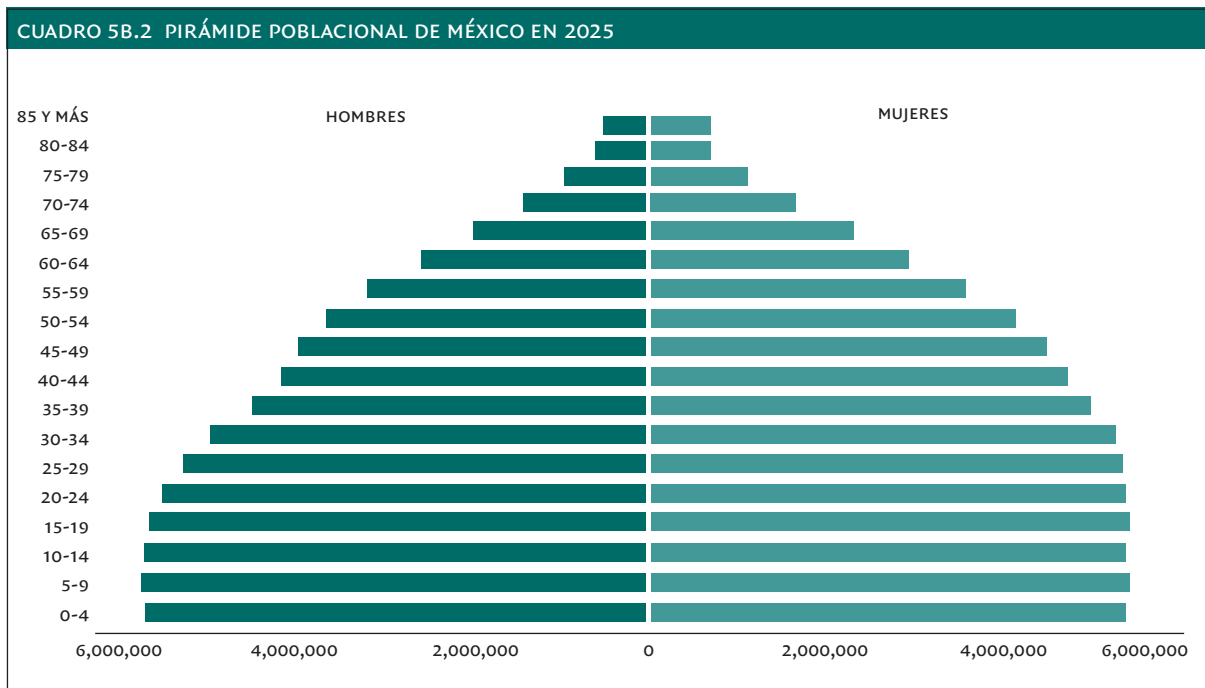
CUADRO 5A PIRÁMIDE POBLACIONAL DE MÉXICO EN 2025 Y 2050 (miles de personas)



Fuente: WolframAlpha.

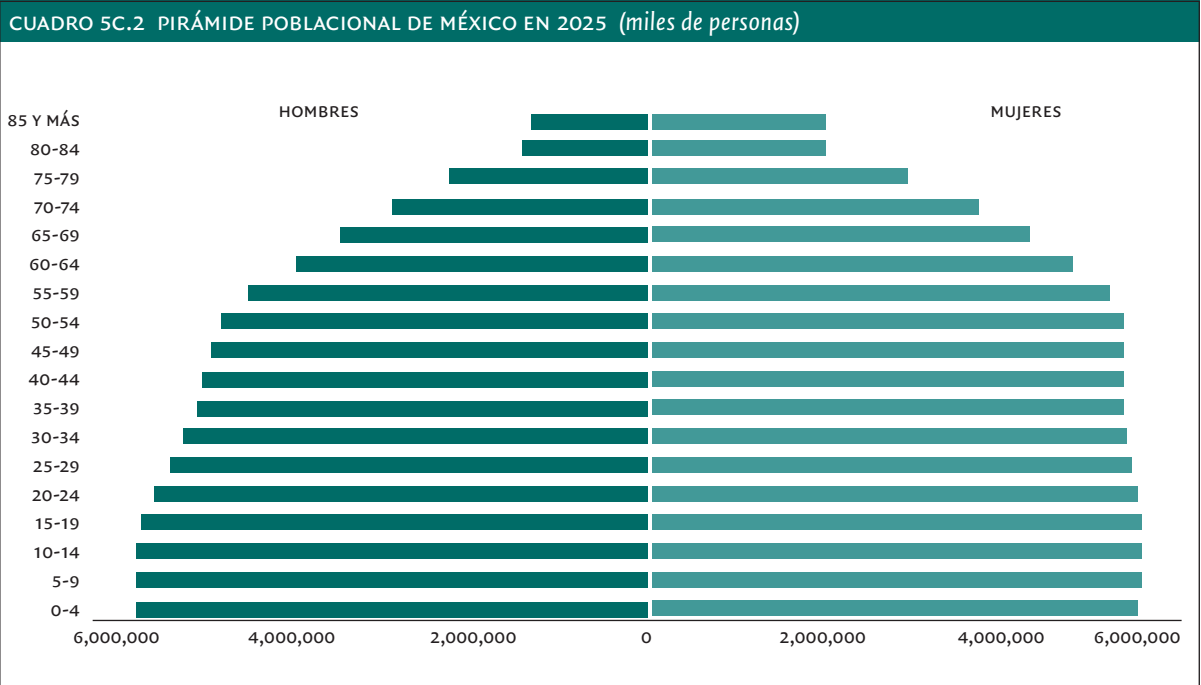


GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD <sup>1</sup>	SEXO		POBLACIÓN TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
TOTAL	64,440,867	68,143,184	132,584,051
00-04	5,587,547	5,333,931	10,921,478
05-09	5,601,303	5,345,420	10,946,723
10-14	5,580,792	5,331,855	10,912,647
15-19	5,530,387	5,346,913	10,877,300
20-24	5,352,862	5,310,086	10,662,948
25-29	5,152,492	5,287,957	10,440,449
30-34	4,843,218	5,194,772	10,037,990
35-39	4,392,635	4,898,958	9,291,593
40-44	4,064,137	4,652,713	8,716,850
45-49	3,857,645	4,450,133	8,307,778
50-54	3,568,139	4,088,675	7,656,814
55-59	3,097,686	3,539,846	6,637,532
60-64	2,501,895	2,887,074	5,388,969
65-69	1,941,690	2,273,873	4,215,563
70-74	1,398,895	1,663,358	3,062,253
75-79	917,610	1,124,465	2,042,075
80-84	558,178	716,317	1,274,495
85 Y MÁS	493,756	696,838	1,190,594



Fuente: Proyecciones de Población de México, 2010-2050. CONAPO

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD"	SEXO		POBLACIÓN TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
TOTAL	72,888,371	77,949,142	150,837,513
00-04	5,308,856	5,065,014	10,373,870
05-09	5,335,578	5,087,623	10,423,201
10-14	5,338,809	5,098,700	10,437,509
15-19	5,267,615	5,081,694	10,349,309
20-24	5,125,515	5,042,784	10,168,299
25-29	4,966,148	5,000,087	9,966,235
30-34	4,819,685	4,954,285	9,773,970
35-39	4,702,548	4,914,562	9,617,110
40-44	4,637,036	4,924,410	9,561,446
45-49	4,550,344	4,922,666	9,473,010
50-54	4,434,789	4,908,796	9,343,585
55-59	4,156,789	4,765,985	8,922,774
60-64	3,680,077	4,384,280	8,064,357
65-69	3,195,043	3,948,420	7,143,463
70-74	2,695,262	3,432,044	6,127,306
75-79	2,070,005	2,706,565	4,776,570
80-84	1,367,838	1,857,370	3,225,208
85 Y MÁS	1,236,434	1,853,857	3,090,291



Fuente: Proyecciones de Población de México, 2010-2050. CONAPO

### 1.3 ACCESO Y COBERTURA EFECTIVOS EN LAS ZONAS MÁS MARGINADAS Y GRUPOS MÁS VULNERABLES, ASÍ COMO A LA POBLACIÓN EN GENERAL

Atender a la población cuando ésta lo requiera plantea un reto importante, particularmente donde existe rezago histórico en infraestructura y recursos humanos. Según el Censo 2010, más de la mitad de las localidades del país —cerca de 110 mil— tienen menos de 20 habitantes. Otras 36.2 mil localidades tienen entre 20 y 99. Se trata de lugares habitados por más de 8 millones de personas quienes no se encuentran cerca de una localidad urbana y están a más de 2.5 km de una carretera. Dichas localidades representan el mayor reto para lograr un acceso efectivo a los servicios de salud.<sup>26</sup> Para algunos, los costos de transporte y alojamiento pueden ser muy altos. Para otros, las barreras culturales impiden que las mujeres acudan solas a los servicios de salud, o que se reciba algún tipo de atención médica como determinadas pruebas de detección temprana del cáncer cérvico-uterino o de mama.

Las barreras geográficas y culturales no son las únicas que obstaculizan la cobertura efectiva. La universalidad puede alcanzarse sólo cuando los gobiernos cubren los costos de salud de las personas que no tienen capacidad contributiva; es decir, cuando operan mecanismos de equidad horizontal y vertical. La población que vive todavía en condiciones de pobreza extrema constituye casi el 20% de la población total.<sup>27</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muy pocos países —salvo por algunas notables excepciones— pueden subsidiar a la población más pobre con menos del 5% PIB en recursos públicos para la salud, sea éste de impuestos generales o contribuciones basadas en los salarios.<sup>28</sup>

Aun cuando las poblaciones dispersas son el mayor reto, la cobertura de servicios con personal, insumos y calidad es todavía deficiente en muchas regiones, tanto urbanas como rurales. Muestra de ello, es el alto gasto per cápita en salud de la población de todos los deciles de ingreso, de la afiliada a la seguridad social como al Seguro Popular, y de la no afiliada ni a la seguridad social ni a un sistema de protección.

