

# Estado y perspectivas del **Sistema Nacional de Salud**



Centro de Estudios Espinosa Yglesias



## **Directorio del CEEY**

**Amparo Espinosa Rugarcía**

Presidente

**Amparo Serrano Espinosa**

Vicepresidente

**Julio Serrano Espinosa**

Secretario

**Manuel Serrano Espinosa**

Tesorero

**Roberto Vélez Grajales**

Director Ejecutivo

**Director ejecutivo**

Roberto Vélez Grajales

**Coordinación del proyecto**

Mariana Becerra Pérez

Enrique Cárdenas Sánchez

Rodolfo De la Torre

**Edición**

Sara E. García Peláez Cruz

### **Coordinador general del documento**

Rodolfo De la Torre

### **Panel de análisis y contribuciones**

Nelly Aguilera Aburto †

Lázaro Ávila

José Ignacio Campillo

Alejandro Alfonso Díaz

Gerry Eijkemans

Laura Flamand

Julio Frenk

Mario Luis Fuentes

Eduardo González Pier

Adolfo Martínez Valle

Gabriel Martínez

Carlos Moreno Jaimes

Fernando Oliveros

Eduardo Sojo

Héctor Valle

Pedro Vásquez Colmenares

Mireya Vilar Compte



En memoria de Nelly Aguilera Aburto †



<b>Índice</b>	<b>pag.</b>
<b>I.</b> Síntesis _____	<b>I</b>
<b>II.</b> Prólogo _____	<b>II</b>
<b>1.</b> Introducción _____	<b>1</b>
<b>2.</b> El perfil de la salud en la población mexicana _____	<b>2</b>
<b>3.</b> Estructura, organización y financiamiento del Sistema de Salud _____	<b>7</b>
<b>4.</b> El Sistema de Salud actual y el deseable _____	<b>18</b>
<b>5.</b> Perspectivas para avanzar en el Sistema de Salud _____	<b>22</b>
<b>6.</b> Experiencia de cambios y reformas en los sistemas de salud en el mundo _____	<b>27</b>
<b>7.</b> Cambios de corto plazo que podrían realizarse al Sistema de Salud mexicano _____	<b>29</b>
<b>8.</b> Reformas estructurales pendientes al Sistema Nacional de Salud _____	<b>30</b>
<b>9.</b> Financiamiento del acceso universal y efectivo del Sistema de Salud en México _____	<b>32</b>
<b>10.</b> Comentarios finales _____	<b>35</b>
Bibliografía _____	<b>36</b>



## Síntesis

México ha tenido considerables avances en materia de salud en el último cuarto de siglo. Por ejemplo, el tiempo promedio de vida saludable, sin enfermedad y sin discapacidades ha aumentado en más de dos años, la esperanza de vida pasó de 70 a 75 años y los fallecimientos de menores de un año por cada mil nacidos vivos se han reducido de 33 a 11. El Sistema Nacional de Salud (SNS) sin duda ha contribuido a este desempeño, pero está lejos de alcanzar sus mejores resultados. En 2015 la mortalidad infantil era tres veces mayor que la mínima alcanzable en el mundo, en promedio la vida era ocho años más corta que en los países más longevos, y México tenía siete años menos de vida saludable que del máximo internacional (Japón). El SNS presenta problemas organizativos, de cobertura y de recursos, por ello, requiere de una reforma profunda y urgente.

El Sistema Nacional de Salud es complejo y se encuentra fragmentado: la complejidad radica en que hay un gran número de agentes participantes y sus atribuciones no siempre están definidas con claridad. La fragmentación se refiere a que los proveedores de servicios y las personas que atienden conforman islas con sus propias funciones de financiamiento, administración y prestación de servicios. El SNS tiene, además, una baja coordinación: la duplicidad de funciones es frecuente y no predominan acciones conjuntas. En suma, es imperante simplificar, especializar y unificar elementos del sistema.

Otro de los grandes temas del SNS es su cobertura: la seguridad social está diseñada para atender a quienes cuentan con un trabajo formal, que en cifras, se traduce en 60% de las personas ocupadas. Esto deja a un 13.4% sin afiliación a alguna institución y casos de duplicidad de afiliación del 10% de los registros.

Otro de los puntos débiles del Sistema son la distribución y la composición del gasto público en salud. Éste no sólo es muy bajo, sino que se ha estancado en alrededor del 3% del PIB—lo que representa menos del 6% recomendado para que sea posible un funcionamiento eficiente del sistema, según la experiencia internacional—y aún predomina el gasto privado. En cuanto a la distribución, ésta es por demás regresiva: el Seguro Popular absorbe casi el 40% del total de los recursos públicos y el IMSS recibe 46.8%. Sin embargo, el 20% de los afiliados más pobres recibe 16% del total de recursos del Seguro Popular y 2.4% de los del IMSS. Ahora bien, el 20% de los afiliados más ricos recibe 2.1% de los recursos del Seguro Popular, pero 13.2% de los del IMSS. En cuanto a su composición, 95% del total de los gastos privados corresponde a gastos de bolsillo, mismos que suelen ser catastróficos y empobrecedores. Un 4.2% de los hogares enfrenta gastos catastróficos y el 1.7% enfrenta gastos empobrecedores.

Para atender todo lo anterior, se requiere acelerar la reestructuración del Sistema y fortalecer así el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, para extender y proporcionar portabilidad a la atención médica en el país. El Sistema Universal debe eliminar la duplicidad de afiliaciones mediante una base de datos confiable y actualizable en tiempo real.

Para avanzar a la universalización de los servicios de salud y que se den los incentivos apropiados, se deben reducir las cuotas obrero-patronales a largo plazo para dar paso a la compensación por ajustes en otros impuestos (como IVA, ISR e impuestos especiales). Los trabajadores no asalariados pueden contribuir al sistema a través de impuestos en función del ingreso reportado. El financiamiento debe ser por persona y no por grupo familiar, por lo que se requiere modificar la regulación del IMSS e ISSSTE. Se debe crear un Fondo Nacional de Intervenciones de Alto Costo y el financiamiento de los servicios IMSS-Prospera deberá hacerse a través del Seguro Popular. Asimismo, se deberá mantener un marco general de cero reducción al presupuesto en salud.

Los avances de México en materia de salud son a toda luz insuficientes. El Sistema de Salud en México tiene serias fallas de diseño, cobertura y asignación de recursos. El mantener el sistema actual cuesta años de vida y pérdida de salud, sobre todo para la infancia. Un sistema de seguridad social universal, con un padrón sólido de derechohabientes y un gasto progresivo resulta más que urgente. Así pues, debe plantearse una reforma fiscal profunda.

## I. Prólogo

El presente documento examina los avances y retos para el logro de una cobertura universal, con acceso efectivo a servicios de salud de calidad para los mexicanos. Para ello, describe la situación en la que se encuentra actualmente el Sistema Nacional de Salud (SNS) y las posibilidades de una reforma que reduzca o elimine su segmentación. Entre sus objetivos específicos destacan:

1. Examinar los avances en esperanza de vida y los retos en mortalidad, discapacidad y morbilidad en México.
2. Analizar los cambios recientes en el diseño institucional y en los requerimientos de financiamiento del Sistema de Salud.
3. Evaluar la respuesta del Sistema de Salud a los retos que enfrenta.
4. Plantear acciones estratégicas para mejorar la respuesta del Sistema de Salud a sus retos de corto plazo.
5. Proponer cambios institucionales clave para reorganizar el Sistema de Salud.
6. Establecer alternativas de financiamiento para una cobertura universal del Sistema de Salud con acceso efectivo.

Para abordar estos temas, el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) convocó a 17 especialistas con diversas experiencias y perspectivas a participar en dos mesas de discusión llevadas a cabo durante el mes de junio de 2016. Las mesas tomaron como base la propuesta del documento del CEEY *El México del 2013. Propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud*.

Antes de dar inicio a las discusiones de cada mesa, hubo una presentación inicial. Las sesiones fueron de carácter privado, bajo una variante de la regla de *Chatham House*, y su compilación fue responsabilidad exclusiva del CEEY. Ésta es la razón por la que, si bien se han aprovechado las opiniones y los materiales de múltiples participantes, éstos no necesariamente se adhieren a las conclusiones y propuestas que aquí presentamos.

La discusión de los temas se dividió en dos grandes apartados que se reflejan en este documento. En el primero se presenta un bosquejo de los retos actuales del SNS, de cómo está constituida su arquitectura organizacional y financiera y las perspectivas que se presentan para su mejora. Las preguntas a responder son:

- a. ¿Cómo ha cambiado el perfil de la salud en la población mexicana?
- b. ¿Cómo se han reestructurado la organización y el financiamiento del Sistema de Salud?
- c. ¿Cómo se compara el Sistema de Salud actual con el deseable?
- d. ¿Qué perspectivas existen para avanzar en la reforma al Sistema de Salud?

La segunda parte se concentra en los cambios que se deben implementar en el SNS a partir de la experiencia internacional y de las posibilidades reales de avance en diferentes plazos. También se aborda el costo posible de las nuevas reformas y las fuentes necesarias para su financiamiento. Las preguntas de esta sección son:

- e. ¿Cuál es la experiencia de cambios y reformas en los sistemas de salud en el mundo?
- f. ¿Qué cambios de corto plazo podrían realizarse al Sistema de Salud mexicano?

- g. ¿Qué reformas estructurales al Sistema Nacional de Salud deben realizarse?
- h. ¿Cómo podría financiarse el acceso universal y efectivo al Sistema de Salud en México?

La sección final recoge las conclusiones y propuestas a partir de las discusiones. Asimismo documenta los desacuerdos, así como la agenda de investigación pendiente que ligue la mejora del sistema de salud con una mayor movilidad social.

Los asistentes a las mesas de trabajo fueron Nelly Aguilera †, Lázaro Ávila, José Ignacio Campillo, Alejandro Alfonso Díaz, Gerry Eijkemans, Laura Flamand, Julio Frenk, Mario Luis Fuentes, Eduardo González Pier, Adolfo Martínez Valle, Gabriel Martínez, Carlos Moreno Jaimes, Fernando Oliveros, Eduardo Sojo, Héctor Valle, Pedro Vásquez Colmenares y Mireya Vilar. El CEEY agradece la participación de todos ellos, así como el financiamiento de la Fundación ESRU y de Medtronic para la realización de las sesiones.

## 1. Introducción

La salud brinda a una persona oportunidades de vida y de autonomía, ambas cimientos para su libertad. La máxima salud factible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano; su protección es un mandato constitucional en México. Por estos motivos, en 2013 el CEEY propuso construir un Sistema Nacional de Salud (SNS) que promoviera la libertad individual con equidad social.

El estudio “El México 2013. Propuesta para Transformar el Sistema Nacional de Salud” planteó un sistema centrado en el individuo y que prioriza la atención primaria y con universalidad del acceso efectivo a los servicios. El SNS resultante tendría una rectoría efectiva del Estado, un financiamiento social solidario y unificado, y una prestación plural de servicios, que incluiría al sector privado.

En el documento se proponía separar las funciones de rectoría y las de financiamiento y prestación de servicios. El pago a cada institución se haría según su número de afiliados, quienes podrían cambiar de prestador de servicios. El seguimiento de personas y acciones se llevaría a cabo a través de una base de datos única. La integración de recursos, la coordinación de instituciones y la portabilidad de derechos homologarían las prestaciones básicas de salud bajo criterios de equidad y libertad.

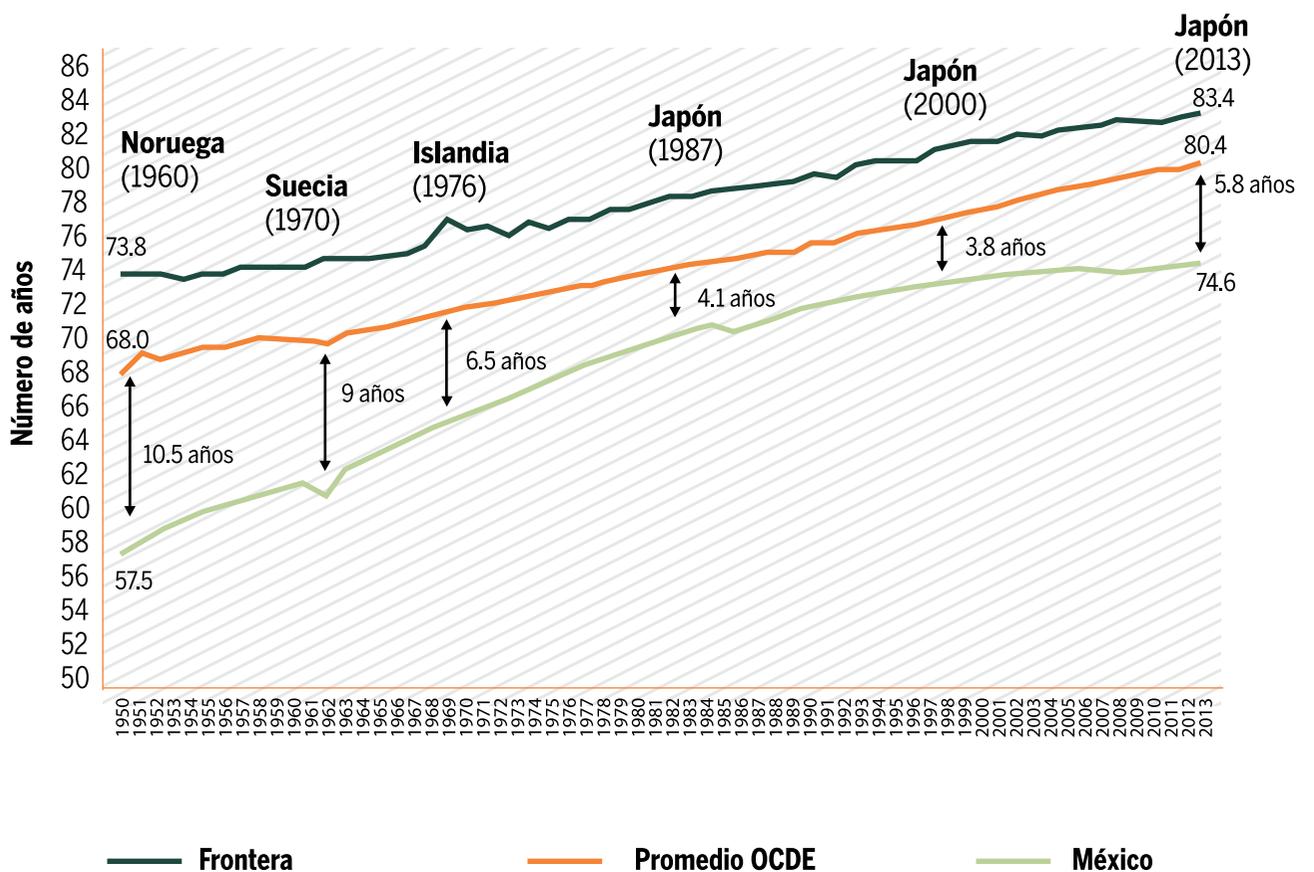
La propuesta se pensó para un perfil de salud y una estructura del SNS que ya han cambiado en México. Por este motivo, es necesario volver sobre el tema y comparar el sistema de salud actual con el deseable, así como establecer qué perspectivas existen para avanzar en su reforma.

Para ello, conviene recoger experiencias de cambio en los sistemas de salud en el mundo y preguntarse cuáles de corto plazo podrían realizarse en el caso mexicano. En último término, este trabajo debe responder qué reformas estructurales al Sistema Nacional de Salud deben realizarse para alcanzar la universalidad de sus servicios, su acceso efectivo y su sostenibilidad financiera de largo plazo.

## 2. El perfil de la salud en la población mexicana

Por lo general, la esperanza de vida al nacer resume los logros en materia de salud. En este sentido, existe una tendencia a la mejora de la población mexicana en el último medio siglo (ver Gráfica 1). Sin embargo y en esta década hay un rezago respecto a los avances observados en este indicador a nivel internacional.