### 1.4 FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN

Privilegiar la prevención es estratégico para evitar enfermedades y causas de muertes evitables, así como para aumentar la viabilidad financiera del Sistema de Salud en México.<sup>29</sup> La prevención de las enfermedades y la promoción de la salud son fundamentales.

Para ello, los esfuerzos de política pública deberán enfocarse en los sistemas de detección, tamizaje y evaluación de riesgos para cada individuo, así como en los sistemas y procesos para empoderar a las personas en el cuidado y manejo de su salud. Un país que

<sup>26</sup> Muñoz, *op. cit.*

<sup>27</sup> CONEVAL, *Informe de la evaluación de la política de desarrollo social en México*, CONEVAL, México, 2012

<sup>28</sup> OMS, *Informe sobre la salud en el mundo, 2010* en [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf).

<sup>29</sup> Francisco Franco-Marina, R. Lozano, et al., *La mortalidad en México, 2000-2004, Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*, México, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2006; y Knaul, et al., «Investing in Cancer Care and Control», en Knaul, Gralow, et al. (Eds.) *Closing the Cancer Divide: An Equity Imperative*, Cambridge, MA, Harvard Global Equity Initiative, 2012.

no cuida su salud no puede ser un país de ciudadanos sanos. Si no se realizan mayores esfuerzos en materia de prevención en los años siguientes, nuestro Sistema de Salud estará condenado a incumplir con la demanda de atención ante la constante restricción de recursos públicos y privados. Sin prevención y empoderamiento ciudadano para el autocuidado, no habrá recursos públicos que alcancen para atender a la población cuando ésta enferme, particularmente en el caso de trastornos crónico-degenerativos, como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial.

La prevención debe ser un esfuerzo sistémico. Corresponde al sector salud la rectoría del sistema, pero el país requiere una armonización de políticas entre todos los sectores involucrados a favor de la salud. Por ejemplo, deben alinearse las políticas en materia tributaria para gravar el consumo de productos nocivos a la salud como el tabaco y alcohol, además de eliminar los subsidios fiscales implícitos —tasa cero— a medicamentos que benefician en mayor proporción a la población de ingresos más altos y en menor medida a los grupos de ingreso más bajos e incentivan su consumo sin prescripción. Por otro lado, se requiere de una política económica sanitaria para tratar la comida chatarra y los alimentos altos en azúcares, así como la política educativa en materia de promoción deportiva y enseñanza nutricional y de salud.

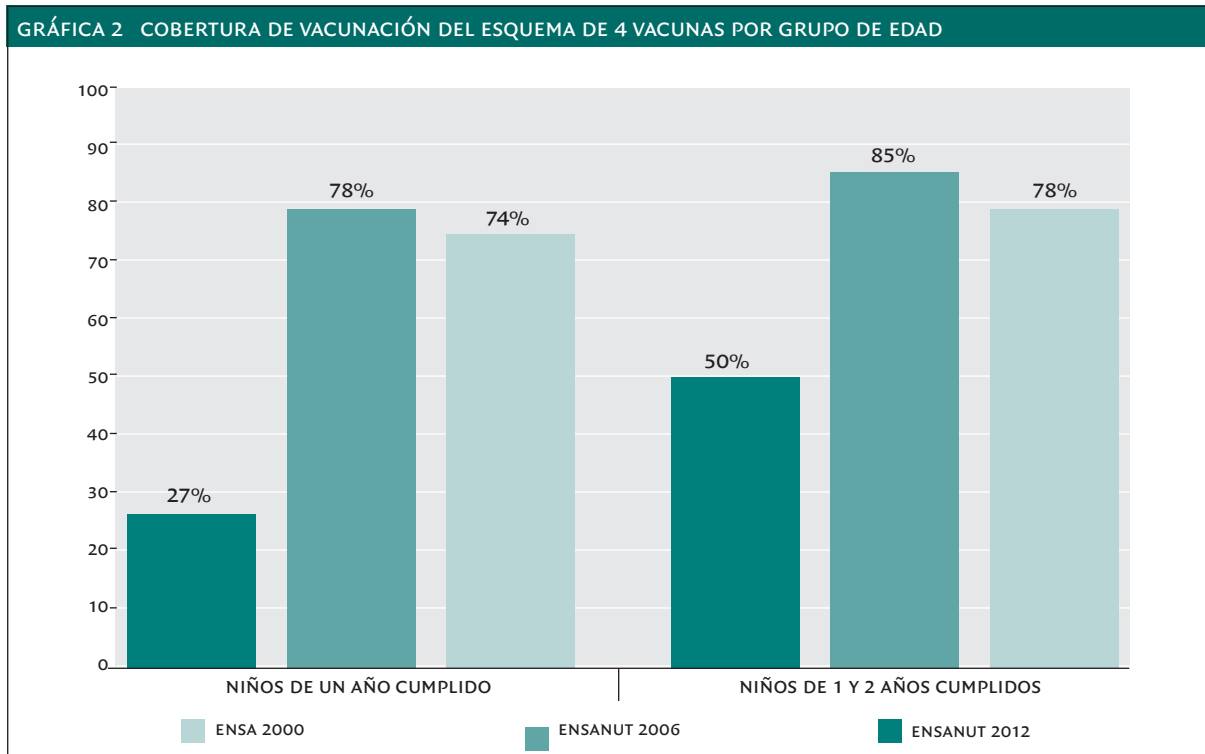
Ante la necesidad de satisfacer la demanda por padecimientos agudos o que requieren atención inmediata, se corre el riesgo de descuidar el componente preventivo de la atención. La inversión en la atención preventiva genera la mayor tasa de retorno que ningún tratamiento costo-efectivo puede generar.<sup>30</sup>

El Sistema de Salud que se construya debe asegurar que se destinen recursos financieros y se apliquen adecuada y eficientemente para las acciones de prevención. La disminución en la cobertura de vacunación, como lo muestra la Gráfica 2, alerta sobre este reto. Según la ENSANUT 2012, la cobertura de vacunación en los últimos 6 años disminuyó de 84.7 a 77.9%, tanto en los niños de 1 año como en los de dos. Ya que los recursos de vacunación están presupuestados al 100% y que, de hecho, ha crecido el número de vacunas, esta cifra hace suponer que la cobertura presenta problemas de operación y supervisión que han de atenderse a la brevedad. Se debe asegurar, entonces, que los recursos se asignen a acciones preventivas estratégicas y costo-efectivas de forma eficaz y eficiente con un buen monitoreo y evaluación, como la vacunación infantil.<sup>31</sup>

---

30 *Idem*

31 Se debe señalar que si bien la cobertura de vacunación está considerada en el Catálogo de Universalidad de Servicios de Salud, CAUSES, del Seguro Popular de Salud, estas intervenciones no se benefician y por lo tanto no se financian por el Fondo de Servicios de Salud a la Persona. Como la vacunación es un bien público en salud y no tanto un bien individual, su financiamiento se hace a través del Fondo de Servicios de Salud a la Comunidad, que incluye a toda la población, no sólo a la del Seguro Popular. Si bien la reforma de 2003 a la Ley General de Salud logró un gran avance con la separación entre dichos fondos, hizo falta garantizar en la misma ley los recursos para cubrir los servicios en el Fondo de Servicios de Salud a la Comunidad, el cual se descuidó a través de los años y a partir de su creación en 2004.



Fuente: ENSANUT 2012.

### 1.5 DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La descentralización como estrategia para mejorar la provisión de servicios públicos sigue siendo un reto importante para el Sistema Nacional de Salud en México.<sup>32</sup> Su implementación se ha promovido bajo el argumento de que las autoridades estatales conocen mejor que el Gobierno Federal las necesidades y preferencias de los ciudadanos.<sup>33</sup> Sin embargo, estas características de gobernanza no son suficientes para lograr que, efectivamente, se mejore la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios.<sup>34</sup> La mayor autonomía de gestión en el ámbito estatal debe realizarse en función de la capacidad administrativa y organizacional de los gobiernos estatales.

<sup>32</sup> Se define como el proceso político-jurídico a través del cual se transfieren facultades, funciones, programas y recursos a los gobiernos estatales con autonomía técnica y orgánica, reservándose el «control de tutela» y consecuentemente, rompiéndose la línea jerárquica entre el que descentraliza y el que recibe las facultades.

<sup>33</sup> Gustavo Merino, Descentralización del sistema de salud en el contexto del Federalismo en *Caleidoscopio de salud*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 2003.

<sup>34</sup> Gobernanza se refiere a cómo los gobiernos y otras organizaciones sociales interactúan, cómo se relacionan con los ciudadanos y la sociedad, en general, y cómo se toman decisiones (Graham, et al., *Principles of Good Governance in the 21st Century*, Ottawa, Institute on Governance, 2003). En el ámbito de la salud, el término se refiere a las acciones y los instrumentos que el Estado y la sociedad adoptan para organizarse en la promoción y protección de la salud de su población (Dodgson, et al., *Global Health Governance: A Conceptual Review*, Ginebra, World Health Organization, 2002). Gobernanza se refiere a cómo los gobiernos y otras organizaciones sociales interactúan, cómo se relacionan con los ciudadanos y la sociedad, en general, y cómo se toman decisiones (Graham, et al., *Principles of Good Governance in the 21st Century*, Ottawa, Institute on Governance, 2003). En el ámbito de la salud, el término se refiere a las acciones y los instrumentos que el Estado y la sociedad adoptan para organizarse en la promoción y protección de la salud de su población (Dodgson, et al., *Global Health Governance: A Conceptual Review*, Ginebra, World Health Organization, 2002).

El reto será articular bajo esquemas de colaboración horizontal un Sistema Nacional de Salud, encabezado por la correspondiente Secretaría, que dicte estándares sobre la prestación de los servicios en un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes niveles de gobierno. La rectoría federal deberá ejercerse con un enfoque cooperativo, que combine mecanismos de regulación y persuasión, diseñe políticas flexibles e impulse la participación social.<sup>35</sup>

Finalmente, la rectoría no puede hacerse efectiva en un contexto de descentralización como éste, si no existe un sistema de información nacional. Éste permitiría llevar a cabo un seguimiento y control operativo y financiero del Sistema Nacional de Salud tanto en el ámbito federal como estatal.



---

35 I. Kickbusch, D. Gleicher, *Governance for Health in the 21st Century*, Copenhagen, World Health Organization, 2012, sugieren aplicar estos atributos «inteligentes» de la gobernanza para la salud.



## II. VALORES, PRINCIPIOS Y VISIÓN

### II.1 VALORES Y PRINCIPIOS

El Sistema Nacional de Salud que se propone construir debe sustentarse en determinados valores y principios que guíen su diseño e implementación. Estos fundamentos éticos retoman los valores de equidad y libertad, planteados por el modelo conceptual de atención a la salud de Muñoz *et al.*,<sup>36</sup> y basado en la propuesta de universalización de los servicios de salud recomendada por la OMS.

De acuerdo con este modelo, los dos valores fundamentales que mantienen el equilibrio entre la vida colectiva y el ejercicio de la individualidad son la equidad y la libertad. A partir de la equidad se desprende el principio de justicia, y a partir de la libertad el principio de autonomía del individuo. La combinación de estos principios permitiría alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Los tres elementos centrales propuestos son:

1. Universalidad con acceso efectivo del derecho a la salud; es decir, atención para todos los mexicanos de forma equitativa.
2. Atención primaria para resolver efectivamente la mayoría de las necesidades y demandas. Se debe extender la atención individual al ámbito de la salud pública a través de la promoción, la prevención y la participación comunitaria.
3. Atención centrada en el individuo. Requiere un sistema que cubra de manera universal y solidaria las necesidades generales que enfrentan en algún momento y de manera particular, todos los miembros de la sociedad.

### II.2 VISIÓN

Una vez definidos los valores y principios, se traza la visión del Sistema de Salud que propone construir:

*Un Sistema Nacional de Salud a través de una rectoría efectiva, un financiamiento solidario y una prestación plural de servicios —incorporando prestadores privados certificados para complementar la oferta pública— con el fin de ofrecer una cobertura universal con acceso efectivo, integral, incluyente, equitativa, viable, efectiva y de calidad sustentada en un modelo de atención primaria de la salud preventivo y resolutivo.*

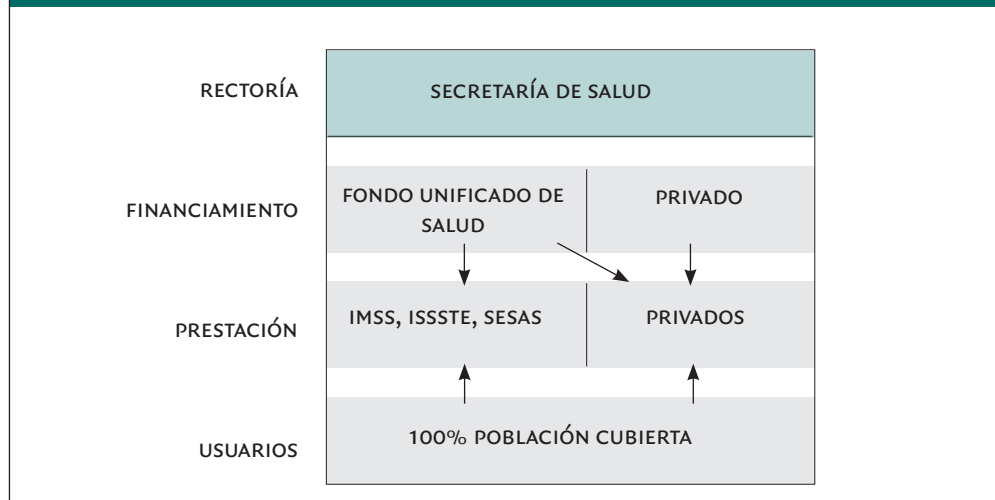
Para cumplir con la visión trazada, se requiere alcanzar todos los ajustes legales en la Constitución, en la Ley general de salud y reglamentos complementarios. Asimismo, el Sistema Nacional de Salud tendrá que cubrir a toda la población mediante la unificación del financiamiento en un Fondo Nacional, y la integración funcional de los proveedores de servicios. La integración funcional, a su vez, requiere la portabilidad —si bien ésta podrá implementarse y alcanzarse a mediano plazo— para que el individuo pueda eventualmente recibir atención a la salud donde la requiera, y la convergencia para que todas las instituciones ofrezcan los mismos beneficios en salud.

---

<sup>36</sup> Muñoz, *op. cit.*



FIGURA 1 DISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Objetivos instrumentales del Sistema Nacional de Salud:<sup>37</sup>

- Asegurar el acceso efectivo.
- Reducir las inequidades en salud.<sup>38</sup>
- Mejorar la calidad de la atención.
- Mejorar la eficiencia.
- Proteger a la población contra los riesgos a la salud.
- Financiar de manera justa el Sistema de Salud.

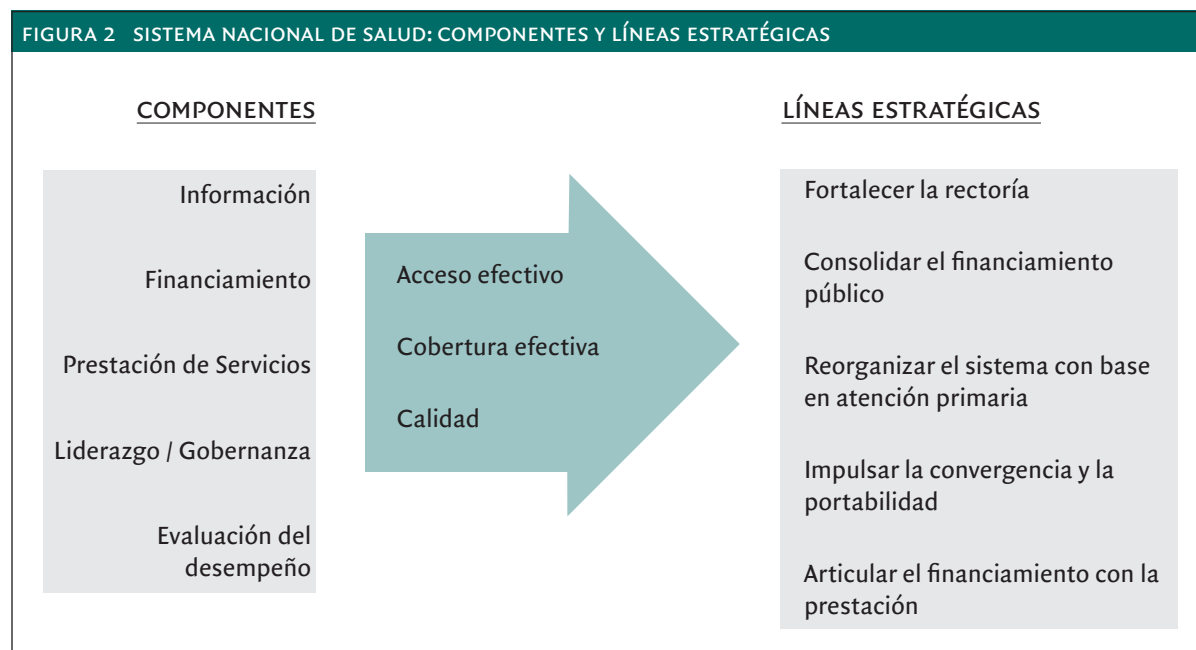
⊙

<sup>37</sup> De acuerdo con la OMS, en su Informe sobre la Salud Mundial de 2000, los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son: mejorar las condiciones de salud de la población; proteger a la población contra riesgos financieros y empobrecimiento debido al financiamiento del sistema; atender las demandas legítimas de la población.

<sup>38</sup> Inequidades en salud se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas entre individuos o grupos, susceptibles a ser atendidas o reducidas a través de programas o políticas públicas (starfield, «The Hidden Equity in Health Care» en <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>, 2011).

### III. COMPONENTES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA CONSTRUIR EL SNS

Transformar el Sistema Nacional de Salud con un enfoque sistémico implica reconocer que cada uno de sus componentes tiene un efecto en todo el sistema y éste lo tiene en cada uno de esos componentes. El Sistema Nacional de Salud que se propone se conforma por cinco componentes similares a los propuestos por la Organización Mundial de la Salud.<sup>39</sup> Las modificaciones son menores y se asocian con cinco líneas estratégicas como lo muestra la Figura 2.



Fuente: Adaptado de la OMS 2007.

Una nueva arquitectura del Sistema de Salud no puede concebirse si no se toma en cuenta el cómo se relacionan los diferentes componentes del sistema una vez que se introduzcan los cambios estructurales propuestos. Por ejemplo, no se puede fortalecer la rectoría sin información completa, oportuna, confiable y útil para monitorear, controlar y evaluar cómo se implementan los cambios sugeridos. Actualmente no existen ni los indicadores públicos de seguimiento y monitoreo ni los lineamientos para interoperabilidad del intercambio de información. Ésta, al generarse, debe ser útil tanto para los prestadores de servicios como para los administradores y los tomadores de decisiones. Asimismo, debe producir mayor transparencia sobre el sector. De esta forma, estamos frente a un círculo virtuoso desde que se genera la información hasta que se procesa y se emplea.

Para que se cierre este círculo tiene que existir un federalismo cooperativo en los diferentes órdenes de gobierno. Lo dicho, para que se ejerza una rectoría efectiva, al respetar la autonomía y al impulsar la capacidad de gestión de las entidades federativas.