**Gráfica 1. Esperanza de vida al nacer, 1960-2013**

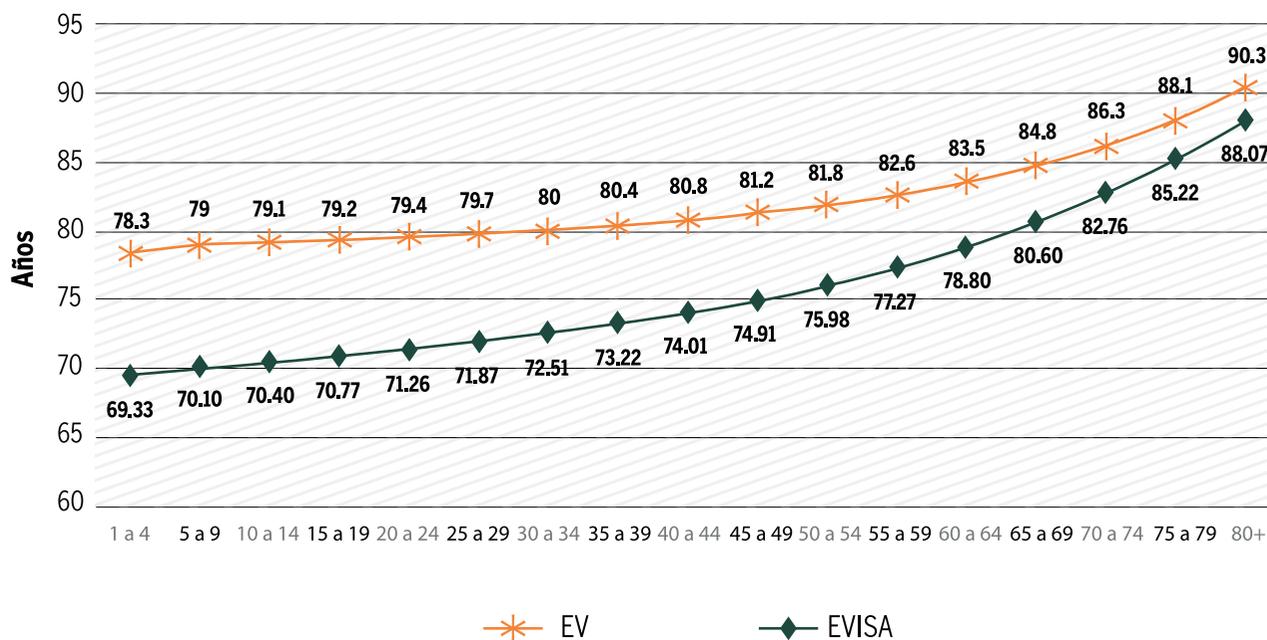


Fuente: OECD.Stat. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) Consultado el 11 de noviembre de 2015.

Si bien la mejora en la esperanza de vida refleja algunos logros y retos del sistema de salud, la esperanza de vida saludable y la transformación en los patrones de padecimientos que aquejan a la población mexicana permiten observar con mayor detalle sus necesidades de cambio. Respecto a la primera, existe un evidente rezago en comparación con los máximos internacionales (Japón), que consiste en siete años contra casi los ocho de la esperanza de vida, sin ajustar por enfermedades o discapacidad. Sin embargo, lo que más llama la atención es que la mayor pérdida de años de vida saludable ocurre entre los 0 y los 19 años (ver Gráfica 2).

**Gráfica 2. Indicadores de Calidad en Salud: Esperanza de Vida Saludable (EVISA) y Esperanza de Vida (EV)**

**Edad máxima de vida promedio (EV) y Edad máxima de vida saludable (EVISA), 2015**



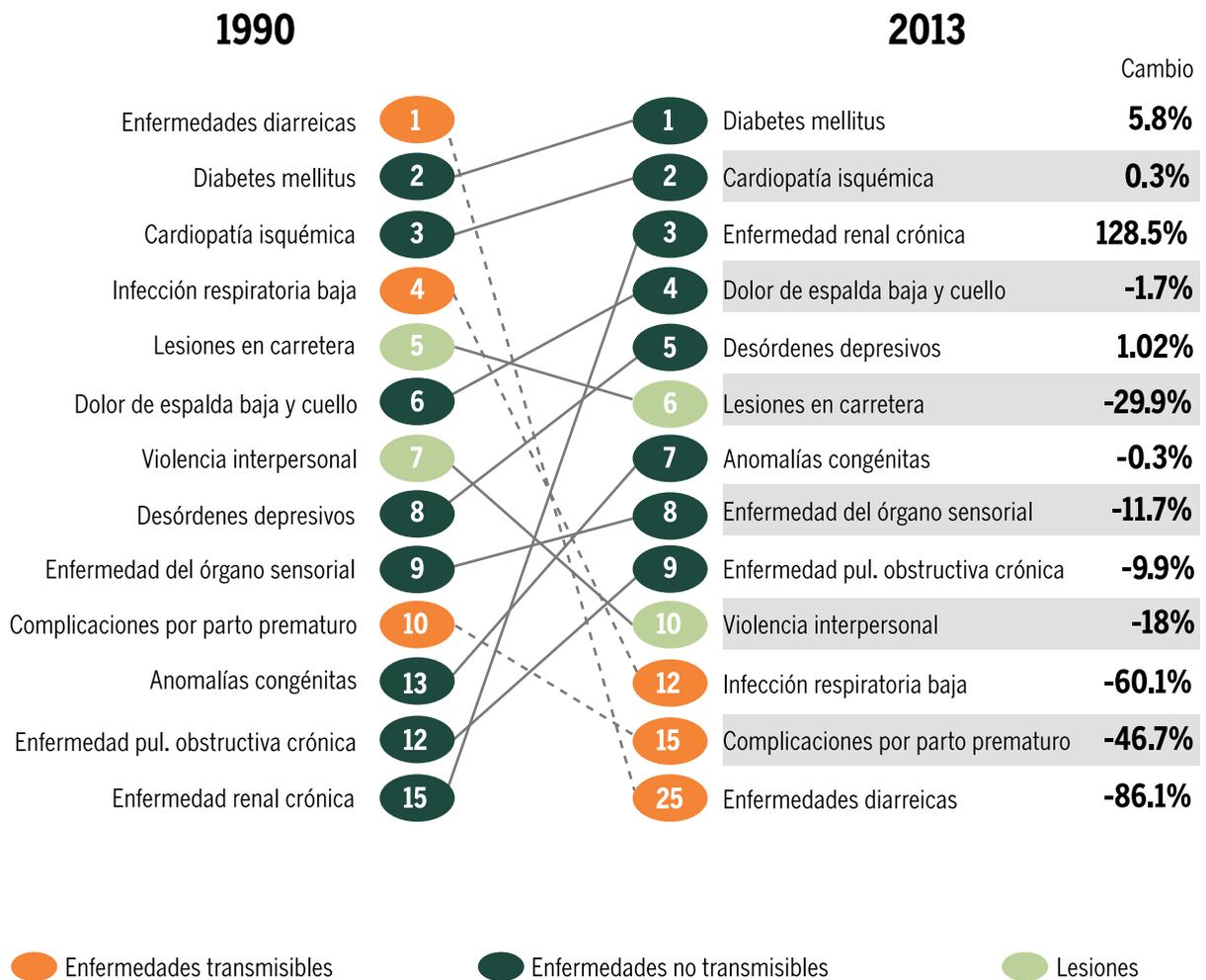
Fuentes: Elaboración propia con datos del IHME, 2017.

Por otra parte, el Cuadro 1 muestra la pérdida de años de vida saludable por tipos de padecimiento en 1990 y 2013. Se observa también que, en un inicio, la pérdida de años de vida saludable se debía a enfermedades transmisibles, intestinales o respiratorias (afecciones típicas de la pobreza y de bajos niveles de desarrollo). Para 2013, los años de vida perdidos eran resultado de enfermedades crónico-degenerativas.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La medida “años de vida saludable perdidos” capta el efecto combinado de mortalidad prematura y de los años vividos con algún grado de discapacidad.

Tal transición representa un reto para el sistema de salud, pues éste debe responder y ajustarse al nuevo esquema de enfermedades, donde predominan las no transmisibles y, en menor medida, las lesiones. Esta cuestión es de vital importancia porque la cronicidad de las enfermedades conlleva necesidades de atención diametralmente diferentes, las cuales precisan medidas que se adecuen a las nuevas circunstancias.

**Cuadro 1. Cambio porcentual en años saludables perdidos por tipo de enfermedad (por 100,000 habitantes), México**

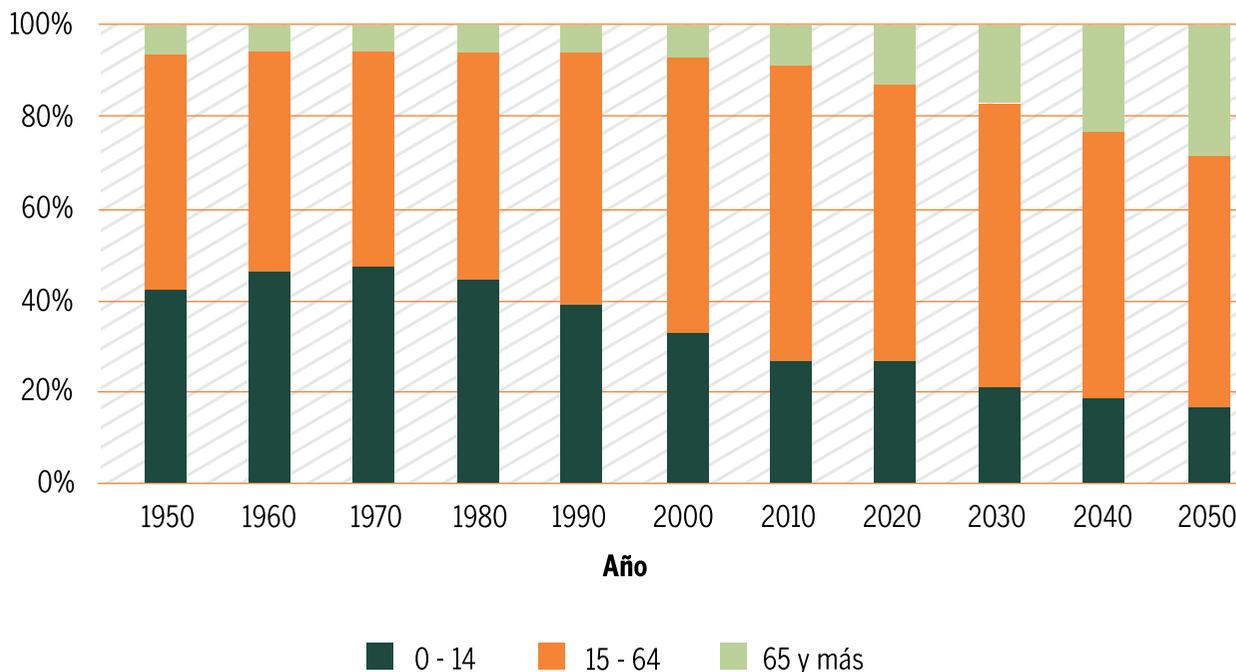


Fuente: Institute of Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>

Asimismo, el Sistema de Salud debe reconocer una serie de retos que no ha podido superar: por ejemplo, las complicaciones por parto prematuro. También es importante señalar que el cambio en el perfil epidemiológico de la población se relaciona con una mayor exposición a varios factores de riesgo: alimentación, sedentarismo, tabaquismo, etc. Reducir la exposición a estos factores de riesgo puede implicar ir más allá de las fronteras tradicionales del Sistema de Salud, ya que algunos son de carácter conductual, lo que requiere de estrategias intersectoriales y no necesariamente médicas y/o clínicas (ejemplo: educación, política fiscal, urbanización y transporte, etc.).

Por otra parte, el cambio demográfico en México hace que el tema del envejecimiento saludable cobre cada vez mayor importancia (Ver Gráfica 3).

**Gráfica 3. Distribución de la población de México por grupos de edad, 1950-2050**



Fuente: Conapo.

Este cambio poblacional afecta particularmente la distribución de la mortalidad (ver Gráfica 4). Por ello, la vejez es una manera de sostener el incremento de la esperanza de vida al nacer, que se acompaña de una compresión en la morbilidad dentro de los últimos años de vida. Lograrlo requiere de una estrategia de prevención y de servicios geriátricos que aún no se ha desarrollado de manera adecuada y que requerirá de una puesta en marcha en el mediano plazo.

Los determinantes sociales de la salud rebasan por mucho el desempeño de las instituciones encargadas de su atención. La pobreza, la desigualdad y la falta de movilidad social son elementos clave. Sin embargo, las propias limitaciones, heterogeneidades e inercias del Sistema de Salud deben asimismo tomarse en cuenta.

**Gráfica 4. Mortalidad general por grupos de edad, 1990-2011**



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979- 2012, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud.

Es notoria la heterogeneidad entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto del Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Seguro Popular (SP), el gasto catalogado de servicios y los sistemas estatales de salud. Lo anterior suele olvidarse al momento de diseñar una política federal de salud homogénea, para la cual, algunos estados pueden responder mejor que otros en términos de recursos humanos, recursos materiales y de infraestructura.

La nueva definición de retos para el Sistema de Salud debe enfatizar la transición del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas hacia el de las crónico-degenerativas. Las estimaciones de problemas de atención señalan, para el caso de las primeras, que el déficit actual acumulado es de 23%; para las segundas—que crecen de manera exponencial—es de 72%. Para poder atender estas enfermedades, lo anterior representa cerca de mil millones de pesos adicionales. La tasa de crecimiento hacia 2030 sugiere que para entonces, se necesitaría 1,500 millones de pesos. La actual situación hacendaria del país no es alentadora y es probable que no pueda solventar este gasto en salud. Por ello, es imperativa una mayor eficiencia en el uso de los recursos, lo que incluye la prestación de los servicios de salud.

### **3. Estructura, organización y financiamiento del Sistema de Salud**

El Instituto Mexicano del Seguro Social se creó en 1943. Su creación lideró la primera generación de reformas, pues brindó atención a los asalariados bajo el concepto de prestación laboral. También se fundó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que fue la primera secretaría de Estado especializada en temas de salud que se ocupaba de la población no asalariada. Según Gustavo Baz, entonces Secretario de Salubridad y Asistencia, “la asistencia era un mecanismo temporal que finalizaría cuando el país estuviera compuesto solamente por asalariados/derechohabientes de la seguridad social.” Así, de forma deliberada, el sistema se fundó en un diseño segmentado, el cual se pensaba temporal, en el que la figura de Seguridad Social encarnaba a la función estatal de protección social.