⊙

39 WHO, 2007 en [http://www.who.int/whr/2007/whro7\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2007/whro7_en.pdf)



## IV. LÍNEAS SISTÉMICAS: UNA AGENDA DE ACCIÓN COMPARTIDA

Las líneas de acción son sistémicas. Implican cambios estructurales en la configuración institucional de cómo se atiende la salud, se interrelacionan. Su adecuado funcionamiento depende de los componentes principales que integran el Sistema de Salud. Estas ideas esbozan solamente una nueva arquitectura del sistema, sin proponer líneas de acción específicas de implementación. Si bien en apartados subsecuentes se esbozan las distintas opciones, rutas y mecanismos alternativos que se pudieran seguir, profundizar en estos importantes aspectos rebasa los propósitos de este documento e impediría converger en los denominadores comunes de las propuestas aquí integradas. En suma, representan los puntos de acuerdo entre diversas visiones para empezar a construir, en un nivel estratégico, un auténtico Sistema Nacional de Salud que rompa con la actual segmentación y coloque los cimientos para los arreglos institucionales que permitan alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo.

### IV.1 FORTALECER LA RECTORÍA

Con la separación de funciones, la Secretaría de Salud se encargaría exclusivamente de ejercer la rectoría del sector,<sup>40</sup> de acuerdo con la Ley General de Salud. Una sola instancia rectora es indispensable para proponer y conducir el rumbo que debe tomar el Sistema. Primero, la Secretaría, al contar con la colaboración de las Instituciones de salud del país, debe diseñar el nuevo sistema propuesto:<sup>41</sup> por un lado, integrar funcionalmente el financiamiento con el Fondo Unificado de Salud con destino específico y basado en impuestos generales. Por otro, la prestación pública de servicios del IMSS, ISSSTE y los Servicios Estatales de Salud a través de la convergencia y la portabilidad a alcanzar en un mediano plazo. Así quedarían separadas las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

Esta última tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población, tanto en el nivel colectivo como individual, al tomar en consideración las expectativas y necesidades de la población, con la mayor calidad y eficiencia. Será necesario, por lo tanto, atender la estructura organizacional, así como los procesos clínicos y de la gerencia. El referente a tomar deben ser los resultados en salud alcanzados en términos de morbilidad, mortalidad, calidad de vida, satisfacción y el impacto financiero sobre las familias. La necesidad de contar con información válida y confiable que permita tomar decisiones adaptables al entorno cambiante, requerirá, por otra parte, el fortalecimiento de la investigación científica del país en materia de salud.

Después de haber diseñado la «arquitectura» del Sistema, se debe construir uno integral de información para conducir, vigilar, controlar y evaluar su desempeño con una

---

<sup>40</sup> Se usa aquí el término rectoría y no gobernanza, uno de los componentes elementales de los sistemas de salud según el marco de acción de la OMS planteado, porque rectoría es un concepto que está ya arraigado en el sector. Éste significa la planeación, la formulación de políticas, la definición de prioridades, la coordinación con otros sectores y actores, la regulación, la supervisión y la evaluación.

<sup>41</sup> La arquitectura financiera deberá diseñarla junto con la Secretaría de Hacienda.

base de datos única, confiable, oportuna y de calidad. Esto implica desarrollar una plataforma integral y dinámica que permita consultar e interconectar las bases de datos de los usuarios de todas las instituciones de salud en un sistema de consulta recíproca, con condiciones de privacidad, interoperabilidad y, eventualmente, portabilidad; así como con atributos técnicos de confiabilidad, disponibilidad, facilidad de servicio y de uso. También requiere un identificador único por usuario tipo CURP para poder asegurar un registro nominal de los perfiles socioeconómicos, demográficos. La información contenida en un expediente electrónico portable debe incluir las historias clínicas de cada usuario, los registros de eventos médicos, y la información pertinente de cada paciente.<sup>42</sup>

Tercero, debe construir el andamiaje jurídico que soporte la integración funcional del Sistema Nacional de Salud. La Secretaría debe contar con marcos normativos estratégicos que le permitan definir las reglas de operación para regular el acceso efectivo y la prestación de los servicios.

Al día de hoy, el marco legal de las instituciones públicas carece de los elementos que faciliten la portabilidad y la convergencia. No existe un mecanismo legal que permita a la población recibir atención a la salud donde la requiera; uno en donde las instituciones ofrezcan los mismos beneficios en materia de salud. Tampoco existe un mecanismo legal que obligue a las instituciones públicas a referir a sus pacientes a proveedores fuera de la institución cuando no tengan capacidad para atenderlos con calidad. Asimismo, no se cuenta con un horizonte de beneficios en salud basado en los recursos disponibles, que permita explicitar a la población los servicios que se ofrezcan, ni que contenga el valor agregado derivado (en cuanto a prestación de servicios y acceso efectivo) del nuevo sistema. Este horizonte no podrá ser inferior al que actualmente ofrecen las Instituciones de Seguridad Social. Se requiere también definir normas claras y específicas, principalmente para ligar el presupuesto a indicadores de desempeño y para la rendición de cuentas. Finalmente, debe considerarse toda la normatividad que respalde la arquitectura financiera y presupuestal de lo que se expone.

Una rectoría eficaz también requiere evaluar el desempeño del sistema en su conjunto. Sólo con datos confiables, completos y transparentes es posible medir la situación actual y el avance e impacto de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población. Aunque cada institución realiza sus propias evaluaciones de desempeño, éstas se enfocan principalmente en programas específicos y no en el individuo. La evaluación de los procesos de salud y sus respectivos impactos en ésta es todavía un proceso incipiente. Mejor monitoreo y evaluaciones contribuirían a definir e implementar políticas más robustas. Las asimetrías resaltan la importancia de la información y evaluación para equilibrar y articular el desempeño del sistema. Así y para evaluar el desempeño del sistema, se deberían medir —por lo menos en el corto y mediano plazos— el acceso efectivo, la calidad (efectividad técnica, seguridad y atención centrada en el paciente) y la eficiencia. En el largo plazo, deberán medirse estas dimensiones de desempeño y su interacción con las condiciones de salud de la población. Asimismo, como parte del resultado, deberán establecerse parámetros que aumenten con el paso del tiempo.

---

42 Este número de cada persona debe ser el mismo que se utilice para otros efectos, como los beneficios a la pensión universal, el Registro Federal de Contribuyentes, el IFE, etcétera. Se debe unificar la identificación del individuo para ejercer los derechos y cumplir las obligaciones ciudadanas, y acceder a todos los servicios y beneficios que otorga el Estado.

Finalmente, debido a que son numerosas las políticas públicas que inciden en la salud y, particularmente, en las inequidades, la decisión del sector se ve rebasado. Por lo anterior, la Secretaría de Salud debe asumir el liderazgo para impulsar una estrategia intersectorial que permita intervenir en los determinantes sociales de la salud.<sup>43</sup> La Secretaría debe mostrar su eficacia mediante buenas prácticas al prestar apoyo a otras dependencias en la formulación de políticas encaminadas a eliminar las diferencias evitables, injustas, sistemáticas y potencialmente remediables.<sup>44</sup> El Cuadro 6 resume los acuerdos de la Declaración de Río de Janeiro impulsadas por la OMS y los países firmantes para abordar los determinantes sociales de la salud.

#### CUADRO 6 COMPROMISOS PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Reiteramos nuestra determinación de actuar sobre los determinantes sociales de la salud: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Reafirmamos que las inequidades sanitarias dentro de las naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables, y que la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad.

Una buena salud exige la existencia de un Sistema de Salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas. El planteamiento de la «Salud en todas las políticas», junto con la cooperación y las actividades intersectoriales, ofrece un enfoque prometedor para reforzar la rendición de cuentas de otros sectores en materia de salud, así como para promocionar la equidad sanitaria y una sociedad más integrada y productiva.

Reconocemos que es necesario reclamar una actuación sobre los determinantes sociales de la salud tanto dentro de los países como a escala mundial. Existen principalmente cinco esferas de actividad que son críticas para abordar el problema de las inequidades sanitarias, a saber: i) adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo; ii) fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas; iii) seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias; iv) fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo; y v) vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas.

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)

## IV.2 CONSOLIDAR EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO A TRAVÉS DE SU UNIFICACIÓN

El elemento clave para consolidar el financiamiento público es crear un fondo nacional con el fin de romper con la ineficiente segmentación de riesgos. Se deben integrar los fondos actualmente separados en uno único, destinado a financiar las prestaciones de salud universales con acceso efectivo para todos, independientemente de la institución de afiliación. Este fondo unificado se conformaría por recursos provenientes de impues-

<sup>43</sup> Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.

<sup>44</sup> Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS, 2009 en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)

tos generales y se apuntalarían los destinos específicos ya existentes: salud pública y atención a la salud individual y familiar.<sup>45</sup> El pago a cada institución se haría con base en una cápita por persona afiliada en esa institución y, eventualmente —a mediano plazo— la persona tendría posibilidad de cambiar su institución de afiliación después de un periodo mínimo de permanencia.

Mantener la actual agregación de riesgos separados no es financieramente viable en el largo plazo. Mientras más se agregan riesgos y se suman contribuciones, menos vulnerables son los fondos. Estas aportaciones deben ser percibidas por los contribuyentes como accesibles y justas.<sup>46</sup> Por ello, se propone transitar hacia un sistema financiado fundamentalmente por impuestos generales que ya se realiza vía los Ramos 12, 19 y 33, y también sustituir las actuales cuotas obrero-patronales de seguridad social destinadas a salud.<sup>47</sup> En otras palabras, se plantea conjuntar en un solo ramo todos los recursos hoy dispersos para proveer servicios de salud de toda la población.