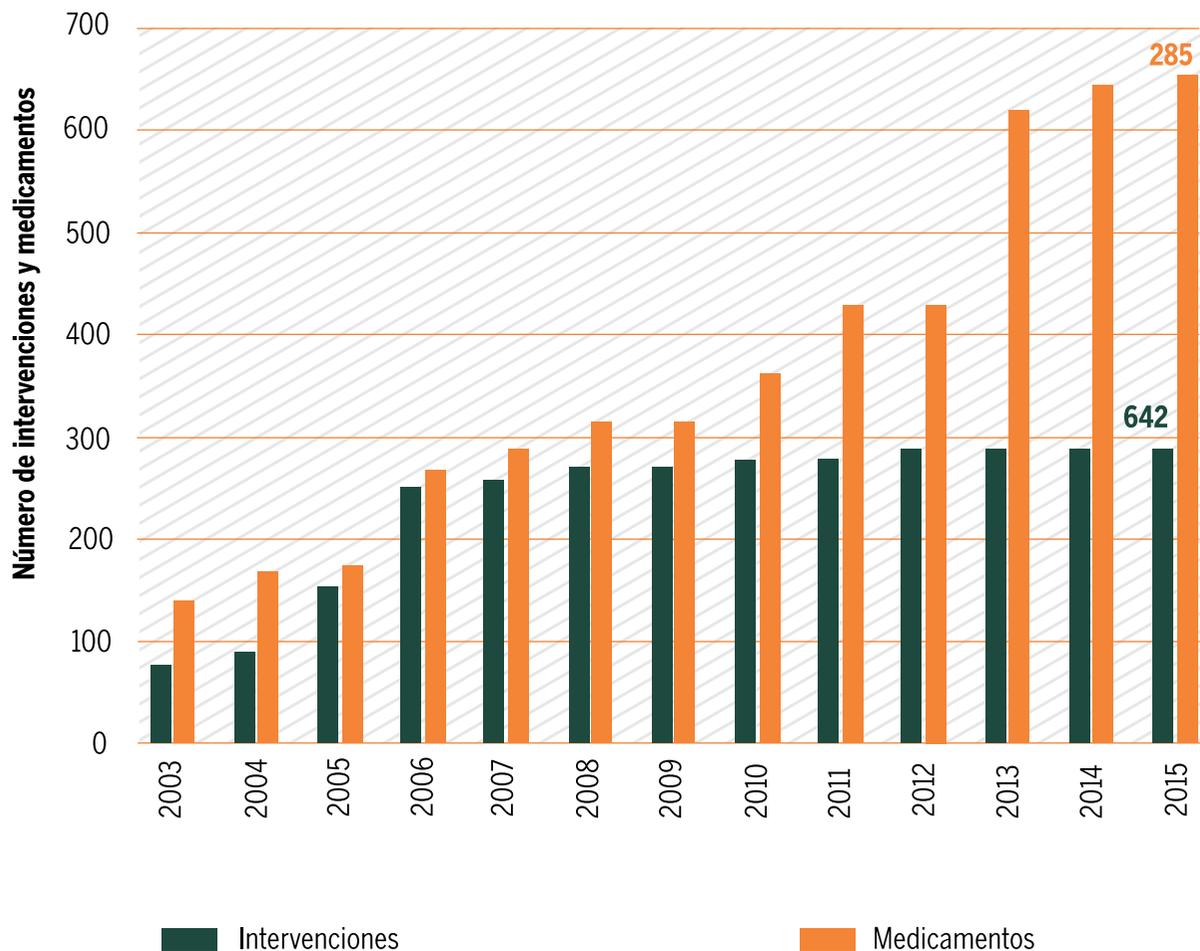
No obstante, la realidad ha ido en sentido contrario a las expectativas que guiaron tal diseño: en 2013 los no asalariados eran aún un grupo persistente que, además, representaba aproximadamente la mitad de la población total. De esa manera, aunque el diseño inicial armonizaba adecuadamente con el sistema corporativista (donde el ejercicio de los derechos se medía por la posición ocupacional de las personas), la ruptura del proyecto original es mayúscula 40 años después.

Ante este panorama, la reforma de 2003 creó el Seguro Popular, figura basada en el reconocimiento, por un lado, de la ausencia de un esquema de aseguramiento en salud para los no asalariados y por otro, de la existencia de esquemas de aseguramiento en salud para los trabajadores asalariados, tanto de empresas privadas como del sector público. En este tenor, el Seguro Popular podría completar el esquema de aseguramiento, y a la vez constituir un paso intermedio hacia un más que necesario Sistema de Salud unificado que no atienda exclusivamente a los trabajadores informales.<sup>2</sup> Desde 2003, el Seguro Popular ha avanzado en su cobertura tanto en número de intervenciones como de medicamentos (ver Gráfica 5).

---

<sup>2</sup> No todos los trabajadores no asalariados son informales. Existen trabajadores no asalariados que son formales: los campesinos —el grupo más cuantioso de los no asalariados— tienen regímenes de propiedad colectiva, reciben créditos, reciben asistencia técnica, están inscritos en otros programas sociales y, en consecuencia, pueden ser considerados formales. Muchos trabajadores por cuenta propia —grupo al que pertenecen los profesionistas— también son formales por el hecho de pagar impuestos. Así, aunque dentro del grupo de los no asalariados están los trabajadores informales —es decir, trabajadores que evaden algunas de sus responsabilidades—, no todos los trabajadores no asalariados son informales.

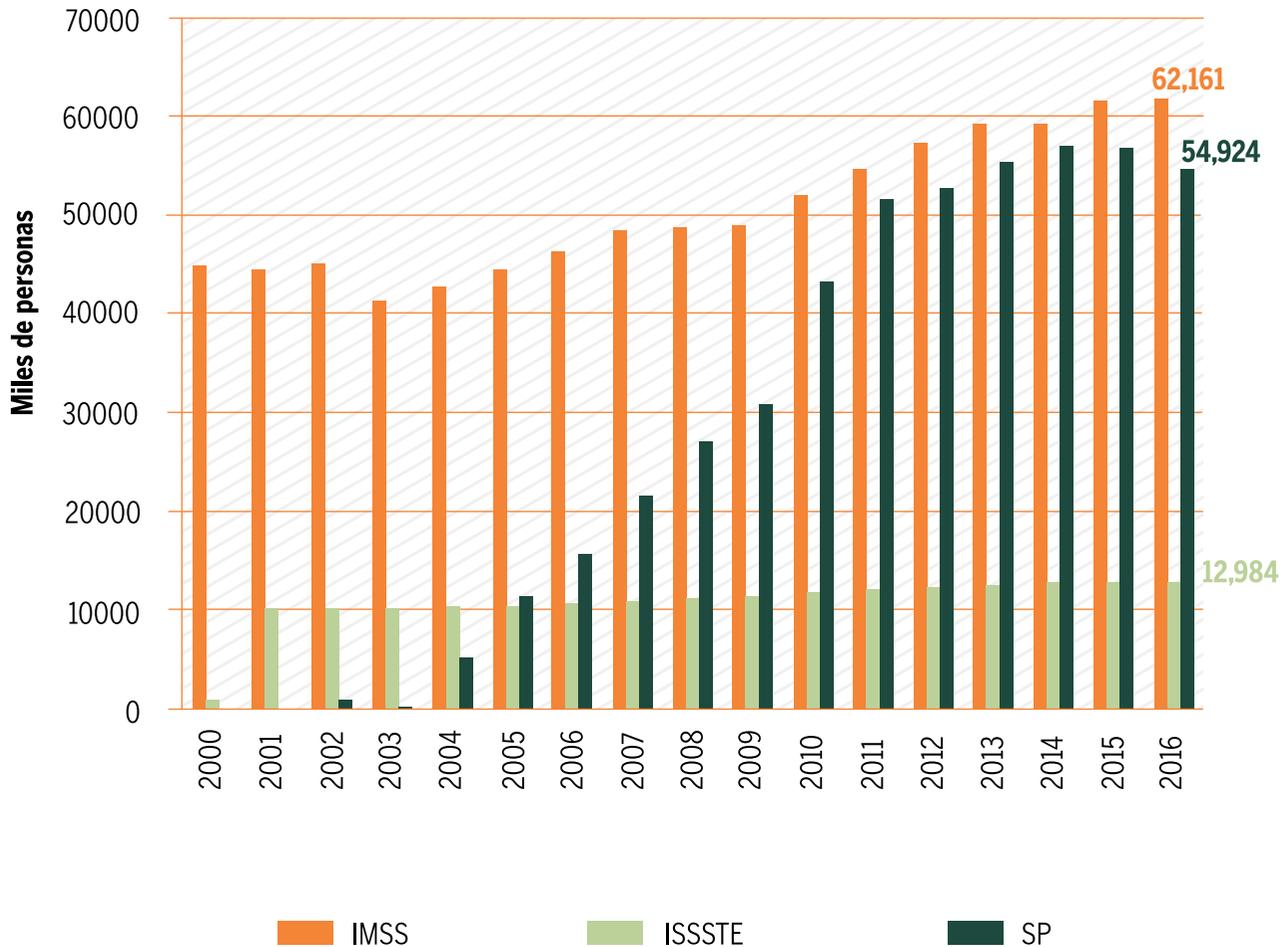
**Gráfica 5. Evolución del Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016 (CAUSES) Seguro Popular 2003-2016**



Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CAUSES. [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

La población derechohabiente del Seguro Popular en el año 2016 fue de casi 55 millones de personas, muy cerca de la población cubierta por el IMSS (62 millones).

**Gráfica 6. Población derechohabiente y con protección social en salud 2000-2016**



Fuente: Cuarto Informe de Gobierno 2015-2016, Anexo Estadístico pag. 162, 163.

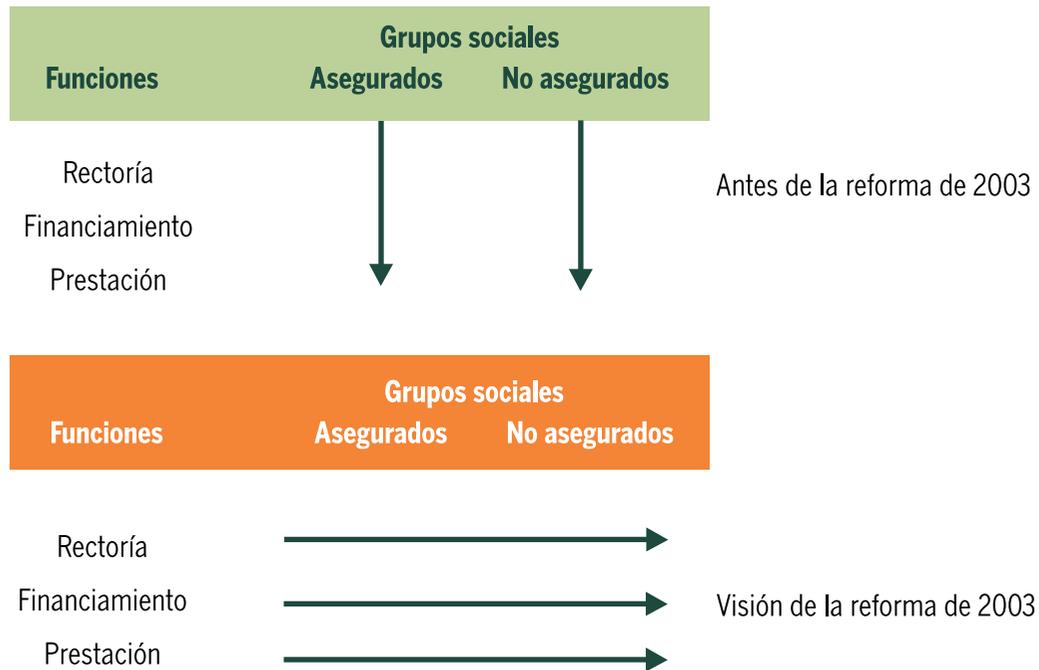
La implementación del Seguro Popular fue una oportunidad histórica de reorganizar el Sistema de Salud. Sin embargo, aunque se le inyectaron muchos recursos adicionales, en general, quedó más segmentado. Durante los últimos dos sexenios y con el Seguro Popular, la salud se convirtió en una bandera política y desde entonces no ha habido una reforma que aproveche su potencial de generación de recursos y atención a la salud.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> A pesar de lo anterior, el Seguro Popular ha tenido algunos resultados a resaltar, sobre todo a nivel de los estados. Por ejemplo, en Hidalgo, la cápita se paga a un privado y se paga por resultados. Otra de las ideas que tuvo resultados positivos fue la de "Aval Ciudadano". Otro espacio donde ha habido relativo éxito es en las familias de Oportunidades (ahora Prospera), con una situación de salud especialmente vulnerable.

## Organización

Hasta la década de los ochenta, los servicios de salud para la población abierta tenían una estructura que centralizaba la regulación, la prestación y el financiamiento de los servicios en el gobierno nacional. Sin embargo, con la finalidad de crear un Sistema Nacional de Salud, los procesos descentralizadores de las décadas de 1980 y 1990 distribuyeron las facultades sanitarias entre el gobierno nacional y los gobiernos estatales. La Secretaría de Salud federal mantuvo las funciones normativas y de regulación, coordinación, planeación y evaluación, mientras que, a través de la firma de un acuerdo de descentralización y la creación de un organismo público descentralizado (OPD), entregó a las entidades federativas tanto la prestación directa como la administración de los servicios. La transferencia de recursos financieros federales se efectuaría mediante un ramo especial etiquetado para el OPD a través de su Secretaría de Finanzas (Merino 2003, Moreno y Flamand 2008).

**Diagrama 1. Organización del sistema mexicano de salud**



Fuente: Frenk *et al.* (2007).

Estos procesos de descentralización consolidaron los sistemas estatales de salud, que se organizaron de forma distinta para prestar los servicios de salud a la población no asegurada y fungir como rectores de la salud en cada estado. La división de funciones derivó en un sistema de servicios de salud para la población abierta que, igual que las instituciones de seguridad social, se organizaba verticalmente en cuanto a la rectoría, la provisión y el financiamiento de los servicios. Más adelante, la reforma a la Ley General de Salud (LGS) de 2003 tuvo como objetivo reorganizar el sistema a través de la integración horizontal de esas funciones, que se consideran básicas (ver Diagrama 1). Esta visión intentó romper con la fragmentación vertical del sistema por grupos poblacionales (Frenk *et al.*, 2007). Esta reforma aún permanece inconclusa.

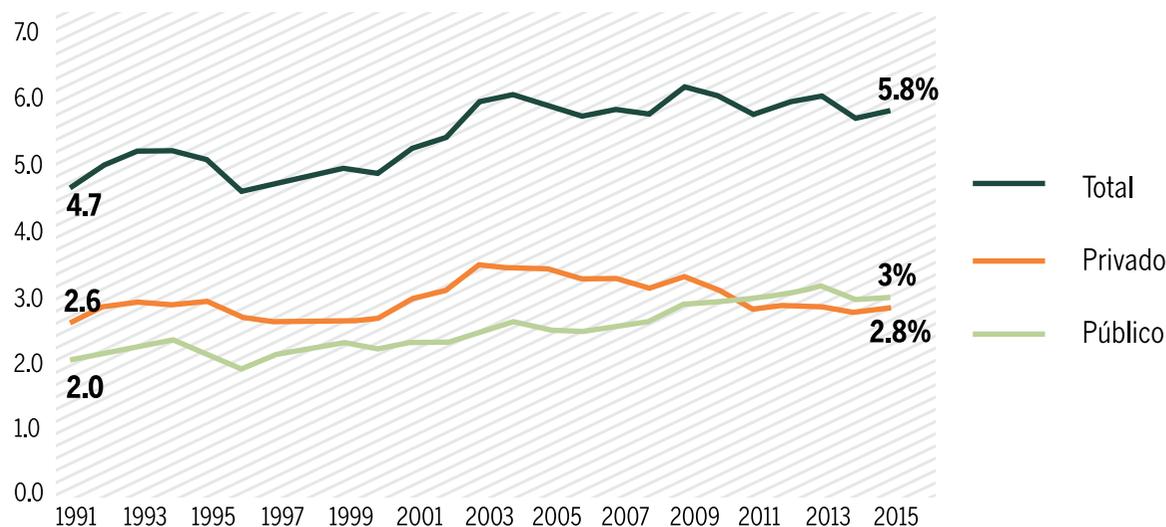
Una característica adicional y de especial relevancia sobre el Sistema de Salud es que, a pesar de la existencia de la Secretaría de Salud—que podría proveer de homogeneidad—la configuración real del sistema presenta una fragmentación organizacional en temas de financiamiento, de administración de servicios y de prestación de los servicios. Esto ha resultado en la creación de múltiples instituciones. Si bien algunas de éstas están integradas, otras se hayan separadas a causa de sus prácticas, de su financiamiento, de sus recursos o de su tipo de pacientes. Tal complejidad y desarticulación del sistema supone un desafío ante la necesidad de unificación para la prestación de los servicios de salud y su correspondiente financiamiento.

## Gasto en salud

El gasto público en salud como porcentaje del PIB en 2015 fue de 3%, mientras que el gasto público y privado fue de 5.8% (ver Gráfica 7). Esta cifra es muy baja: existe un consenso internacional sobre cómo con menos de 6% de inversión pública del PIB es muy difícil tener un sistema eficiente. Tener claro que una mayor recaudación es una de las posibles vías para mejorar el Sistema de Salud resulta no menos que imperativo. No obstante, si se considera la composición del gasto según la fuente de financiamiento, cobra relevancia el hecho de que el componente público de gasto en salud en México (en proporción con el componente privado, el cual corresponde principalmente a gasto de bolsillo) diste de lo recomendado por la experiencia internacional y, además, sea relativamente insuficiente. Sin embargo, sí ha habido una recomposición favorable del gasto, pues en 1990 era, en su componente público, de aproximadamente 1,500 pesos per cápita, y en su componente privado, de 2 mil pesos. En 2014 el gasto per cápita público rondó los 4,500 pesos, mientras que su equivalente privado se acercó a los 4,300.

A pesar del cambio mencionado, el gasto privado aún representa una parte importante de los gastos de salud de la población mexicana, en consecuencia, impone retos en torno a gastos potencialmente catastróficos, empobrecedores y/ o que actúen como barreras de acceso efectivo.

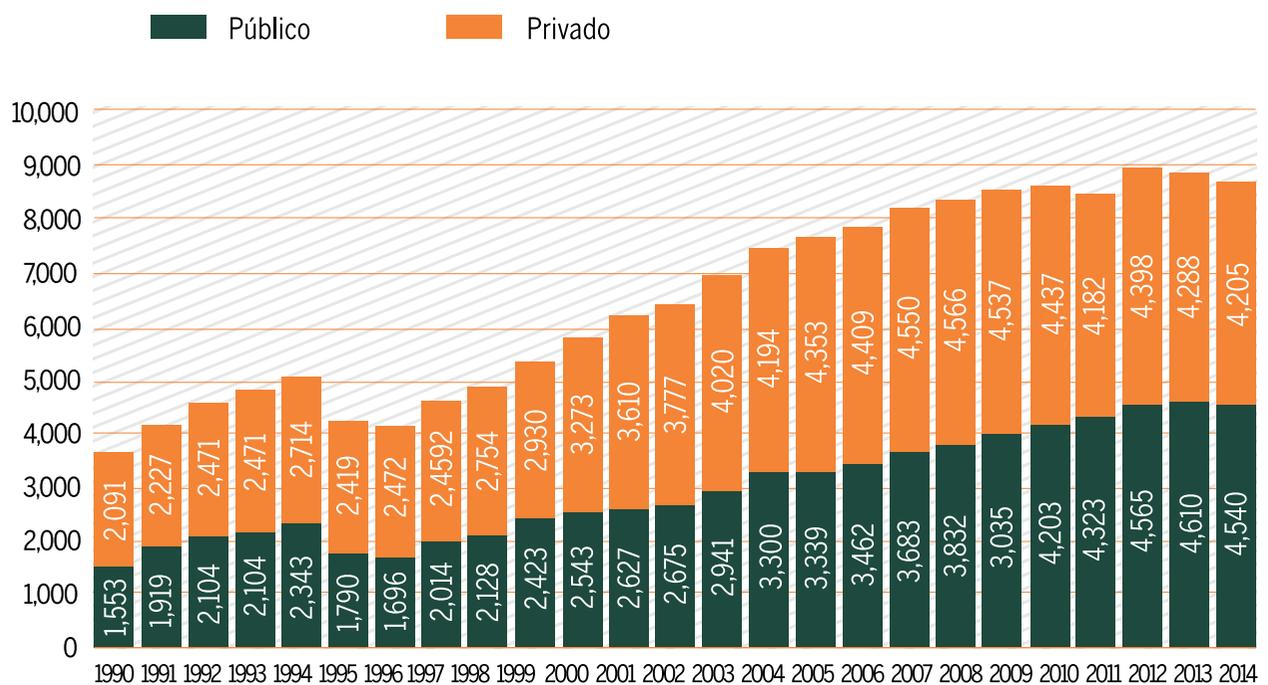
**Gráfica 7. Gasto en salud como porcentaje del PIB, México 1990-2015**



Fuente: OCDE, Health statistics 2016 <http://stats.oecd.org/index>

Como muestra la Gráfica 8, aunque los componentes público y privado del gasto total en salud han tendido a equipararse (actualmente alcanzan proporciones de 53% y 47% respectivamente) la naturaleza del gasto privado provee una justificación adicional para atender y analizar las necesidades financieras del Sistema Nacional de Salud. Del total de los gastos privados en salud, el 95% corresponde a gastos de bolsillo, los cuales son potencialmente catastróficos y empobrecedores. Las cifras indican que el 4.2% de los hogares mexicanos enfrenta gastos catastróficos y el 1.7% enfrenta gasto empobrecedor. Por ello, aún es necesario emprender la sustitución del gasto privado en salud, para disminuir los riesgos que este tipo de gasto representa.

**Gráfica 8. Gasto en salud per cápita, México, 1990-2014 (pesos constantes 2014)**

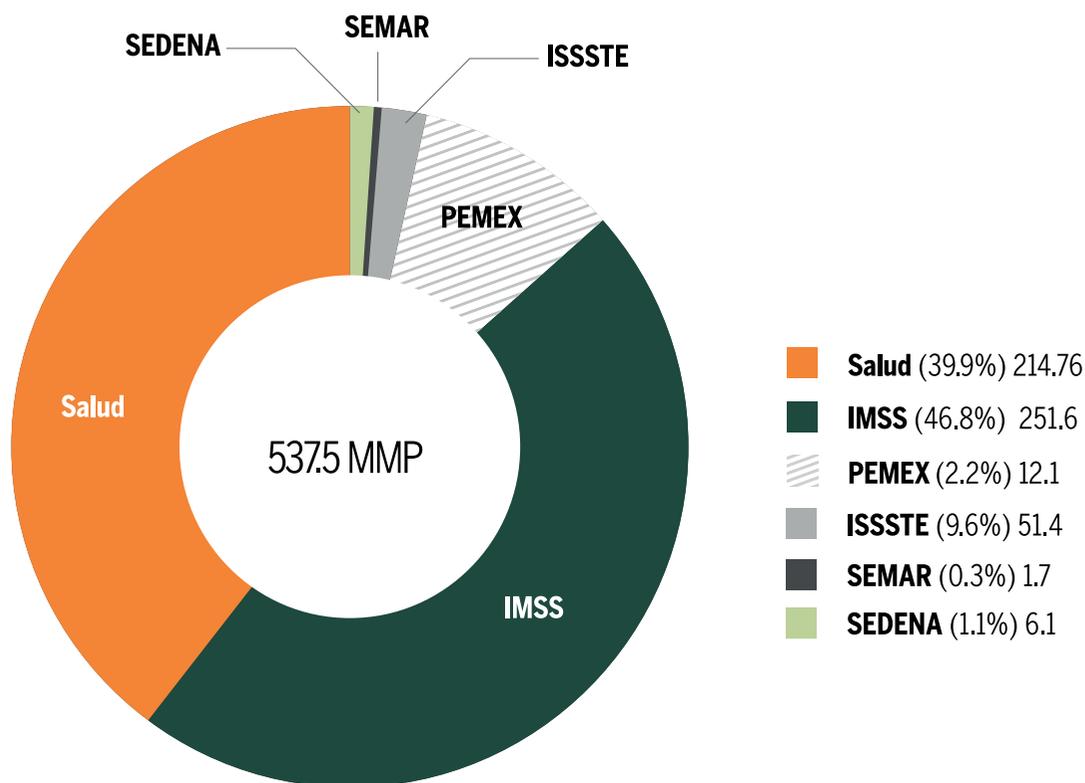


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México, 2016.

Debido a la ausencia de homogeneidad institucional, es preciso identificar qué organizaciones tienen mayor peso presupuestal al interior del Sistema Nacional de Salud. Los recursos públicos destinados al SNS se concentran en dos sectores: la Secretaría de Salud—responsable de la gestión del Seguro Popular—que absorbe 39.9% del total de los recursos, y el IMSS, que recibe el 46.8% del mismo monto (aproximadamente 537.5 mil millones de pesos en 2016). El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Seguro Popular, a través de la Secretaría de Salud, son los dos componentes más importantes del gasto (ver Gráfica 9).

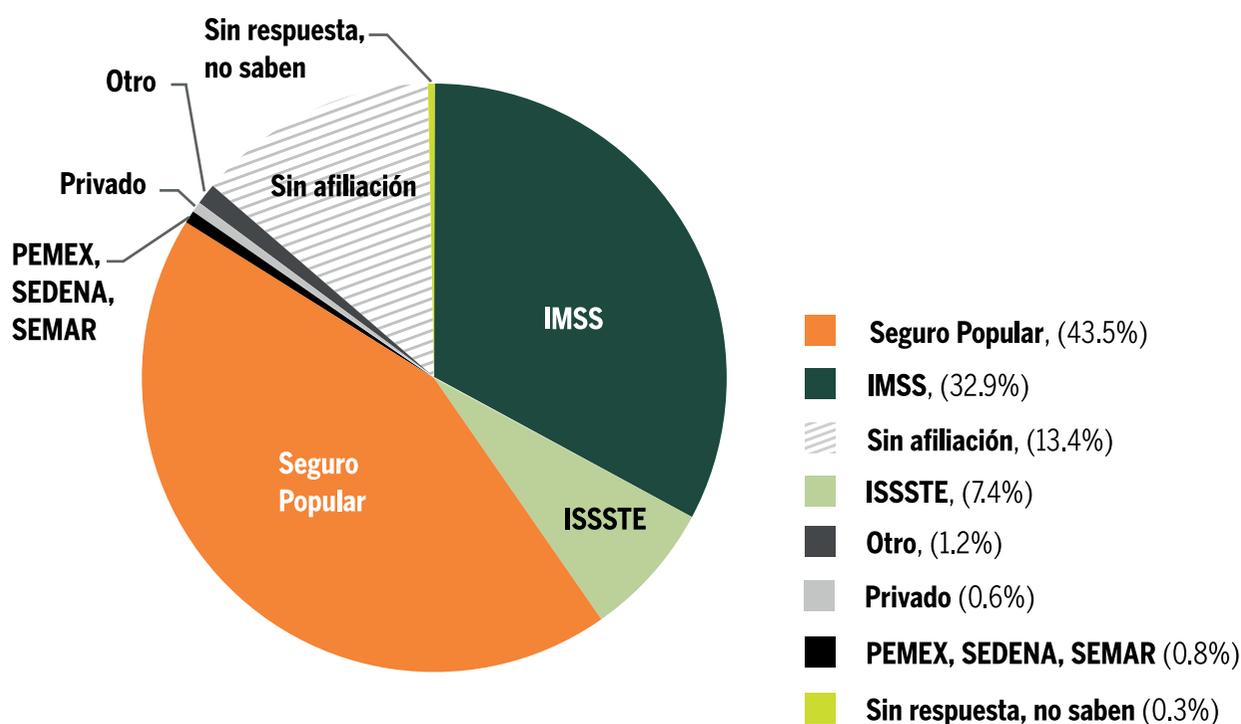
Por otro lado, la primacía que tienen el Seguro Popular y el IMSS en términos de financiamiento es similar a la importancia que poseen tales instancias en términos de afiliación. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2016, cerca del 13.4% de la población mexicana no tiene ningún esquema de aseguramiento; el 43.5% está afiliado al Seguro Popular, el 32.9% al IMSS, y el resto tiene otras formas de participación (ver Gráfica 10).

**Gráfica 9. Recursos financieros del sector público en salud por esquema de aseguramiento, 2016 (miles de millones de pesos)**



Fuente: PEF, SHCP.

De los datos anteriores, sobresale el que el 76% del total de la población se atiende en el Seguro Popular o en el IMSS. A pesar de esta congruencia en términos de financiamiento y afiliación, existen complicaciones. Hay quienes están afiliados a más de una institución. A través de la identificación de los afiliados a las instituciones de salud por medio del CURP, se ha encontrado que hay aproximadamente 7.5 millones de personas afiliadas al IMSS y al mismo tiempo al Seguro Popular; cerca de 1.2 millones de personas pertenecen tanto al ISSSTE como al IMSS; 760,000 personas se encuentran en las listas del Seguro Popular y del ISSSTE. Finalmente, 103,000 están en todos los sistemas. Esta situación genera duplicidades en la cobertura, lo que hace necesario que haya que reasignar recursos destinados a quienes están cubiertos por más de un tipo de sistema, y que haya que financiar de manera adicional a las instituciones que comparten estos traslapes.

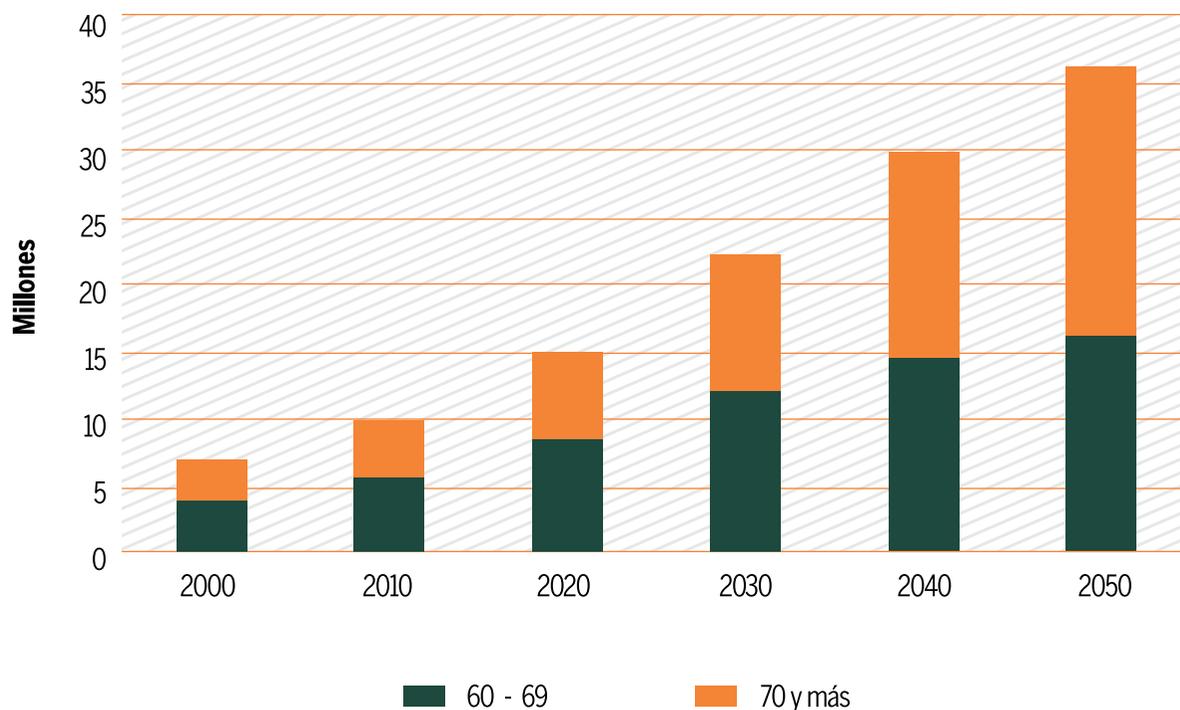
**Gráfica 10. Afiliación de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2016**

Fuente: Conapo, Proyecciones de población 2000-2050.

Ante una propuesta de transformación del Sistema de Salud, todo lo anterior genera la necesidad de diseñar un modo de financiar la atención en salud que cumpla diversos objetivos: brindar protección financiera—en especial contra los gastos catastróficos y/o empobrecedores—y controlar los gastos y edificación progresiva de sostenibilidad para el sistema. En este sentido, cabe destacar que la cuestión relativa a la universalización no responde tanto a una necesidad de cobertura financiera, como sí lo hace a un requerimiento de atención según el tipo de padecimiento cubierto y de la alineación del tipo de atención con los nuevos padecimientos.

Una transformación del Sistema de Salud no puede concebirse si no se toma en cuenta el perfil socioeconómico, demográfico y epidemiológico de la población. México es un país con un alto grado de desigualdad y con una población que vive en pobreza tanto en zonas urbanas como en localidades rurales dispersas. En estas últimas, la falta de servicios fijos de salud evita la prevención de enfermedades contagiosas y prevenibles por vacunación y a hacer frente a las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT).

Un pilar fundamental para este avance es la prevención de enfermedades. Lo anterior implica consolidar las acciones de salud pública y promover hábitos saludables para evitar enfermedades, diagnosticarlas a tiempo y tener un adecuado control, en particular respecto a las ECNT. El reto se incrementa, pues además del envejecimiento de la población, que se puede observar en la Gráfica 11, las ECNT cada vez se presentan a menor edad.

**Gráfica 11. Población de adultos mayores en México, 2000-2050**

Fuente: Conapo, Proyecciones de población 2000-2050.