Movilizar recursos auxiliares a través de una reforma a la hacienda pública,<sup>48</sup> de conducir una política fiscal saludable y hacer un uso más eficiente y eficaz de los recursos disponibles traería como consecuencia el consolidar el financiamiento público. Lo anterior para alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo frente al panorama epidemiológico y demográfico actual. Ello permitiría también disminuir el gasto de bolsillo. El gasto en salud ha aumentado considerablemente en la última década con la implantación del Seguro Popular (82% en términos reales durante el periodo 2000-2012). Sin embargo, México todavía no alcanza por lo menos el nivel promedio de los países latinoamericanos de 7% del PIB. Más aún, el porcentaje del gasto de bolsillo todavía es alto, a saber, 49% del total. Los costos administrativos representan casi 11%, cifra muy elevada comparada con el 4% promedio de los países de la OCDE.<sup>49</sup>

Para movilizar recursos adicionales, se podría analizar la incorporación de impuestos especiales que por ley tendrían como destino específico financiar la atención médica de todos los mexicanos. Estos gravámenes se aplicarían en la producción y consumo de artículos que representan un riesgo para la salud, como el tabaco, el alcohol y las bebidas altas en azúcares.<sup>50</sup>

Para blindar el financiamiento de los servicios de salud pública, se propone fortalecerlo de forma eficiente y efectiva, y dividir este fondo nacional en dos cuentas separadas. Una para financiar la salud pública o los llamados servicios no personales de salud, y otro para financiar los servicios personales de la misma. Ello con objeto de asegurar que la primera cuenta aporte lo necesario para los bienes públicos de ésta, a saber, la

45 También habría que valorar mantener el componente de Ramo 12 destinado para rectoría y administración.

46 OMS, *op. cit.*

47 Las cuotas para una pensión contributiva, riesgos de trabajo y algunas otras permanecerían. En otras palabras, es importante señalar que no necesariamente deben desaparecer las cuotas obrero-patronales, pues en el caso de la seguridad social, éstas financian no sólo el seguro de salud y maternidad sino que a su vez sirven para cubrir los fondos de riesgos y accidentes de trabajo, pensiones, etc. Se propone separar estos seguros y las aportaciones obrero-patronales destinadas a los servicios de salud desaparecerían.

48 Este tema se analiza en el documento *El México del 2013. Propuesta de una reforma integral a la hacienda pública*, México, CEEY, 2013.

49 Muñoz, *op. cit.*

50 FUNSALUD, *op. cit.*

función de rectoría, planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos, así como los servicios públicos.<sup>51</sup> En la medida en que se realicen acciones preventivas efectivas de salud a través de este fondo, se logrará disminuir la carga financiera de la atención curativa. Con lo anterior, es posible aumentar la viabilidad financiera del sistema en su conjunto.

#### IV.3 REORGANIZAR EL SISTEMA CON BASE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

En un Sistema de Salud, la prestación de servicios es adecuada si los demás componentes también funcionan. Por ello, se sugiere que el Sistema Nacional de Salud propuesto se sustente en la atención primaria. Lo expuesto permitiría atender con efectividad aproximadamente al 85% de las necesidades de salud en este nivel y disminuir la demanda de servicios de especialidad.

La atención primaria brinda, además, una atención más integral porque aborda la salud con un enfoque tanto poblacional como a la persona, más que a una enfermedad en particular.<sup>52</sup> Existe evidencia empírica sobre los efectos que la atención primaria tiene en mejorar la calidad y los resultados. Así lo muestra el Cuadro 7.

CUADRO 7 EFECTOS POSITIVOS DE LOS ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA		
CENTRADO EN LA PERSONA	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	PUERTA USUAL DE ENTRADA
Mejor tratamiento y calidad de vida: Ferrer, 2005	Menor mortalidad general: Shi, 2003; Franks, 1998; Villalbi, 1999; OPS, 2005	Mayor satisfacción de los servicios: Weiss, 1996; Rosenblatt, 1998; Freeman, 1997; Miller, 2000
Mejor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de los pacientes: Gullbrandsen, 1997	Mejor acceso: Weinick, 2000; Forrest, 1998	Mejor adherencia terapéutica y menor tasa de hospitalización: Weiss, 1996; Rosenblatt, 1998; Freeman, 1997; Mainous, 1998
Mayor satisfacción con la comunicación médico-paciente: Jaturapatporn, 2007	Menor re hospitalización: Weinberger, 1996	Menor uso de especialistas y servicios de emergencia: Starfield, 1998; Parchman, 1994; Hurley, 1989; Martin, 1989; Gadomski, 1998
Mayor confianza del paciente sobre temas sensibles: Kovess-Massfety, 2007	Menores consultas con especialistas: Woodward, 2004	Protección contra el sobre-tratamiento: Schoen, 2007
Mayor confianza y adherencia terapéutica: Fiscella, 2004	Menor uso de los servicios de emergencia: Gill, 2000.	Uso más eficiente de los recursos: Forrest, 1996, 1998; Hjortdahl, 1991; Roos, 1998
Mejor integración entre la prevención y la promoción de la salud: Mead, 1982	Mejor detección de efectos secundarios de intervenciones médicas: Rothwell, 2005; Kravitz, 2004	Mejor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas del paciente: Gulbrandsen, 1997.

Fuente: OMS, World Health Report, Primary Health Care – Now More than Ever, 2008.

Reorganizar el sistema con base en la atención primaria implica también que los demás componentes se empalmen a esta línea estratégica. La formación planeada de recursos humanos capaces de responder a las necesidades de salud actuales será fundamental.

El Cuadro 8 ilustra las principales causas de consulta en el ámbito ambulatorio. Des-

<sup>51</sup> *Ibidem*

<sup>52</sup> Starfield, *Primary Care: Balancing Needs, Services and Technology*, Nueva York, Oxford University Press, 1998.



tacan las enfermedades respiratorias agudas en los menores de 4 años con el 36%. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad en los mayores de 50 años, representa poco más del 30% de las causas de consulta.

CUADRO 8 MOTIVOS DE CONSULTA POR GRUPO ETÁREO							
MOTIVO DE LA ATENCIÓN	TOTAL		GRUPO DE EDAD (%)				
	N	%	0 A 4	5 A 19	20 A 49	50 A 69	>69
ENFERMEDADES Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS	31,82,154	36.5	68.2	53.8	25.8	12.0	12.9
DIABETES, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y OBESIDAD	1,003,024	11.5	0.0	1.0	9.2	30.1	33.0
ENFERMEDADES Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	493,161	5.7	6.3	5.2	6.1	5.5	4.3
LESIONES	357,169	4.1	1.0	4.1	5.7	5.0	2.9
ENFERMEDADES UROLÓGICAS	190,999	2.2	0.0	1.0	3.7	2.0	3.4
ENFERMEDADES Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CRÓNICOS	174,651	2.0	2.0	3.6	1.0	1.0	2.0
SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	167,107	1.9	0.0	1.0	3.0	3.0	2.0
ENFERMEDADES Y SÍNTOMAS REUMATOLÓGICOS Y DERMATOLÓGICOS	142,014	1.6	1.0	1.0	2.0	2.7	2.0
OTROS PADECIMIENTOS*	3,014,929	34.6	20.9	29.3	43.3	38.3	38.0

\*Otros padecimientos incluye: embarazo, otras infecciones y otros síntomas

Fuente: ENSANUT, 2012

Por ello, se debe tomar en cuenta —como se ha sugerido en una de las propuestas para fortalecer la atención primaria— la formación de enfermeras en atención de este jaez, la modificación de los requisitos de acceso a las especialidades médicas (por ejemplo, que los médicos trabajen dos años como médicos generales atendiendo a poblaciones vulnerables antes de presentar el examen de especialidad), que se establezcan parámetros de desempeño, la inclusión de médicos generales privados en la atención primaria de individuos afiliados al sistema, y la prescripción de medicamentos seleccionados en el mismo nivel de atención por el personal de enfermería, entre otros elementos.<sup>53</sup>

#### IV.4 IMPULSAR LA CONVERGENCIA Y, POSTERIORMENTE, LA PORTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios en todas las instituciones públicas de salud conduciría a una integración funcional con portabilidad y convergencia. Esto implica la homologación de un conjunto de prestaciones, bajo determinadas condiciones de calidad y oportunidad para todos los ciudadanos. Lo anterior debe representar un avance sustancial hacia la universalización con acceso efectivo a los servicios de salud y una reducción de las condiciones de inequidad entre la población.

Existen dos opciones para definir las prestaciones que deberán ofrecer todas las instituciones para que el individuo pueda recibir atención sanitaria donde la requiera. Una es definir un paquete explícito de prestaciones, siguiendo la experiencia chilena,<sup>54</sup> bajo los siguientes criterios:

- Identificar tanto necesidades de salud (perfil epidemiológico y demográfico)

<sup>53</sup> Muñoz, *op. cit.*

<sup>54</sup> Auge, 2008.

como demanda de servicios.

- Seleccionar las intervenciones, estudios y medicamentos en el primer y segundo nivel de atención que podrían explicitarse de acuerdo con los recursos disponibles (financieros, humanos y materiales) y la capacidad resolutoria de las unidades.<sup>55</sup>
- Priorizar las intervenciones de salud que tienen mayor efectividad o reducen los riesgos a la salud, así como aquéllas que generan un beneficio social mayor con un costo relativamente bajo.
- Calcular los costos de las prestaciones para la planeación y la implementación, así como el aumento gradual de cobertura de acuerdo con los recursos disponibles.
- Institucionalizar mecanismos para evaluar periódicamente el paquete con base en la mejor evidencia posible.<sup>56</sup>
- Establecer condiciones de acceso y calidad.
- Informar claramente sobre los beneficios y las condiciones de oportunidad y calidad en que deben ofrecerse.

Esta opción de definición de las prestaciones es dinámica. Debe ampliarse progresivamente y actualizarse 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.<sup>57</sup> Esto, sin embargo, requiere de una alta capacidad técnica y puede ser operacionalmente complejo.

Además de servir de herramienta para la definición de prioridades desde el punto de vista de la rectoría del sistema, la definición explícita de prestaciones es un instrumento clave de planeación para orientar a los prestadores de servicios. Resulta también una guía para la acreditación de las instituciones privadas, puesto que define los servicios de salud que cada prestador debe ofrecer en el presente y en el futuro.<sup>58</sup>

La segunda opción es la definición explícita de mecanismos para establecer prioridades, la cual permite alinear inversión y presupuestos a prioridades y políticas previamente establecidas. Según Muñoz *et al.*, esta opción es más ética porque da un juicio justo a necesidades en competencia, es un requisito para aumentar la confianza de la ciudadanía, añade legitimidad y mejora la relación precio-calidad.<sup>59</sup> Sin embargo, requiere de un alto nivel de rectoría y gobernanza y también puede ser difícil de operar. De consolidarse la rectoría e implementarse sistemas de información únicos, éstos pueden ser la base de un modelo explícito de prioridades.

El Sistema de Salud deberá establecer las estructuras y procesos necesarios para la jerarquización. Su establecimiento y mantenimiento de buenas estrategias tendrían que ser permanentes y continuas de acuerdo con los avances de la medicina.

---

55 También pueden explicitarse las intervenciones de baja frecuencia y alto costo que corresponden a un tercer nivel siempre y cuando se garantice su atención.

56 Puede ser a través del Consejo de Salubridad General ya existente con una asesoría técnica externa o un Instituto Nacional de Excelencia Clínica como se ha propuesto.

57 FUNSALUD, *op. cit.*

58 *Idem*

59 Muñoz, *op. cit.*

La prestación de servicios a través de la integración funcional de las instituciones, permitiría al usuario recibir atención a la salud donde la requiera. Se aprovecharía la capacidad instalada y mejoraría la resolutive del sistema en su conjunto. Así, se rompería la histórica e ineficiente fragmentación institucional. En tanto se expande la deficitaria estructura del sector público en salud, se podrían incorporar en la transición, prestadores privados certificados para complementar la oferta pública, en un mercado controlado de compra de servicios y con mecanismos homogéneos de calidad y rendición de cuentas.

El escalonamiento de los servicios de salud debe basarse en la capacidad resolutive y la complejidad de proveedores de servicios interconectados entre sí en un mercado regulado, para garantizar el flujo de pacientes a los distintos niveles de atención (referencia y contra referencia). Se deben articular 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.<sup>60</sup>

Como parte esencial de la portabilidad y la convergencia, es preciso garantizar la calidad de los servicios otorgados por los distintos prestadores involucrados en el modelo universal. Ha de asegurarse la calidad del acceso efectivo, así como la calidad técnica de la resolución médica y el abasto de medicamentos e insumos.

Como ya se mencionó anteriormente, el manejo oportuno y eficiente del componente de información, a través de una base de datos única, es clave para lograr la interoperabilidad de la utilización y facturación cruzadas de los servicios de salud entre instituciones y niveles. Esto requiere también desarrollar guías de práctica clínica para estandarizar la atención, controlar sus costos y facilitar la rendición de cuentas.

#### IV.5 MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Actualmente, los recursos se asignan a los prestadores, independientemente de la calidad y la eficiencia con las que presten sus servicios. El Seguro Popular, por ejemplo, lo hace a la población afiliada voluntariamente, pero las transferencias a los Servicios Estatales de Salud carecen de indicadores de desempeño y mecanismos para incentivar la eficiencia y la calidad.

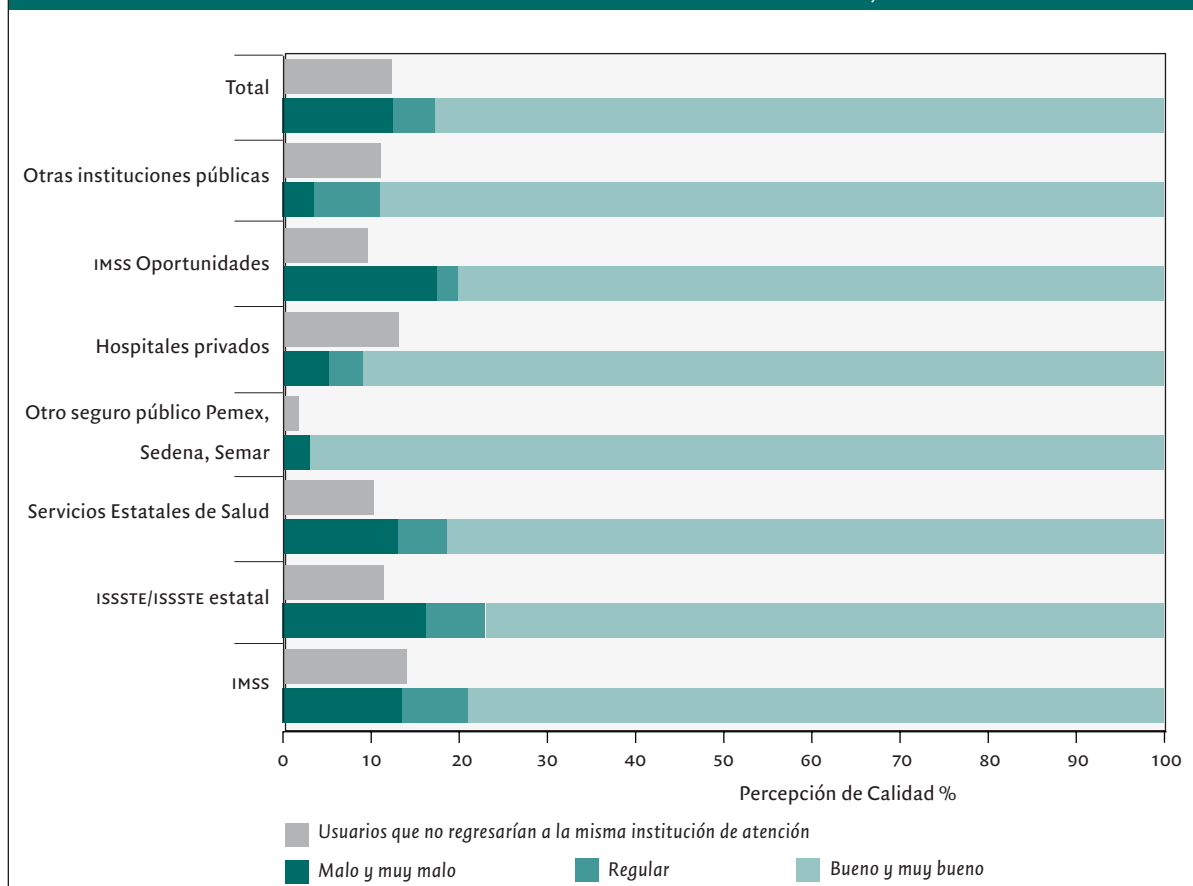
Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el porcentaje nacional de usuarios de los servicios ambulatorios públicos que no regresarían a atenderse en la misma institución es cercano al 20%. La Gráfica 3 muestra las diferencias por institución. Mientras el porcentaje que no volvería a atenderse en el ISSSTE y el IMSS es similar al promedio nacional, en los Servicios Estatales de Salud el porcentaje es un poco menor. Estos porcentajes relativamente altos de insatisfacción revelan que existe un margen de oportunidad importante para mejorar la calidad de los servicios.

Esta insatisfacción de los servicios ambulatorios también se refleja en el porcentaje de los usuarios que se atienden en el sector privado a pesar de ser derechohabientes de sus respectivas instituciones. La falta de acceso efectivo de los servicios en estas instituciones propicia que los usuarios del Seguro Popular, como los de las instituciones de seguridad social, busquen servicios privados.

---

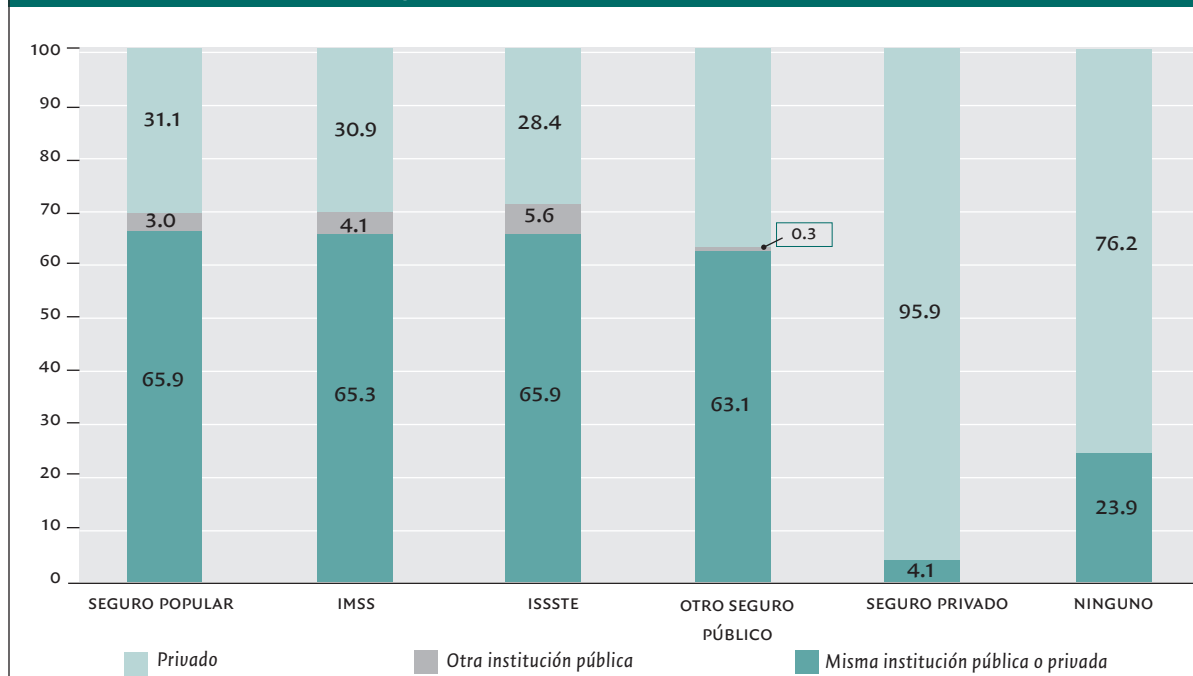
<sup>60</sup> FUNSALUD, *op. cit.*

GRÁFICA 3 PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA CALIDAD DE SERVICIOS AMBULATORIOS, POR INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN



Fuente: ENSANUT, 2012.

GRÁFICA 4 CONCORDANCIA ENTRE ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO E INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN CURATIVA AMBULATORIA



Fuente: ENSANUT, 2012.