## Rectoría

La rectoría de un sistema de salud no se concibe sin un sistema de información oportuno y confiable. La planeación y evaluación deben basarse en evidencia. Además, la información es vital para la prevención, para la vigilancia epidemiológica, para monitorear la oportunidad y la calidad de los servicios, e inclusive, para asignar recursos de forma más eficiente. Hoy se reconoce que contar con un sistema de información integral con las características antes descritas es un gran reto en México (OCDE 2015).<sup>4</sup>

Muchas propuestas emitidas por diversos especialistas suponen que el Sistema de Salud en México puede ser administrado y planificado de manera central, cuando en realidad los mercados de la prestación de servicios son

<sup>4</sup> Un ejemplo de esta complejidad es el caso del virus del Zika. Se pueden presentar fallas al momento de llenar los formularios, ya que los médicos de la unidad familiar son quienes diagnostican y llenan los formularios, y no necesariamente cuentan con las capacidades para hacerlo, sobre todo cuando se trata de pasantes. Como todo el sistema de vigilancia epidemiológica depende del llenado de estos formularios, se puede generar un sesgo muy importante en todo el sistema de información. De igual forma, no se cuenta con datos confiables que reflejen cuántas cirugías o procedimientos se realizan o cuántos quirófanos funcionan al día.

locales y necesitan información y capacidad de gestión descentralizada. Si no se cuenta con la información local, la planeación centralizada se vuelve un reto (como lo atestigua la fallida estrategia de Intercambio de Servicios Planificados).

Una de las opciones para mejorar el sistema de información es la creación de una agencia externa, como el INEGI, que defina los indicadores de salud que deben ser nacionales y los que deben ser locales y descentralizados, a nivel estatal e inclusive a nivel de unidad médica. Además, debería incluir la información del IMSS, del ISSSTE y de la Secretaría de Salud.

Es importante explorar la posibilidad del uso de herramientas tecnológicas como las huellas biométricas en hospitales, para así mejorar su planeación y eficiencia. En este sentido, no es necesaria una base de datos nacional, como sí lo sería una normatividad que permita la consolidación de la información. Tal es el caso del Expediente Clínico Electrónico.

La rectoría del Sistema de Salud a través del Consejo Nacional de Salud se ha debilitado. El ejemplo más emblemático de lo anterior es la reducción del porcentaje de vacunación en los últimos años, a pesar de haber alcanzado coberturas de 98% y 99% anteriormente. La rectoría del sistema debe revisarse no sólo en términos jurídicos, administrativos y normativos, sino también en términos de las asignaciones reales de poder de decisión. El tema de la rectoría ha de tratarse en el contexto de un sistema político administrativo vertical, el cual tiene cada vez menos instrumentos reales para aplicarlo, sobre todo en cuanto al seguimiento y evaluación. La Secretaría de Salud no tiene normatividad ni capacidad de articulación porque los recursos financieros se transfieren por ley a los estados, independientemente de las acciones regulatorias de la Secretaría de Salud.

## Financiamiento

En el primer proceso de descentralización, el único margen de autonomía financiera de las entidades federativas fue la proporción del gasto en salud que se solventaba con las aportaciones estatales y las cuotas de recuperación que cobraban. El gobierno central continuó la definición de los capítulos, conceptos y partidas del gasto de cada entidad federativa con base en su presupuesto histórico. La segunda etapa descentralizadora modificó estos criterios: las entidades federativas decidirían el uso de los recursos federales para los objetivos fijados centralmente y para cubrir un mínimo de servicios. Además, las transferencias se establecerían a partir de las condiciones socioeconómicas y de salud de las entidades (Moreno y Flamand 2008, Aguilera y Barraza 2011).

Lo anterior significó más autonomía en el ejercicio del gasto para las entidades federativas, lo que modificó la relación entre la autoridad normativa (la Secretaría de Salud) y los prestadores de servicios (los gobiernos estatales). Se transitó de un esquema de control directo hacia uno de autonomía de gestión. En éste, el gobierno federal asumió la función de evaluar los resultados obtenidos sin tener la potestad para interferir (Moreno 2000, Moreno y Flamand 2008).

En este contexto, en 2004 se creó el Sistema de Protección Social en Salud, lo que implicó un cambio drástico en los criterios de asignación de los recursos. En palabras de Frenk *et al.* (2007): “el nuevo sistema democratizó los recursos, es decir, ahora los recursos se distribuyen entre los estados de acuerdo con el número de afiliados, para que el dinero siguiera a los usuarios de los servicios de salud y, en última instancia, a las necesidades de cada entidad”.

## Prestación de servicios

Existe un vacío normativo de los órganos privados que da lugar a estructuras oligopólicas que elevan los precios de los servicios. El poder de mercado de los consorcios empresariales es considerable, lo que provoca que los costos de los servicios vayan a la alza. En los últimos 30 años, se ha confiado en medidas para incrementar el tamaño del mercado. Sin embargo, para que los proveedores privados sean más competitivos, se requiere que el Estado promueva la concurrencia de proveedores y evite la colusión entre ellos. No obstante que esta actividad es responsabilidad de la Comisión Federal de Competencia Económica, se han logrado avances con la creación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud.

## Protección social

El concepto de protección, entendido como una de las grandes funciones del Estado,<sup>5</sup> es esencial para la propuesta de transformación del Sistema Nacional de Salud. En específico, la protección social tiene tres áreas generales: la promoción social, la previsión social y la protección social en salud (ver Diagrama 2).

**Diagrama 2. Dimensión de la protección social en salud**



<sup>5</sup> En general, una de las grandes funciones del Estado es proteger a los miembros de la comunidad de distintas amenazas que devengan de transformaciones ambientales, así como defender la soberanía nacional y la integridad física de las personas ante la vulnerabilidad de posibles desastres.

La promoción social, un concepto más integral que el de asistencia social, se refiere a los esfuerzos para promover las capacidades y oportunidades de los sectores más vulnerables con la finalidad de superar la pobreza. Incluye la atención a los denominados “nuevos riesgos sociales” a las situaciones complejas de exclusión social, como lo son las que propician las adicciones o el tráfico de personas. La *previsión social* se refiere al ahorro y a la inversión que se necesita para cubrir los riesgos económicos asociados con el desempleo, con la vejez y con la discapacidad. Finalmente, la *protección social en salud* incluye la protección contra los riesgos a la salud,<sup>6</sup> la protección de la calidad de la atención<sup>7</sup> y la protección financiera—cada una de las cuales, como se observa en el Diagrama 2, posee atribuciones específicas.

Si bien la segunda generación de reformas reconoce la *protección de la salud* como un derecho constitucional y la tercera generación la promueve,<sup>8</sup> es necesario que las acciones que conformarán una cuarta generación de reformas posean una visión integral e incluyente de todas las modalidades de protección social. En principio, debe abandonarse la idea de que la seguridad social sólo designa a la prestación laboral ligada al empleo asalariado, mientras que la protección social sólo se refiere a los servicios provistos a la población que no se encuentra en esa primera categoría (en especial los trabajadores no asalariados).

La distinción entre seguridad social y protección social se remite al origen del Sistema Nacional de Salud, bajo una realidad económica y política del todo diferente a la actual, y que ya no puede ser la base para una concepción de derechos universales y efectivos en torno a la atención a la salud.

## 4. El sistema de salud actual y el deseable

La primera generación de reformas al Sistema de Salud data de 1943, año del nacimiento del IMSS. Fue un paso esencial en la evolución del sistema, porque modeló la arquitectura institucional actual. Una segunda generación de reformas comenzó en la década de los ochenta y culminó el 3 de febrero de 1983 con la reforma al artículo 4° de la Constitución. Esta transformación supuso el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud. No obstante, también representó una reforma legal sin precedentes que permanece incompleta: el arranque de la descentralización y la orientación hacia la atención primaria. Una tercera generación arrancó con las reformas de 1997 a la ley del IMSS. Tuvo su sustancia en la reforma de 2003 a la Ley General de Salud y en la creación del Sistema de Protección Social en Salud. Esta generación contiene indicios de una tendencia hacia la unificación del Sistema de Salud, pero se requiere de una cuarta generación de reformas para su consolidación. Debe ser una generación que se enfoque en la dimensión institucional y armonice las vertientes legales, financieras y gerenciales con el objetivo final de desegmentar el Sistema de Salud.

<sup>6</sup> La protección contra los riesgos a la salud puede ser de dos tipos: contra riesgos sanitarios, cuando la exposición es pasiva y cuya responsabilidad corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y sobre riesgos conductuales, cuando la exposición es activa.

<sup>7</sup> Protege la seguridad de los pacientes y procura la efectividad de los servicios (e.g., que los tratamientos tengan el resultado deseado). Se trata de la dimensión encargada de asegurar la seguridad del paciente y su trato digno. Incluye la dimensión interpersonal de la protección de una serie de derechos humanos vinculados con el proceso de atención a la salud: la protección del derecho a la confidencialidad, del derecho a la participación en la toma de decisiones sobre la propia salud, entre otros.

<sup>8</sup> Mediante la creación de programas e instituciones responsables de garantizarla en sus diversas dimensiones: Cofepris—que es una respuesta a la necesidad de protección contra riesgos a la salud, particularmente sanitarios—, Seguro, Seguro Popular—en lo referente a protección financiera. Cruzada y Si calidad, no fueron respuestas institucionales como tal, sino programas dirigidos a la protección de la calidad de la atención

Los intentos progresivos para desligar las ideas de protección social y de previsión social/ prestación laboral han sido constantes (el germen de esta distinción es un legado de la segunda generación de reformas): el primer paso fue la del artículo 4° de la Constitución, que en su párrafo tercero consagra el derecho a la protección de la salud. Después se creó un título nuevo en la Ley General de Salud para posibilitar la consideración de la protección social en este ámbito. Por lo tanto, la cuarta generación de reformas enfrenta el reto de consolidar el impulso incipiente desde la segunda reforma: abandonar la idea de que la posición de las personas en el mercado laboral ha de determinar las modalidades de acceso al sistema de salud, fortalecer la conceptualización del acceso como un derecho ciudadano y, en consecuencia, universalizar la protección social en salud.

En segundo lugar, los esfuerzos para universalizar la protección social y el nexo perdurable entre seguridad social y protección social han generado una contradicción constitucional fundamental. Ésta habrá de resolverse en la cuarta generación de reformas, pues se trata de la inherente a los artículos 4° y 123°. Por lo tanto y con el propósito de avanzar en la universalización, debe considerarse que la clave para la desegmentación es organizar horizontalmente el sistema por poblaciones, por prestaciones y, dentro de las prestaciones, por funciones. Este esquema correspondería a una separación entre rangos de aseguramiento y, en el caso de salud, entre funciones. La idea de separar los rangos se ha manifestado desde las reformas de 1997; sin embargo, aún no se ha concretado—y de hecho, se han experimentado retrocesos en esta materia. Por lo tanto, es imperativo comenzar y concluir la separación entre rangos de aseguramiento. Con respecto a la separación por funciones en el sector salud, aunque se han presenciado importantes avances—que comenzaron con la descentralización en 1983—es necesario terminar plenamente con la división: consolidar una Secretaría de Salud rectora y que la prestación de los servicios se provea en los estados.

Así, aunque en la actualidad la mayor parte de la población cuente con prestaciones enfocadas en la salud mediante tres seguros públicos de cobertura médica, es necesario extender los beneficios de la seguridad social a toda la población:<sup>9</sup> seguro de vida e invalidez, pensión y transferencia de ingresos y seguro por otros riesgos asociados con dimensiones de la protección social o relacionados con la previsión y promoción social. Estas acciones son necesarias ya que persiste la segmentación básica de la población entre asalariados y no asalariados. En este sentido, permanecen las desigualdades porque la fundación del esquema de protección social y riesgo de salud se basa en esa distinción. Resulta más que relevante separar las pensiones de los seguros de salud, en especial, entre los rangos de aseguramiento: por una parte y en un sentido estricto, las pensiones son un ahorro de previsión contra eventos contingentes pero determinados (como la jubilación y la muerte); sin embargo, no son un seguro, porque no poseen un elemento de incertidumbre. Ahora bien, en cuestiones de salud sí existen riesgos (es decir, hay eventos inciertos: nadie sabe cómo se enfermará o cuándo se accidentará de gravedad). Por ello, la función de aseguramiento debe ocuparse de este sector.

Además de la diferenciación entre previsión/ seguridad social y protección social expuesta en los párrafos anteriores, es necesario comprender el diseño actual del Sistema de Protección Social en Salud con el objetivo de universalizarlo. Como se mencionó anteriormente, con la reforma de 2003 a la Ley General de Salud (que

---

<sup>9</sup> Han existido esfuerzos como la inclusión de un seguro de vida en el Seguro Popular, mismo que no prosperó.

encabeza a la tercera generación de reformas que modelan el sistema nacional de salud) nació el Sistema de Protección Social en Salud caracterizado por la necesidad de dotar de una nueva arquitectura financiera al sistema ante el reconocimiento de que la heterogeneidad de sus productos—provisión de bienes públicos (en términos estrictamente económicos) y de servicios a las personas—requería de una lógica financiera apropiada para cada uno de ellos.

**Diagrama 3. Dimensión de la protección social en salud**



El Diagrama 3 muestra cómo la reforma de 2003 propuso financiar de manera diferenciada los productos del Sistema de Salud: los bienes públicos se financiarían mediante cobro y asignación de impuestos. Los bienes que no son estrictamente públicos (llamados “servicios de salud a la comunidad” en la reforma a la ley de 2003) se financiarían por medio de un fondo de aportación específico. Éste mezcla servicios estrictamente colectivos personales en los que exista una falla por ausencia de demanda en el mercado; e.g., educación para la salud dirigida al grueso poblacional, como un servicio de salud a la comunidad. Con respecto a los servicios a la persona, también se realizó una distinción financiera—dos fondos separados—entre los servicios esenciales (los que satisfacen el 85% de las necesidades de salud de la población) y las intervenciones de alta especialidad.

Además de la conceptualización teórica de protección (y de su diferenciación con respecto a la asistencia y seguridad social) que fundamenta la intención de universalizar el derecho a la salud, es importante comprender la homologación de la arquitectura financiera de los tres grandes seguros públicos. Se trata de un intento consciente que se plasma en las tres leyes que rigen la estructura del Sistema Nacional de Salud —la Ley del IMSS, del ISSSTE y la Ley General de Salud.

## Cuadro 2. Nueva estructura para brindar protección financiera universal

Seguros públicos	Aportaciones		
	Beneficiario	Aportante responsable	Gobierno Federal
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Cuota obrera	Cuota patronal	Cuota social
Seguro Médico del ISSSTE	Cuota del empleado	Cuota del empleador público	Cuota social
Seguro Popular de Salud	Cuota familiar	Aportación solidaria Estatal      Federal	Cuota social

En 1997, cuando se reformó por primera vez la Ley del IMSS, el cambio principal fue la introducción de la cuota social; a saber, una aportación del gobierno federal por trabajador aunada a la que en ese entonces predominaba: la obrero patronal (ver Cuadro 2). Esta cuota social fue una gran innovación motivada por la necesidad de reducir la dependencia del impuesto a la nómina y transitar hacia una dependencia de impuestos generales. En 2003, ya en un segundo momento, se reformó la Ley General de Salud con base en la arquitectura financiera con la que se diseñó la Ley del IMSS de 1997: se retomó la idea de cuota social, pero en vez de definirla según la aportación patronal, se fijó por una aportación solidaria, proveniente de los estados y la Federación, y por una aportación del beneficiario mediante una cuota única. En 2007, ya en un tercer momento, se reformó la Ley del ISSSTE con base en la reforma a la Ley General de Salud de 2003. El objetivo de este deliberado intento fue homologar una nueva arquitectura financiera de todo el Sistema de Salud y no únicamente de los servicios de la Secretaría.

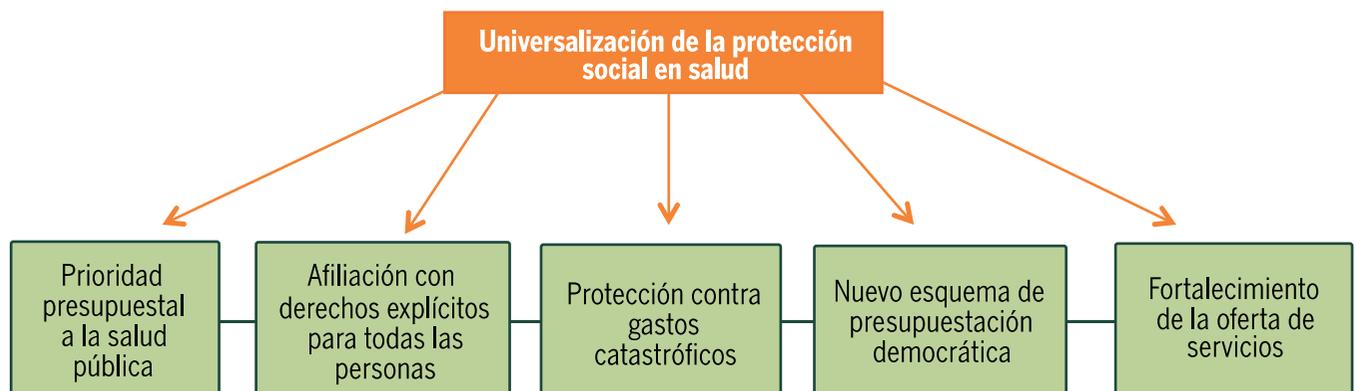
La protección social en salud en México está fragmentada y es profundamente inequitativa, tanto entre las personas aseguradas y las no aseguradas, como entre los residentes de las 32 entidades del país. En un primer momento, el Seguro Popular se propuso disminuir estas inequidades; sin embargo, la discusión actual sugiere que la universalización de los servicios de salud en México es en realidad la medida que permitiría alcanzar este objetivo (Funsalud 2013). La propuesta de establecer un sistema único de salud (que implica eliminar el sistema dual que hoy existe) se justifica por la enorme desigualdad que predomina en la atención a la salud actual, aun con los indudables logros del Seguro Popular como mecanismo de protección financiera para las personas sin acceso a la seguridad social, en especial la población de ingresos más bajos (Levy 2008).

## 5. Perspectivas para avanzar en el Sistema de Salud

Lograr cambios en el Sistema de Salud toma décadas. Cualquier cambio debe planearse a largo plazo con la visualización de escenarios reales. Lo primero es considerar cuántos mexicanos se espera que haya para 2030, cómo será la pirámide poblacional y cuáles serán las enfermedades que se padecerán. Los problemas de salud más básicos son la diabetes y las insuficiencias cardíacas. Después, y una vez que se estime cuál será la demanda, se tiene que considerar cuáles serán los entornos de organización para 2030. Ejemplifica lo anterior la situación a la que se enfrentarán los asalariados. La tendencia muestra que el concepto de una relación laboral subordinada tenderá a desaparecer. Si es así, entonces el paradigma tiene que cambiar, y, en esta materia, se debe comenzar a ver la política desde el punto de vista de la salud y no de la enfermedad. En la medida en que se pueda conservar a una población sana, se reflejará el éxito del sistema. El énfasis debe hacerse en la prevención y en el modelo de atención primaria de la salud. Así, resulta incomprensible que las aseguradoras no ofrezcan seguros de prevención y se prefiera pagar la clínica del trasplante y las intervenciones más costosas y no invertir en acciones preventivas. Además, es necesario replantear un cambio de modelo, en donde se tenga atención ambulatoria, sin necesidad de pagar un hospital de alta especialidad.

Cualquier propuesta de transformación del sistema que pretenda ser parte de la cuarta generación de reformas tendrá que contemplar el esfuerzo constante que se ha realizado para homologar la arquitectura financiera de los tres grandes seguros públicos. No obstante, es necesario reconocer la existencia de otras innovaciones que requieren reanudarse o continuarse. Algunas de éstas se muestran en el Diagrama 4.

**Diagrama 4. Innovaciones del Sistema de Protección Social en Salud**



Por ejemplo, en su concepción original, el Seguro Popular y la Ley General de Salud contenían una fórmula de asignación de recursos a entidades federativas que rompía con dos factores determinantes hasta entonces: la inercia del presupuesto del año previo y el esquema de asignación de los recursos según el poder político de los estados y de la Ciudad de México. Esta situación generó una diferencia de hasta 200% entre las asignaciones per cápita de fondos federales para las entidades que menos y más recursos recibían. Aunque este diseño—cuya creación se inspiró en las necesidades de establecer reglas sobre la aportación de los estados para frenar la puja política por los recursos—conserva gran importancia, su uso ha decaído en la práctica. Por lo tanto, estamos frente a un reto pendiente para la próxima generación de reformas. Dentro de las potenciales propuestas, el concepto o figura de protección contra gastos catastróficos también debe rescatarse. Otras innovaciones que siguieron a la instauración del Sistema de Protección Social—como la creación de un fondo protegido y la explicitación de los derechos de la población—constituyen una contribución importante para una reforma que tiende a alcanzar la universalización. Por ello resultan tan necesarias para la continuidad en la cuarta generación de reformas.

Una alternativa para la cuarta generación de reformas es lograr un sistema de salud con componentes públicos y privados. Ha de cuidarse, no obstante, que la diferenciación de tales componentes se realice por funciones y no por poblaciones. En este sentido, cabe señalar que los sistemas de salud tienen cuatro funciones principales cuyas características determinan la posible participación privada: la rectoría, el financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos. La rectoría, responsabilidad de la Secretaría de Salud federal junto con secretarías estatales, debe ser pública e incluir la regulación, el diseño y aplicación de reglas justas y equitativas, la evaluación del desempeño, la planeación o desarrollo de una visión estratégica, la transparencia y la rendición de cuentas.

El financiamiento debe ser público (aunque haya un papel complementario para los seguros privados), porque hay demasiadas asimetrías de información e incertidumbre en torno a los seguros de salud, pues no existe un límite natural a este tipo de necesidades. En la prestación puede haber un esquema plural y régimen de propiedad de prestadores. Su carácter de público o privado será irrelevante, siempre y cuando, se cumplan dos condiciones: 1) una rectoría pública honesta y transparente; 2) financiamiento preponderantemente público, que no excluya a nadie de los servicios de salud. La necesidad primordial en este rubro es la certificación.

El ámbito de la formación de recursos humanos posee un gran espacio para la participación privada, aunque el papel público gubernamental es esencial respecto a la generación de inversión en insumos, infraestructura e investigación. En este sentido, hay una gran área de oportunidad para los modelos innovadores de financiamiento, desarrollo y construcción de infraestructura física. En suma, esta nueva generación requiere una reforma legal, misma que resuelva, por ejemplo, la inconsistencia constitucional que se expuso con anterioridad, que repare en las trabas que han imposibilitado la creación de un padrón nominal de beneficiarios del sistema de salud y, en consecuencia, de una tarjeta universal de salud, de atención pertinente y de rediseño institucional que se enfoque en ser integral, en ir desde lo preventivo hasta lo paliativo, en contemplar las atenciones sobre determinantes sociales, saneamiento, seguridad, y planes de fin de vida y muerte.

Desde que se implementó el Seguro Popular, se buscó lograr la cobertura completa en las familias de Oportunidades (hoy Prospera). Esto, aunque no se ha logrado, puede de hecho concretarse en muy corto plazo. El único impedimento que existe en la Secretaría de Salud es que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no está dispuesta a pagar la cápita que le correspondería a cada familia beneficiaria para afiliarla. De lograrse el

el cien por ciento de la cobertura para las familias de Prospera, se cumpliría una condición de elemental justicia: proveer lo mínimo que ofrece hoy el Estado a la gente que más lo necesita.

La implementación del Seguro Popular ha sido muy heterogénea. Hay múltiples ejemplos de innovación que ocurrieron con el Seguro Popular y que aún ocurren en los estados, por ejemplo, en Hidalgo y Baja California Sur. El Consejo Nacional de Salud, donde se reúnen los secretarios estatales, siempre ha sido un experimento de diseminación de instrucciones verticales de la Federación a los estados. El problema es la falta de un mecanismo de diseminación de buenas prácticas, como podría ser una Academia del Seguro Popular.

Un dilema que se presenta al reformar, es la elección entre mejorar la descentralización o centralizar. Una nueva reforma debe enfocarse en qué centralizar y qué descentralizar, no sólo en términos de financiamiento sino también en términos de los procesos. Existen posturas a favor de una mayor descentralización, con mayores controles, y otras a favor de una recentralización, como en la reforma educativa de 2013. También existen experiencias diferentes en cada sentido. El porcentaje de abasto de medicamentos es un ejemplo de las diferencias en este rubro: Nuevo León podríamos decir que está descentralizado en su totalidad y la Ciudad de México cuenta con un porcentaje muy bajo de abasto descentralizado. En general, el sistema de abasto suele ser descentralizado, pero la eficacia ha tenido resultados por demás variados.

Existe gran diversidad entre los estados del país en cuanto a sus capacidades institucionales. Algunos proveen medicina preventiva de calidad, otros son muy eficientes para proveer información, y otros se especializan en proveer medicina curativa o de alta especialidad. Dicha diversidad ha sido un resultado positivo: permite identificar mejores prácticas. Aún así, se requiere elaborar un diagnóstico cuidadoso por área para decidir qué se debe centralizar y qué no. Es importante tomar en cuenta los incentivos correctos y con información confiable para que los sistemas estatales respondan positivamente. Un ejemplo claro fue la mejora en afiliación al introducir incentivos económicos per cápita, al igual que para la “consulta segura”, para la cual, se compró el material necesario y se capacitó a las personas para llevarla a cabo. Una medida que ha demostrado funcionar con éxito es la inserción de incentivos económicos para mejorar aspectos no sólo de afiliación sino de otros temas, como vacunación.

Otro ejemplo puntual respecto a la difícil decisión de descentralizar o centralizar es la experiencia de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE). Existen siete HRAE que administra la federación, tres de los cuales son Asociaciones Público-Privadas (PPS por sus siglas en inglés) y están en Ciudad Victoria, el Bajío e Ixtapaluca. Los otros HRAE se encuentran en Yucatán, Chiapas (dos hospitales) y Oaxaca. Sin embargo, el HRAE del Bajío, que es el que mejor funciona. En 2015 tenía un nivel de ocupación del 60% aproximadamente, mientras que los de Ciudad Victoria e Ixtapaluca tenían un nivel de ocupación muy menor.

Cada uno de los HRAE tiene sus problemas y razones que explican su deficiente desempeño, pero entre las más comunes están la falta de personal, la ubicación, las fallas de un sistema de referencia y contra referencia y la competencia por recursos del SPSS: si el estado refiere al HRAE de Bajío un caso de leucemia, por ejemplo, en lugar de canalizarlo al hospital del estado correspondiente, el estado no cobra el caso al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, lo cobra el HRAE. Esta competencia genera incentivos perversos entre los estados y la federación, cuestión a considerar al centralizar o descentralizar. Lo anterior también representa una oportunidad para construir un sistema de información por medio de una agencia externa neutral, acompañada de un fortalecimiento de los sistemas estatales en cuestión legal, en gestión administrativa, así como en recursos humanos.

Uno de los grandes problemas que se ha identificado es la falta de atención primaria. En este sentido, quizá se tenga que cambiar de modelo y no enfocarse en un gasto público excesivo, inspirado en los sistemas de España o Inglaterra. Otros sistemas, como el de Japón o el de Canadá, lo han hecho de forma diferente. Si se toma en consideración la gran disposición a gastar en salud de las familias mexicanas, se debe plantear un modelo nuevo con una estructura corporativa más moderna, con hospitales públicos que no dependan de la política y de las dinámicas de la Secretaría de Salud para así poder manejarse con un criterio más eficiente.

Otro gran tema que se presenta en el Sistema de Salud es el subejercicio de gasto, mismo que se vincula con problemas de capacidad institucional. Se requiere elaborar un diagnóstico amplio en torno a las fallas en el sistema, sobre todo en el contexto de la descentralización y de los cambios que ha tenido el Seguro Popular. Para que los recursos fluyan de una manera más eficiente hacia el Seguro Popular, es necesario identificar en qué ámbitos se presentan obstáculos y lo que se requiere fortalecer de manera puntual.

En las zonas semiurbanas en México, la atención médica no se recibe en hospitales, sino en clínicas comunitarias, las cuales atienden a un gran porcentaje de la población. La gran mayoría de estas clínicas no cuentan con los recursos ni de personal ni de abastecimiento necesarios para la adecuada atención de las personas. No está claro el impacto del Seguro Popular en estas clínicas, las cuales representan la mayor área de oportunidad para los sistemas integrales, para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, de prevención a través de sistemas no médicos —por ejemplo, el automanejo de la diabetes—, etc. Se necesita replantear su importancia en el Sistema de Salud por la gran cantidad de población que acude a ellas.

Respecto a la asignación de recursos, no solamente es necesaria una que sea adecuada, sino que se debe orientar a la productividad. De acuerdo con el anteproyecto de Ley de Institutos de Salud Pública en hospitales de alta especialidad, al igual que con la reciente modificación a la Ley de Ciencia y Tecnología de diciembre 2015, se permite que las empresas tengan una relación directa y con carácter económico para el desarrollo de ensayos clínicos y pruebas sin la necesidad de intermediarios, para evitar situaciones de corrupción. Se busca que los Institutos Nacionales de Salud sean verdaderos centros generadores de recursos por su propia especialidad y equipamiento, que atraigan inversión y nuevas tecnologías.

Las nuevas tecnologías están ligadas al desarrollo de productos mediante la aplicación de la ciencia, pero también a la posibilidad de hacer negocio con ella mediante patentes que permitan la obtención de regalías. La normatividad para poder vender servicios privados en ciertas instituciones cuando éstos no se utilizan es compleja. Ahora bien, si no se permite un acercamiento con la ciencia, no habrá posibilidad de negocio, no se podrá lograr la generación de patentes y las regalías que éstas generan sin que se involucre a la Función Pública. Ese tipo de paradigmas son los que deben cambiar, ya que son fundamentales en el modelo primario de atención a la salud.

En cuanto al gasto, es necesario replantear cómo se lleva a cabo. Debe haber una reorientación de éste a la parte preventiva para hacer más eficiente el sistema. La diabetes ejemplifica lo anterior: se paga el tratamiento por

insuficiencia renal terminal por diabetes (hemodiálisis) pero no el instrumento para prevenir los problemas a causa de la diabetes (glucómetro).<sup>10</sup> La vinculación de nuevos esquemas de tratamiento, como el que los propios pacientes monitoreen sus padecimientos y se responsabilicen de parte de su atención (“automanejo de la enfermedad”) resulta asimismo deseable. Se requiere para lo anterior, no obstante, una alfabetización en salud.

Por otra parte, las reformas fiscales y las propuestas que se han hecho para financiar la salud en México han sido muy deficientes, puesto que no están pensadas para mejorar la salud o las pensiones, sino para solucionar cuestiones de deuda, misma que no se enfoca en el gasto social. Veamos un contraejemplo: la recaudación en Europa occidental es mucho mayor respecto a la de México. La diferencia es clara. Ahí, la recaudación se usa para financiar la seguridad social, los fondos de pensiones y los fondos de salud. Mientras el gobierno mexicano no acepte que la razón para establecer más impuestos es financiar más servicios de salud y de pensiones, jamás podrá aprobar una reforma fiscal razonable. De lograrse una mayor recaudación se requeriría una mejora en los fondos de salud y de pensiones. Para que esto suceda, resulta indispensable y urgente una modernización y reorganización de los fondos. La ciudadanía debe tener muy claro el destino de esa mayor recaudación y saber que efectivamente esos recursos se destinarán para mejorar el sistema social, en particular la salud y las pensiones.

Con base en una visión económica, el sistema mexicano de salud es de crucial importancia para la viabilidad económica del país. Tanto la productividad como los años ganados de vida resultan clave para aprovechar el bono demográfico que tiene México, y así aprovechar generaciones que potencialmente tienen movilidad social y de esta forma asegurar que la siguiente generación de hijos tenga una mayor expectativa de vida que sus padres.

En lo referente a temas de salud, México tiene prácticamente nula investigación y nulo desarrollo, en particular en el área de dispositivos médicos. Una política de salud flexible, moderna y eficiente, que realmente produzca resultados, puede tener sensibles potenciales económicos. La salud deber ser el motor de la economía, un verdadero elemento de crecimiento que además sea auto-sostenible.