Se requiere entonces transitar de una asignación inercial de recursos basada fundamentalmente en presupuestos históricos, a una compra estratégica<sup>61</sup> de servicios para mejorar la calidad<sup>62</sup> de la atención y la eficiencia<sup>63</sup> del Sistema de Salud en su conjunto. La compra estratégica de servicios se refiere a la asignación de recursos financieros a los prestadores basada en su desempeño bajo ciertas reglas del juego que definen qué se compra, cómo se compra y a quién se compra. Se trata, pues, de pagar servicios de salud con base en las necesidades de salud de la población, en la definición de políticas de atención y en la información sobre los costos, la calidad y los resultados de los servicios prestados.<sup>64</sup> Esto permite mejorar la eficiencia porque asigna recursos de acuerdo con las estrategias nacionales de salud y con determinados resultados en términos de calidad de los servicios o alguna ganancia en salud.

El Sistema Nacional de Salud puede mejorar sus márgenes de eficiencia. Con ello podrá avanzar hacia la cobertura universal con acceso efectivo al liberar recursos para cubrir más personas, más servicios o mayores costos. El Cuadro 9 describe las principales causas de ineficiencia de los sistemas de salud identificadas por la OMS que aplican para México, y algunas estrategias sugeridas para atenderlas.

En razón de que el análisis y discusiones entre los expertos no arribaron a un consenso, para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, este documento propone dos alternativas excluyentes. a) Que las actuales instituciones de salud (SESAS, IMSS e ISSSTE) funcionen como administradoras de los recursos financieros asignados por el Fondo Nacional de Salud, por capitación. b) La posibilidad de crear un «administrador» o «gerente de servicios de salud». Este «administrador» o «gerente» estaría encargado de gestionar el Fondo Nacional, con un grado relativamente alto de autonomía respecto a la Secretaría de Salud como rectora del Sistema y a los prestadores tanto públicos (IMSS, ISSSTE, Institutos Nacionales de Salud y Servicios Estatales) como privados certificados. Este administrador definiría con quién atenderse, con base en las políticas de atención y la calidad y eficiencia relativas de los prestadores.

La Secretaría de Salud, en su calidad de rectora, define por su parte los estándares de desempeño y calidad de los servicios que deben cumplir los prestadores. Las condiciones de calidad y oportunidad con las que todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, deben prestar sus servicios deben definirse bajo un marco regulatorio claramente establecido.

La prescripción y surtimiento adecuados de medicamentos son un gran reto del sistema actual. El surtimiento en el lugar de la atención es un área de oportunidad importante para mejorar la gestión de los servicios y asegurar el acceso efectivo. Los usuarios que no logran obtener los medicamentos recetados en los servicios públicos de salud

61 Perrot, Health Financing Technical Brief. Analysis of Allocation of Financial Resources within Health Systems, Ginebra, WHO, 2002.

62 La calidad significa la medida en que los servicios efectivamente mejoran la salud. El concepto tiene dos acepciones. La técnica consiste en seguir la mejor estrategia de atención con el grado de conocimiento científico disponible. La interpersonal implica lograr la mayor satisfacción posible del usuario respetando su autonomía y preferencias.

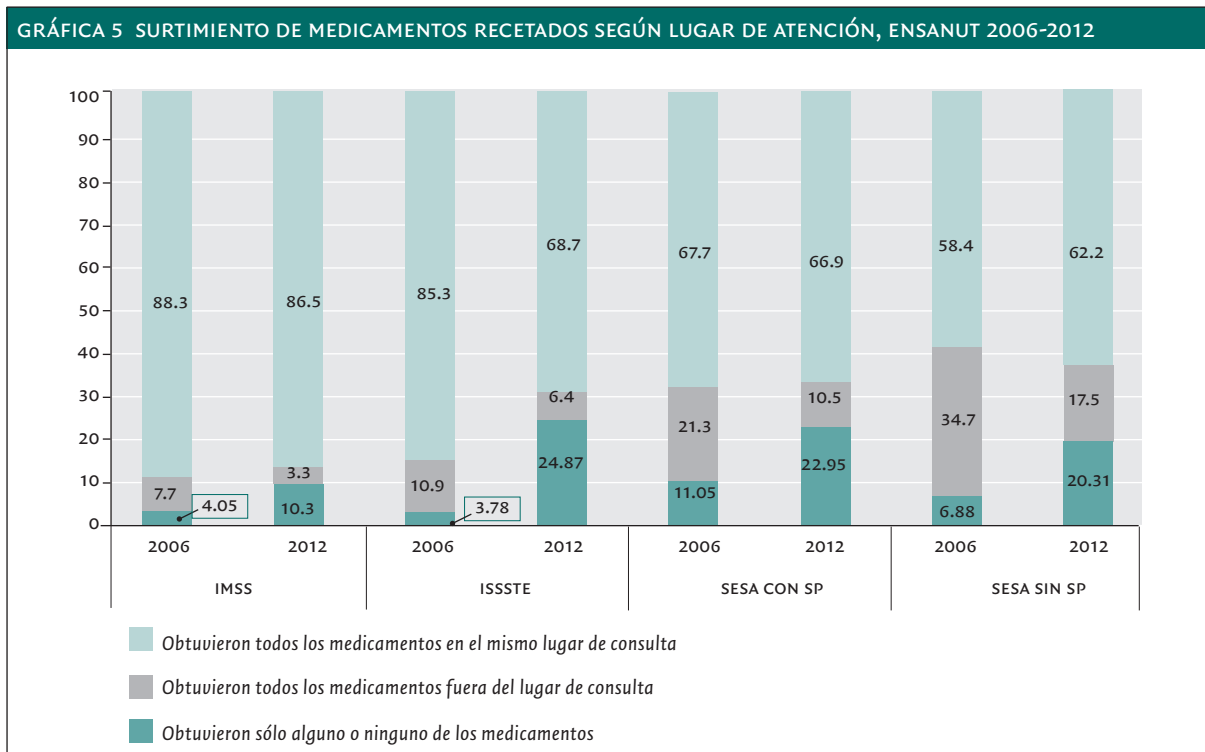
63 Eficiencia implica conseguir metas de salud empleando la menor cantidad posible de recursos o, en forma equivalente, alcanzar los mayores niveles posibles de salud con los recursos disponibles.

64 OMS, *op. cit.*

tienen que obtenerlos del sector privado, incurriendo en un gasto de bolsillo. Éste es un indicador de la falta de acceso efectivo a medicamentos en el sector público, así como también a la falta de acceso a un esquema de protección financiera que funcione.

CUADRO 9 PRINCIPALES CAUSAS DE INEFICIENCIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD		
ÁREA DE INEFICIENCIA	CAUSAS DE INEFICIENCIA	ESTRATEGIA PARA ATENDERLA
Subutilización de genéricos y precios altos por los medicamentos	Controles inadecuados de los agentes de la cadena de suministro; baja percepción de la eficacia teórica y la seguridad de los genéricos; patrones históricos en la prescripción y sistemas ineficientes de obtención y distribución; márgenes comerciales excesivos.	Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costes y los beneficios de las alternativas. Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones. Controlar los márgenes comerciales excesivos. Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos.
Uso no adecuado y no efectivo de medicamentos	Incentivos inapropiados a la prescripción y prácticas poco éticas de promoción; demandas y expectativas de los consumidores, conocimiento limitado sobre los efectos terapéuticos; marcos normativos inadecuados.	Separar la prescripción de la provisión; regular las actividades promocionales; mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción; difundir la información pública.
Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos innecesarios	Demanda inducida por el proveedor; pago por servicio.	Introducir la capitación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico como mecanismos de pago; desarrollar e implementar guías de práctica clínica
Personal sanitario inadecuado o caro, trabajadores desmotivados	Conformidad con políticas y procedimientos de recursos humanos; resistencia por parte del colectivo médico; contratos fijos e inflexibles; salarios insuficientes; contratación basada en el favoritismo.	Evaluación y formación basada en necesidades; introducir contratos flexibles o pagos por el desempeño; aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades.
Tamaño inadecuado de los hospitales (subutilización de las infraestructuras)	Nivel inadecuado de recursos de gestión para la coordinación y el control; demasiados hospitales y camas hospitalarias en algunas áreas y déficit en otras.	Planificación del desarrollo de infraestructuras de los servicios sanitarios; ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital. Aumentar la tasa de ocupación hasta un 80-90 por ciento (a la vez que se controla la duración de la estancia).
Despilfarro en los sistemas sanitarios: derroche, corrupción y fraude	Guías poco claras sobre la asignación de los recursos; falta de transparencia; mecanismos deficientes de justificación y gestión; salarios bajos.	Mejorar la regulación y la gestión, introduciendo mecanismos sancionadores efectivos; evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción; realizar estudios de seguimiento del gasto público.
Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente/ nivel inadecuado de estrategias	Intervenciones de costo elevado y bajo efecto cuando las opciones de bajo coste e impacto elevado no están financiadas. Equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia o entre la prevención, la promoción y el tratamiento.	Evaluación periódica y diseño de políticas basado en los resultados de los costos y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas.

Fuente: OMS, World Health Report, 2010, Health Systems Financing



Fuente: ENSANUT, 2012.

La Gráfica 5 muestra cómo este indicador no ha mejorado su desempeño en ninguna de las tres instituciones analizadas en los últimos seis años. Se incluye, por supuesto el IMSS, que bajó el surtimiento completo de recetas casi en dos puntos porcentuales, a 86.5%. El ISSSTE bajó considerablemente este porcentaje —de 85.3 a 68.7 entre 2006 y 2012— mientras que el surtimiento completo de recetas en los Servicios Estatales de Salud (SESAS) no parecen haber tenido el efecto esperado en ese mismo periodo. Los SESAS, a partir de 2006, tuvieron un surtimiento completo de 66.9%, apenas 5 puntos porcentuales más que los SESAS entre 2006 y 2011.

El porcentaje de usuarios que tiene que gastar de su bolsillo para conseguir todos sus medicamentos ha disminuido tanto en el IMSS y el ISSSTE, a 3.3 y 6.4 respectivamente, como en los SESAS, de 21.3 a 10.5. Sin embargo, las cifras de los usuarios que obtuvieron sólo uno o ninguno de los medicamentos son altas todavía: 10% (IMSS), 25% (ISSSTE) y 23% (SESAS).

Estas cifras revelan que existe un margen importante de eficiencia, sobre todo en los SESAS para alcanzar porcentajes más cercanos al suministro completo de todos los medicamentos recetados. Para ello, deben formularse estrategias con una visión integral que fomenten su uso racional a través de una política de suministro de medicamentos para el sector público. Entre las acciones clave definidas por Muñoz *et al.*, destacan el realizar compras consolidadas de los medicamentos del Cuadro Básico Interinstitucional para todas las instituciones del sector salud, información estratégica para el seguimiento y control de costos del sistema, y monitoreo de las prácticas de prescripción y la prescripción basada en guías clínicas.<sup>65</sup> ○

65 Muñoz, *op. cit.*

## CONCLUSIONES Y LA PROPUESTA EN SÍNTESIS

- El SNS que se propone construir debe sustentarse en dos valores fundamentales que mantienen el equilibrio entre la vida colectiva y el ejercicio de la individualidad. Este modelo, que se debe centrar en el individuo, identifica los elementos centrales del SNS; a saber, universalidad con acceso efectivo, énfasis en la atención primaria, e inclusión de los atributos de organización del SNS y la forma de participación de las personas, en un marco de ética y solidaridad.
- La visión del Sistema de Salud que se propone construir es la siguiente:  
*Un Sistema Nacional de Salud a través de una rectoría efectiva, un financiamiento solidario y una prestación plural de servicios con el fin de ofrecer una cobertura universal con acceso efectivo, integral, incluyente, equitativa, viable, efectiva y de calidad sustentada en un modelo de atención primaria de la salud preventivo y resolutivo.*
- La estructura del SNS ya transformado considera la separación de las funciones de rectoría del sistema, el financiamiento y la prestación de servicios. La rectoría del SNS estará a cargo de la Secretaría de Salud, misma que, en conjunto con el IMSS y el ISSSTE, debe diseñar el nuevo sistema que integrará funcionalmente el financiamiento del sistema con el Fondo Unificado de Salud (financiado con impuestos generales), y la prestación pública de servicios del IMSS, ISSSTE y los Servicios Estatales a través de la convergencia y la portabilidad, a alcanzarse en un mediano plazo. También podrán prestar servicios instituciones privadas debidamente certificadas, en un mercado regulado para la venta de servicios a las instituciones públicas. El Fondo estará dividido en dos partes, cada una con un destino específico: salud pública y atención a la salud individual y familiar.
- El pago a cada institución se haría con base en una cápita por persona afiliada a aquella y, en el mediano plazo, la persona tendría posibilidad de cambiar su institución de afiliación después de un periodo mínimo de permanencia.
- No descartar la posibilidad de generar nuevos modelos de gestión de los recursos que impacten en la forma de otorgar los servicios.
- Para la operatividad del sistema, se debe construir un sistema integral de información para conducir, vigilar, controlar y evaluar el desempeño con una base de datos única, confiable, oportuna y de calidad.
- La integración funcional con portabilidad y convergencia implica la homologación de las prestaciones en salud, bajo determinadas condiciones de calidad y oportunidad para todos los ciudadanos, que debe definirse por un sistema que establezca las prioridades nacionales en salud, en los niveles colectivo e individual, indicadores de desempeño del sistema. Ambos sistemas tienen sus respectivos retos.



- Se debe asegurar el acceso efectivo con calidad, así como la calidad técnica de la resolución médica y el abasto de medicamentos e insumos. También se necesita regular en la materia con una nueva perspectiva interinstitucional y de compromiso de la propia industria, además de modular el mercado y las formas de dispensación y abasto.
- Para ello, se requiere transitar de una asignación inercial de recursos basada en presupuestos históricos a una gestión estratégica de servicios para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Se trata de proporcionar servicios de salud con base en las necesidades de la población y en la información sobre los costos, la calidad y los resultados de los servicios prestados. Para ello existen dos grandes propuestas no consensuadas: crear un «administrador» o «gerente de servicios de salud», con un alto grado de autonomía respecto a la Secretaría de Salud y de los prestadores de servicios; o bien, mantener a las actuales instituciones públicas como administradores o gerentes del Fondo Nacional de Salud.

○

## REFERENCIAS

- Abel, Brian Smith, *International Social Security Review*, Vol. 45, issue 1-2, 1992.
- Ávila-Figueroa C, Gómez-Fraga S, Herrera BE, Sousa FA, Lozano R. *Catálogo de Beneficios Médicos, Estimación de los costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico en el Sistema de Salud en México*, Secretaría de Salud, México, 2002.
- CEEY, *El México del 2012. Propuesta de Reforma a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*, México, CEEY, 2012.
- CEEY, *El México del 2013. Propuesta de una reforma integral a la hacienda pública*, México, CEEY, 2013.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Dávila J, Rodríguez D M.A, Echeverría S., *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, retos y propuestas de política*, México, Fondo de Cultura Económica, 2012.
- De Savigny D, Adam T., (Ed.), *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Dodgson R, Lee K, Drager N., *Global Health Governance: A Conceptual Review*, Ginebra, World Health Organization, 2002.
- Fundación Mexicana para la Salud, *Universalidad de los servicios de salud*, México, FUNSALUD, 2012.
- Figueras J, McKee M, Mossialos E, Saltman RB, *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Nueva York, Open University Press,, World Health Organization, WHO, 2005.
- Franco-Marina, Francisco, R. Lozano, et al., «La mortalidad en México, 2000-2004» en *Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*, México, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2006.
- Frenk, Julio, «La salud como derecho ciudadano» en [http://www.nexos.com.mx/?P=leer\\_articulo&Article=2102556](http://www.nexos.com.mx/?P=leer_articulo&Article=2102556), 2012.
- Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles of Good Governance in the 21st Century*, Ottawa, Institute on Governance, 2003.
- Gutiérrez, JP, et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- Kickbushch I, Gleicher D, *Governance for Health in the 21st Century*, Copenhagen, World Health Organization, 2012.
- Knaul, F.M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniada, O., et al., «Evidence is Good for Your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico», en *The Lancet*, 2006, 368, pp. 1828-41.
- Knaul, F. M., et al., *The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico*, *The Lancet*, 2012.
- Knaul, et al., «Investing in Cancer Care and Control», en Knaul, Gralow, et al.,(Eds.) *Closing the Cancer Divide: An Equity Imperative*, Cambridge, MA, Harvard Global Equity Initiative, 2012.
- Merino, Gustavo, «Descentralización del sistema de salud en el contexto del Federalis-

- mo» en *Caleidoscopio de salud*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 2003.
- Muñoz O, et al., *Propuesta de un Sistema Nacional de Salud: componente de salud de una propuesta de Seguridad Social Universal*, México, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG)-Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL), 2012.
- Narro, José «Hacia un nuevo modelo de seguridad social», *Economía UNAM*, vol. 7, número especial, México, 2011.
- Perrot, *Health Financing Technical Brief. Analysis of Allocation of Financial Resources within Health Systems*, Geneva, WHO, 2002.
- Soberón, Guillermo, «Hacia un México más saludable», *Cuadernos FUNSALUD*, Núm. 33, México, 2001.
- Starfield B. *Primary Care: Balancing Needs, Services and Technology*, Nueva York, Oxford University Press, 1998.
- Starfield B, Shi L, Macinko J., *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, *Milbank Q*, 83, 457-502, 2005.
- Starfield B, *The Hidden Equity in Health Care*, *International Journal for Equity in Health*, Núm. 10,, 2011
- Starfield, «The Hidden Equity in Health Care» en <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>, 2011).
- World Health Organization, *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, *World Health Report*, Geneva, WHO, 2007.
- World Health Organization, *Primary Health Care: Now More than Ever*, *World Health Report*, Geneva, WHO, 2008.
- Organización Mundial de la Salud. *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. 21 de octubre de 2011. Río de Janeiro.
- OMS, *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000* [http://www.who.int/whr/2000/en/whroo\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whroo_es.pdf)
- ENSANUT, 2012 <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>, 2012
- SSA, *Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003*, México, 2006.
- Shengelia B., et al., *Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy*, *Soc Sci Med*, 2005, núm. 61, pág. 97-109.
- Schneider, «Shadow Economies of 145 Countries all over the World: What do we really know?», Artículo presentado en la conferencia *Hidden in plain sight: Micro-economic measurements of the informal economy: Challenges and opportunities*, Londres, septiembre 4-6, 2006.
- Zonszein, «Seguro Popular, ¿Incentivo a la Informalidad?», Tesis para obtener la licenciatura en economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), 2012, pág. 2. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/222110735\\_Seguro\\_Popular\\_incentivo\\_a\\_la\\_informalidad/file/8d1c84f7dda5c24daa.pdf](http://www.researchgate.net/publication/222110735_Seguro_Popular_incentivo_a_la_informalidad/file/8d1c84f7dda5c24daa.pdf)
- CONEVAL, *Informe de la evaluación de la política de desarrollo social en México*, CONEVAL, México, 2012
- Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, 2011 en [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)

Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2009 en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)  
WHO, 2007 en [http://www.who.int/whr/2007/whro7\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2007/whro7_en.pdf)

⊙



EL MÉXICO DEL 2013. PROPUESTA PARA TRANSFORMAR  
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

*se terminó de imprimir en los talleres gráficos de Solar Servicios Editoriales, S.A. de C.V., calle 2 número 21, San Pedro de los Pinos, ciudad de México, en el mes de junio de 2013. Para componer el libro se utilizó el programa Adobe InDesign CS2 y las tipografías Quadraat y Quadraat sans. Diseñado por el Centro de Estudios Avanzados de Diseño, A.C.: [www.cead.org.mx](http://www.cead.org.mx).*