Ahora bien, existe poca credibilidad por parte de la sociedad de que efectivamente se pueda lograr una reforma en salud y una cobertura universal. Lo anterior puede ser una ventana de oportunidad para realizar estudios y así medir tanto la opinión de la sociedad respecto al Sistema de Salud, como las necesidades de los mexicanos en cuanto a esto. No obstante, no se han diseñado. Por otro lado, tampoco se han diseñado políticas públicas cuyas magnitudes puedan cambiar el *statu quo*. Aunque la política ha demostrado en los últimos sexenios que la salud no es prioridad, una reforma a este sector es más que urgente.

La centralización y descentralización de las tecnologías de información conforman otro elemento que debe considerarse para escenarios futuros dentro de la salud. Existe todo un debate al respecto. Resulta de vital relevancia la plena comprensión de las tecnologías para saber a qué sistema de salud se desea llegar. Ejemplo de esto son las páginas de cómputo cognoscitivo, es decir, de automatización de la medicina. Sin un ejercicio adecuado de proyección es imposible saber cómo sería la atención primaria con una base tecnológica.

---

<sup>10</sup> La hemodiálisis es un tratamiento que limpia de manera artificial la sangre y los residuos que se hallan en los riñones a causa de insuficiencias renales graves. La diabetes suele ser una de las causas principales para esta insuficiencia. Por otro lado, el glucómetro es un aparato que mide la glucosa en el cuerpo. De utilizarse con prontitud, la diabetes se detectaría y se podría prevenir de manera más eficiente, y no llegar a tratamientos como la hemodiálisis, que debe llevarse a cabo cuando la diabetes ya se encuentra en un estado avanzado.

En conclusión, la gran reforma en salud tiene que dividirse en agendas de corto y mediano plazo. Debe ser una reforma estructural de largo plazo cuando se presente una coyuntura favorable que permita avanzar hacia la integración de los diferentes subsistemas, ya que es esencial situarla en el contexto político y económico, y en los escenarios federal y local para que pueda funcionar.

## **6. Experiencia de cambios y reformas en los sistemas de salud en el mundo**

Las experiencias internacionales pueden servir como guía de posibles acciones de reforma al Sistema Nacional de Salud. Por ello, conviene analizar los casos de países cuyas condiciones iniciales en materia de salud fueran similares a las que en la actualidad presenta México y que, además, hayan realizado acciones sustanciales que permitan atisbar potenciales resultados favorables y desfavorables en caso de seguir su ejemplo.

### **Rectoría**

Una rectoría sólida debe pasar por un robusto sistema de información, que con base en los objetivos que se busquen, debe ser centralizado y descentralizado. La decisión de embarcarse en un proyecto tecnológico de gran envergadura debe balancear tanto los costos financieros de la inversión, como los riesgos de implementación y operación que todo proyecto tecnológico implica. El primer paso es tener una base de datos de afiliación con fines operativos; es decir, que se pueda consultar el Padrón General de Salud para i) que la SHCP asigne los recursos sin duplicidades y ii) para que los prestadores puedan verificar los derechos que tiene cada persona en tiempo real. Ésta sería la columna vertebral del sistema. Un ejemplo de un sistema de identificación exitoso es el de los Estados Unidos, país en donde al momento de nacer, se otorga a la persona un número de seguridad social, mismo que usará durante el resto de su vida. En México, la base podría ser el CURP y así dejar atrás otros números de identificación.

Las baterías de indicadores de calidad en la prestación de servicios constituyen un segundo punto relevante en la rectoría. Para la atención primaria, Dinamarca e Israel son un ejemplo a estudiar, pues han desarrollado un sistema de reporte del desempeño muy efectivo que aplica en todas las unidades de atención primaria. En Estados Unidos, la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado a la Salud es una agencia pública que, entre sus múltiples responsabilidades, calcula indicadores de calidad de los prestadores de servicios y los pone a disposición de diferentes audiencias.

En cuanto a supervisión, Chile, como otros países de la región con múltiples aseguradores de salud (e.g. Argentina), ha creado superintendencias de servicios. En ese país, la superintendencia regula, por un lado, a los aseguradores públicos (el Fondo Nacional de Salud, FONASA y las Instituciones de Salud Previsional ISAPRES) y, por el otro, la calidad de los establecimientos médicos.

### **Financiamiento**

En este tema ha habido múltiples reformas internacionales en virtud del compromiso de lograr cobertura universal de salud que adoptaron varios países. Por su similitud en el nivel de desarrollo, o bien, por la estructura de

sus sistemas, son tres los casos relevantes para la experiencia de México; a saber, el de Turquía, el de Chile y el de la República de Corea.

En Turquía —cuyo Secretario de Salud desempeñó el cargo durante diez años— la reforma al sistema de salud tuvo un desarrollo diáfano. Los principales cambios en este país consistieron en una ampliación del financiamiento público a la salud y, además, en un trabajo profundo en el tema de cobertura extensiva. Cabe destacar que gran parte del diseño se inspiró en México, aunque Turquía alcanzó no sólo mayor uniformidad en la implementación, sino mejores resultados, pues la configuración del país permitió mayor centralidad en las decisiones (ver como referencia Atun, *et al.* 2013).

Otro caso relevante, debido al éxito de su Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), es el chileno. El proyecto tuvo una definición explícita sobre el paquete de intervenciones pero también precisó los estándares de calidad y de oportunidad. En consecuencia, la exigibilidad recayó sobre la prestación de tales intervenciones con sus respectivos condicionamientos en torno a las características y al límite de tiempo en que debe cumplirse tal prestación (para mayor detalle, ver Escobar y Bitrán 2014).

La aplicación directa de la enseñanza del caso chileno puede toparse con las complicaciones propias de la utilización cruzada. Sin embargo la propuesta de un plan sectorial inspirado en el AUGE es factible y, en su aplicación, podría contemplarse la utilización cruzada como condición inicial de manera análoga a la considerada por el plan chileno. Éste, en paralelo, se alimentó del fondo de gastos catastróficos. Así, en los primeros dos años, podría comenzarse con un tabulador y catálogo que reuniera esas intervenciones y las de alta complejidad (como en el caso chileno).

Otro país de referencia es la República de Corea, cuyo caso se conoce poco. En 2000 se llevó a cabo una reforma mayor que integró los múltiples esquemas de aseguramiento y amplió su cobertura. A partir de entonces, Corea tiene un Seguro Nacional de Salud, cuenta con un fondo único que se maneja a través de la Corporación del Seguro Nacional de Salud, y provee de beneficios para toda su población. El equivalente al secretario de salud es sólo el rector del sistema. Existe, no obstante, otra agencia que revisa los costos de los beneficios y evalúa si éstos son razonables. El financiamiento se da por contribuciones al seguro de salud, subsidios gubernamentales y gasto de bolsillo. La provisión de los servicios de salud es privada casi en su totalidad. Las autoridades de la República de Corea, conscientes de la importancia del rol que juegan las tecnologías en salud, establecieron una agencia especializada en ellas. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec) de México es similar, pero no como una oficina de la secretaría sino como una agencia (para mayor detalle ver por ejemplo Chun, *et al.* 2009).

Los Países Bajos son otro ejemplo que vale la pena revisar. Ahí se llevó a cabo una reforma que consolida las aportaciones gubernamentales y las retribuciones de la seguridad social en un fondo único. Tanto las aportaciones como las retribuciones asignan el dinero a aseguradoras que tienen la obligación de proporcionar un plan de beneficios a sus asegurados. Los prestadores reciben los pagos por los servicios que ofrecen (ver Van Gameren 2011).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Otras referencias interesantes son Cotlear *et al.* (2015) y OPS (2013).

## **Prestación de servicios**

Ante posibles modificaciones de corto plazo inspiradas en el caso chileno y la necesidad de mejorar la calidad de la prestación del servicio, también es importante reparar sobre algunas particularidades que acompañaron el éxito del plan AUGE chileno. La certificación a los proveedores (y la participación directa de éstos en el suministro en lugar de su intervención mediada por concurso) permitió un abastecimiento constante y certificado; la identificación digital a través del dedo pulgar y la consecuente eliminación del papel; los pagos cruzados realizados a través de un sistema de compensación que permite una liquidación casi inmediata de los pagos y el progreso y la utilización de instrumentos gerenciales que son tecnologías fácilmente trasplantables.

## **7. Cambios de corto plazo que podrían realizarse al sistema de salud mexicano**

Un elemento esencial de corto plazo es la elaboración de una propuesta de transformación del Sistema de Salud que sea políticamente factible en su argumentación y, además, atractiva para su adopción por parte de los gobiernos entrantes. En específico, se propone construir una historia del Sistema de Salud desde las perspectivas de la productividad, de la competitividad del país y de los resultados potenciales. Tal historial podría basarse en datos como los costos de muertes prematuras, la cuantía del impacto negativo para la seguridad social —y para la productividad— de los costos asociados con incapacidades permanentes (y temporales), los costos de la mortalidad por infarto (cifra que en México es cuatro veces mayor a los promedios de la OCDE), los potenciales beneficios de atender esos ámbitos, entre otros. La finalidad de lo anterior sería señalar el impacto directo en la competitividad del país y en la productividad que generaría la inversión incremental en salud. Así, la argumentación tendría sustento sistemático, claro y contundente sobre por qué es estratégico hacer las inversiones y reformas necesarias en salud, más allá de la atención a los derechos sociales que la reforma implica.

Una de las acciones posibles y necesarias para el corto plazo es ajustar el Presupuesto de Egresos de la Federación de manera que consolide las bases para destinar dinero a las necesidades más apremiantes del Sistema de Salud. Además, bajo la idea de la igualdad básica de las personas, se debe implementar acciones para empoderar a los individuos en el sistema. Lo anterior porque hay un desaprovechamiento generalizado de recursos producto de dos situaciones: i) un vínculo desigual entre médicos y pacientes (una relación caracterizada como una de agente-principal); ii) escasa alfabetización en salud, misma que se ha tratado de revertir mediante participación social comunitaria con programas como Escuela Saludable. Ahora bien, el impacto de estos programas es cuestionable debido a la mínima afiliación que detentan. Sin embargo, poseen un innegable potencial para convertir a los ciudadanos en agentes de gobierno del sistema de salud.

La meta final es que los usuarios del Sistema de Salud puedan demandar servicios con calidad y obtenerlos. Las relaciones deben ser más equilibradas, además de ser más que necesario enfrentar la ausencia de una figura de defensor de los pacientes frente al SNS —como los gestores médicos, que juegan un rol de ajustadores en el Seguro Popular.

En el corto plazo hay otra necesidad: generar información que permita tanto la rendición de cuentas sobre el desempeño del sistema, como la producción de propuestas fundamentadas en un diagnóstico realista. Destaca

la necesidad de información sobre los siguientes asuntos: tiempos de espera en el Sistema de Salud, cuestiones relacionadas con mortalidad o diabetes o esperanza de vida según la región geográfica, que permitan identificar brechas de esperanza entre municipios, condiciones de los hospitales, situación de las infecciones, indicadores reales de calidad en el servicio, acceso efectivo, etc.

En general, no existe un esfuerzo de la Secretaría de Salud o del IMSS para generar y comunicar cifras. Esta situación da pie a una peligrosa desatención al desempeño del Sistema de Salud que, a su vez, inhibe la aparición de propuestas sólidas y pertinentes de transformación. Uno de los esfuerzos más relevantes con respecto a la generación de información es la publicación *México Salud*;<sup>12</sup> sin embargo, ese trabajo permanece como un documento de consulta porque careció de utilidad para funcionarios federales, estatales, del IMSS y del ISSSTE.

Existen acciones instrumentales que también son necesarias y factibles a corto o mediano plazo: la creación del padrón único de afiliados como parte fundamental del Padrón General de Salud, que permita la portabilidad y la utilización de un Expediente Clínico Electrónico. Asimismo, resulta fundamental apoyar la propuesta de ley que se encuentra en el Congreso dentro del paquete de justicia ciudadana; a saber, la creación de la Comisión Nacional de Calidad y el fortalecimiento de la Conamed.

Dado que en el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) ya se visibiliza la contribución de prestadores no remunerados a los servicios de salud (familiares o allegados de enfermos crónicos que dedican trabajo para cuidarlos y que de esa forma enfrentan un gasto empobrecedor) otra posible acción es reconocer formalmente el trabajo de estas personas y redituárselo de modo que eviten los gastos empobrecedores.

Debido a los problemas de inventario, de retraso y de entrega incompleta de las prescripciones médicas, la provisión de medicamentos es otra área potencial de mejora a corto plazo. Por lo tanto, se debe poner especial énfasis en el sistema de suministro. Para hacerlo, ha de reconocerse la magnitud actual del comercio privado de medicamentos, mismo que suministra la tercera parte de las prescripciones médicas y tiene dimensiones de personal equivalentes a las del Sistema de Salud. Atender esta área es vital: un 44% del gasto de bolsillo se destina a la adquisición de medicamentos.

## **8. Reformas estructurales pendientes al Sistema Nacional de Salud**

Las reformas que pueden tener gran impacto, requieren de voluntad política. En la mayoría de los casos sólo son necesarios acuerdos y no recursos. Hay reformas que generan ahorros, como el evaluar y ordenar hospitales, darles autonomía y crear una comisión para lograr la calidad de los servicios. Más que importante es replantear el aseguramiento de forma fragmentada, lo cual es muy costoso e ineficiente. Por ejemplo, en ocasiones tanto el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular atienden al mismo tiempo pacientes con hemofilia. Existen muchas inconsistencias, diversidad de servicio y poca disponibilidad de medicamentos. Esto hace que los pacientes migren entre instituciones, por lo que el sistema de salud se vuelve ineficiente. Una posible solución a lo anterior es asegurar

---

<sup>12</sup> Un ejemplo es la publicación *México Salud*, cuya producción se acordó por todos los secretarios estatales de salud, es un compendio gráfico de más de 50 indicadores que permitía la comparación estatal. En consecuencia, servía como impulso a la mejora y como presión política. Los resultados de ese esfuerzo se presentaban en un foro anual nacional que era un foro ciudadano de la salud, en el que participaban todas las ONG y se discutían los resultados.

al paciente de forma integral, desde los riesgos más costosos, que son los que se deben asegurar como país y no como institución. Esta modificación no genera más gasto, sólo requiere de una separación del financiamiento, de la prestación de servicios y que los pacientes se afilien a la institución que mejor los atienda.

Gran parte de la ineficiencia del sistema se debe a que el financiamiento y la prestación del servicio están integrados, y uno subsidia al otro. Debe separarse la recolección y la función financiera de la prestación del servicio en aras de la especialización y mejor calidad. Esto también permitiría comenzar a homogenizar la prestación de los servicios, al pagar costos iguales por servicios iguales.

Merino y Flamand (2011) identificaron los problemas estructurales en la operación intergubernamental del Seguro Popular (SP). Aunque los problemas se refieren exclusivamente al SP, las lecciones son ilustrativas para el Sistema Nacional de Salud en general y arrojan luz sobre las posibilidades de creación de un Sistema Universal. Se refieren a problemas estructurales porque no podrían solucionarse sino a través de la introducción de reformas al marco jurídico y a las reglas que regulan la coordinación intergubernamental de esta política pública.

En primer lugar, las entidades federativas no cuentan con un modelo homogéneo de relación entre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) y los sistemas estatales de salud para gestionar el SP. La dependencia burocrática y política de los órganos responsables de gestionar el financiamiento y de los funcionarios estatales que son responsables de ofrecer los servicios por los que se paga, produce círculos viciosos de ineficiencia, de malos manejos de recursos y de baja calidad que no deben pasar inadvertidos. Fórmula por demás cuestionable resulta que los REPSS (financiadores y defensores de los derechos de los afiliados) dependan orgánicamente de las secretarías de salud de los estados o de los servicios estatales de salud (encargados de la provisión).

Esa dependencia no sólo dificulta la vigilancia de los REPSS sobre los servicios de salud que financia el SP, sino que facilita la captura de los recursos para propósitos diferentes a los pactados. Esto impide que haya una autoridad indiscutible para exigir que los servicios sean cada vez mejores, y permitir que los fondos transferidos se inviertan en la infraestructura indispensable para alcanzar los objetivos del SP y mejorar las condiciones de calidad entre el personal médico y administrativo responsable de la prestación de servicios.

En segundo lugar, en las entidades no existe un marco jurídico homogéneo para garantizar la protección social en salud. Las diferencias que se han suscitado como consecuencia son de especial relevancia cuando los REPSS tienen una mayor dependencia orgánica de los sistemas estatales de salud. Además de los controles políticos y jerárquicos, se añaden restricciones jurídicas, ya sea para exigir el uso de los recursos transferidos para ofrecer servicios de calidad a los afiliados o, incluso, para informar sobre la manera en que operan estos servicios.

En tercer lugar, además de las obvias diferencias geográficas, las entidades federativas cuentan con medios muy diferentes para producir respuestas comparables a las demandas sanitarias que afrontan. Las diferencias en infraestructura son asimismo sensibles y destinan recursos de modo desigual. Además, si se hace una comparación de la cantidad y calidad del personal médico de los hospitales afiliados a los centros de salud y los de primer nivel de atención con los de zonas urbanas de segundo y tercer nivel, la desproporción es enorme, si se lo compara con el dedicado a atender a los afiliados en los centros de salud y en las unidades del primer nivel de atención. Esta heterogeneidad responde a criterios de orden político y coyuntural: en buena medida se trata de compromisos de campaña o decisiones políticas que los gobernadores toman.

En general, los intentos por reformar el Sistema Nacional de Salud han prestado escasa atención a los servicios estatales de salud y a su patente heterogeneidad tanto en los contextos socioeconómicos, como en los instrumentos jurídicos, financieros y de infraestructura. Quizá el esquema de descentralización heredado de la década de 1990 será aún la base organizativa de la provisión de los servicios de salud. Sin embargo y como ya hemos mencionado, es necesario modificar los mecanismos de implementación para mejorar la calidad de los servicios. Incluso, si un Sistema Universal de Salud elimina las desigualdades asociadas con la fragmentación entre los servicios para las personas con y sin seguridad social, la protección social en salud seguirá siendo profundamente inequitativa entre las entidades federativas si no hay un esfuerzo explícito y claro para fortalecer los servicios estatales de salud. Lo anterior sólo se logrará si se establecen los incentivos necesarios para que los estados presten servicios efectivos, oportunos y de calidad (Flamand y Moreno 2015).

Como muestra Laurell (2013), para avanzar en la universalización del Sistema Nacional de Salud, el IMSS debe adoptar la separación de funciones entre regulación, administración de fondos/ compra de servicios, y prestación de servicios. Esto no se ha logrado, a pesar de que en su informe técnico de 2011, el IMSS expresó sus intenciones de establecer tres ámbitos operativamente independientes: aseguramiento, prestación de servicios y recaudación. Ahora bien, lo anterior no significa la creación de un servicio de salud único y público, sino que promovería la convergencia de los servicios con base en protocolos de tratamiento con las definiciones de qué debe cubrir el seguro (paquete de servicios) y la fijación de su precio.

## **9. Financiamiento del acceso universal y efectivo del Sistema de Salud en México**

Como muestran Flamand y Moreno (2014) en su estudio comparado de los sistemas de salud de cuatro sistemas federales (Alemania, Brasil, Canadá y España), en términos de financiamiento no sólo es pertinente estudiar cuánto se gasta en agregado en salud, sino también cuáles son las fuentes de financiamiento (públicas o privadas), quiénes gastan los recursos, cómo se compensa a los proveedores de los servicios (directa o indirectamente), cómo se distribuyen los recursos en términos territoriales y entre los diferentes tipos de servicios (atención primaria a la salud frente a la de alta especialidad), entre otros aspectos.

Con respecto a las aportaciones públicas y privadas para el financiamiento de los sistemas de salud, esperamos que el gasto en este sector fuera preponderantemente público en aquellos países donde el derecho a la salud es universal y que además, se encuentra plasmado en la constitución, lo que es el caso de Brasil, Canadá, España y México. Sin embargo, las tendencias internacionales—sobre todo en países de la OCDE—apuntan a la disminución del financiamiento público y al incremento de los esquemas de copagos de los usuarios. En 2008, en Brasil y México el porcentaje de gasto privado fue más de la mitad (gran parte del cual consistía en gastos de bolsillo), situación que contrasta con la de Alemania, Canadá y España, donde no sobrepasó la tercera parte.

En cuanto a la distribución de recursos, antes de la reforma de 2003, en México, el financiamiento a los servicios de salud para la población no asegurada seguía una lógica inercial; a saber, la distribución se llevaba a cabo en función de la infraestructura médico-hospitalaria que existía en cada entidad: los estados con mayor capacidad instalada recibían una proporción mayor de los recursos públicos disponibles, independientemente de que otras pudieran tener mayores necesidades sanitarias (Moreno-Jaimes 2000). La reforma de 2003 propuso transformar esa lógica y distribuir los recursos en función de la demanda; es decir, del número de afiliados al sistema.

Esto ha permitido que los recursos públicos destinados a la población no asegurada aumenten y, además, que la brecha histórica que separa a los asegurados de los no asegurados, se cierre gradualmente (ver Cuadro 3).

### Cuadro 3. Recursos financieros ejercidos por asegurados y no asegurados

Año	Gasto público en salud per cápita (como porcentaje del gasto público en salud)		
	Población asegurada	Población no asegurada	Total
1994	3 039.2 (80.5)	820.3 (19.5)	1 988.6 (100.0)
2000	2 950.4 (67.6)	1 367.9 (32.4)	2 145.4 (100.0)
2006	3 880.9 (60.2)	2 101.7 (39.8)	2 902.3 (100.0)
2009	4 143.4 (54.6)	2 827.3 (45.4)	3 420.7 (100.0)
2013	5 523.9 (55.7)	3 545.5 (44.3)	4 429.0 (100.0)

Fuente: Cálculo con información de Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud [DGIS] 2016. "Gasto en salud, por fuente de financiamiento y entidad federativa, 1990-2013", Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud.html> [fecha de consulta el 26 de enero de 2016].

Con respecto a quién gasta los recursos, el Seguro Popular se concibió como un tipo de aseguramiento donde el gobierno federal actuaría como regulador y financiador del sistema, mientras que un conjunto de prestadores privados y públicos se ocuparían de la provisión de los servicios. De hecho, se esperaba que este esquema de separación de funciones hiciera más eficiente la gestión de los recursos en el sector salud, sobre todo al fomentar competencia entre los prestadores de los servicios. Además, el diseño de los REPSS los permitiría actuar como garantes de los derechos de los afiliados al gestionar los recursos financieros del sistema en cada estado y al coordinar la prestación de los servicios médico-hospitalarios con diversos proveedores (privados y públicos). El fin último sería maximizar la relación calidad/ precio.

¿Por qué no se ha logrado separar el financiamiento de la provisión como se planeó originalmente? Una hipótesis es que el propio diseño institucional de los REPSS ha limitado esa posibilidad. Los REPSS son instancias que dependen de los servicios sanitarios de cada estado (es decir de los sistemas estatales de salud). Al mismo tiempo, no obstante, se establece que actúen de manera independiente para financiar y coordinar el sistema.

Los regímenes estatales debiesen operar sin depender de la provisión de los servicios y, en consecuencia, sin hacerlo de los sistemas estatales. No es razonable esperar que los REPSS decidan libremente a qué proveedor comprarán los servicios médicos para la población sin seguridad social, cuando su superior jerárquico encabeza al sistema estatal de salud. Además, se requiere dotar a los REPSS de instrumentos que refuercen sus tareas de planeación, evaluación, información y supervisión, así como de recursos humanos profesionales, independientes de los gobiernos estatales y con contrataciones de largo plazo (Merino y Flamand 2011).

Para poder construir un sistema más igualitario y eficiente, es necesario hacer ajustes al financiamiento del Sistema de Salud. Fuera de los países de Europa continental—donde la seguridad social tiene un rol predominante—la mayoría de los países han transitado hacia la destinación de mayores recursos fiscales para financiar el sistema y hacer una separación de la función de financiamiento entre la de recolección de fondos, aseguramiento y pago de servicios. En México, ésta es una tendencia que inició con la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997 y con la reforma que llevó a la creación del Seguro Popular. A pesar de lo anterior, se debe reconocer que las condiciones financieras del gobierno federal hacen poco viable una reforma de gran calado en el corto plazo y se debe plantear un esquema paulatino bajo los siguientes principios:

- Todos los trabajadores asalariados y no asalariados contribuyen al Sistema de Salud. Los asalariados contribuyen a través de las cuotas obrero-patronales; los no asalariados pueden contribuir a través de impuestos en función del ingreso reportado (e.g. límites a la deducibilidad de gastos).
- Se podría incrementar la cuota social (recursos fiscales) que hoy ya se asigna a los tres grandes aseguradores (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular). En la medida de la factibilidad fiscal, se reducirían las cuotas obrero-patronales sobre un plan de largo plazo, y se podría compensar por medio de ajustes en otros impuestos, como IVA e ISR. Para casos específicos, pueden usarse impuestos especiales.
- El financiamiento es personal. La regulación del IMSS y del ISSSTE, cuyo financiamiento es por grupo familiar, se tendría que modificar. Esto requiere una base de datos de afiliación confiable y actualizable en tiempo real, tanto de la Seguridad Social como del SAT.
- En principio, la cuota social podría cubrir un paquete de atención primaria y, en el largo plazo, debería cubrir el primer y segundo nivel de atención. Este financiamiento sería la base de la portabilidad del aseguramiento.
- Se debe crear un Fondo Nacional de Intervenciones de Alto Costo que financie tales casos. El fondo pagaría de manera prospectiva a las unidades especializadas por los casos atendidos. En otras palabras, se trataría de un sistema de costeo basado en los Grupos Relacionados de Diagnóstico. Ésta sería la base de la continuidad de la atención para las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.
- El financiamiento que cada asegurador haga a los prestadores de servicios podría empezar por presupuestos globales por unidad médica hasta transitar a pagos prospectivos (un sistema de costeo basado en los Grupos Relacionados de Diagnóstico) por los servicios prestados.
- El financiamiento de los servicios que otorga IMSS-Prospera debería hacerse a través del Seguro Popular. El IMSS-Prospera debería reconocerse como un prestador de servicios y sujetarse a las mismas reglas que otros prestadores.

- Se debe tener una política de “cero reducción al presupuesto en salud” y una propuesta de incremento revisable en función de las necesidades a nivel de leyes, sin fijar a este nivel los montos, como es hoy el caso del Seguro Popular.

## 10. Comentarios finales

La propuesta de un nuevo Sistema Nacional de Salud que planteó *El México del 2013. Propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud* sigue vigente. Los avances de México en materia de salud son notoriamente insuficientes. El Sistema de Salud en México tiene fallas de diseño, de cobertura y de asignación de recursos. Los costos de mantener el sistema actual son años de vida y salud perdidos, sobre todo para la infancia. Aún se requiere un sistema de seguridad social universal, con un padrón de derechohabientes sólido y un gasto progresivo. Para ello debe plantearse una reforma fiscal profunda.

Los principios de centrarse en el individuo, priorizar la atención primaria y alcanzar la universalidad del acceso efectivo a los servicios son todavía guías para plantear las reformas que lleven a un SNS con rectoría efectiva del Estado, financiamiento social solidario y unificado, y una prestación plural de servicios.

Todavía no se separan plenamente las funciones de rectoría de las de financiamiento y prestación de servicios. La constitución de un fondo único para el financiamiento de las instituciones aún es lejana y también lo es la portabilidad de los derechos a ser atendido. Aunque hay avances, no existe una base de datos única, ni la integración de recursos, la coordinación de instituciones y homologación de las prestaciones básicas de salud bajo criterios de equidad y libertad.

Sin embargo, el perfil de la salud en México ha cambiado rápidamente—aunque sin sorpresas—del predominio de las enfermedades transmisibles a las crónico-degenerativas. Pese a ello, la estructura del sistema ha cambiado poco en los últimos cinco años. Por este motivo, la separación entre el Sistema de Salud actual con el deseable permanece, aunque haya acercamientos en cuestión de cobertura y alejamientos en cuanto a organización y financiamiento. No obstante lo anterior, las perspectivas para avanzar en la reforma del sistema no lucen prometedoras en el corto plazo y la razón principal es la falta de voluntad política.

Las experiencias de cambio en los sistemas en el mundo muestran que las reformas son posibles en cuanto a la técnica y al financiamiento. En particular, hay múltiples cambios de corto plazo que podrían ponerse en marcha y que no requieren más que de acuerdos.

Las reformas estructurales pueden iniciar ya, pero se requiere de un compromiso renovado para alcanzar la universalidad de los servicios de salud, para hacer efectivos los derechos a la máxima salud factible y para plantear una reforma financiera y hacendaria que trascienda metas de corto plazo.

En suma, es necesario que las políticas públicas en materia de salud den un impulso decisivo y equitativo a la libertad de todos los mexicanos.

## Bibliografía

- Aguilera, N. 2010. Una reflexión sobre la seguridad social. Los grandes problemas de México. México: El Colegio de México.
- Aguilera, N. y M. Barraza-Llorenz. 2011. Fassa: Análisis sobre equidad y alternativas de asignación. En Estudios del Ramo 33, coords. Carlos Chiapa y César Velázquez, 115-143. México: El Colegio de México y Coneval.
- Atun, Rifat; Sabahattin Aydın, Sarbani Chakraborty, Safir Sümer, Meltem Aran, Ipek Gürol, Serpil Nazlıoğlu, Şenay Özgülcü, Ülger Aydoğan, Banu Ayar, Uğur Dilmen, Prof Recep Akdağ. 2013. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet* (Vol.382) No. 9886: 65–99.
- Cotlear, Daniel; Somil Nagpal; Owen Smith; Ajay Tandon y Rafael Cortez. 2015. *Going Universal. How 24 Developing Countries are Implementing Universal health Coverage Reforms from the Bottom Up*. Washington: World Bank.
- Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud [DGIS]. 2016. Gasto en salud, por fuente de financiamiento y entidad federativa, 1990-2013. Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud.html> [fecha de consulta el 26 de enero de 2016].
- Escobar, Liliana y Ricardo Bitrán. 2014. Chile: Las garantías explícitas en salud. En *Planes de beneficios de salud de América Latina. Una comparación regional*, editores Ursula Giedion, et al.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Flamand, L. y C. Moreno-Jaimes. 2014. Seguro Popular y federalismo en México: un análisis de política pública. México: CIDE.
- Flamand, L. y C. Moreno-Jaimes. 2015. La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Una valoración del diseño y la implementación descentralizada del Seguro Popular (2006- 2012). *Foro Internacional* 2015, (219): 217-261.
- Frenk, J. y O. Gómez-Dantés. 2008. *Para entender el sistema de salud en México*. México: Nostra Ediciones.
- Frenk, J., E. González-Pier, O. Gómez-Dantés, M. Lezana y F. Knaul. 2007. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. En *Salud pública de México* (vol. 49) 1: 523-536.
- Laurell, A. 2013. *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: Clacso.

- Merino, M. y L. Flamand. 2011. Estudio para el fortalecimiento de la coordinación, administración efectiva y eficiente del Sistema de Protección Social en Salud en las entidades federativas. Reporte preparado para la “Comisión Nacional de Protección Social en Salud” y el CIDE.
- Merino G. 2003. Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. En *Caleidoscopio de la salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, eds. F. Knaul y G. Nigenda. México: Funsalud: 195-207.
- Moreno Jaimes, C. 2000. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación. Documento de Trabajo de la División de Administración Pública 95. México: CIDE.
- Moreno Jaimes, C. y L. Flamand. 2008. La descentralización de los servicios de salud para la población abierta durante el gobierno de Zedillo. Documento de Trabajo del Departamento de Estudios de Administración Pública. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Organización Panamericana de la Salud. 2013. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México: Organización Panamericana para la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2007. Health in the Americas. Mexico. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/homeing.html> [Fecha de consulta: 7 de agosto de 2011].
- Organización para la Organización y el Desarrollo Económicos. 2016. Review of Health Systems. Mexico 2016. Paris: OCDE.
- Van Gameren, Edwin. 2011. The Health System Reform in the Netherlands and its Relevance for México. En *Well Being and Social Policy (Vol. 7) 1*: 1-22.