



Estudios de la OCDE
sobre los Sistemas de Salud

MÉXICO

2016



Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México

2016

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

Tanto este documento como cualquier mapa que se incluya en él no conllevan perjuicio alguno respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Por favor, cite esta publicación de la siguiente manera:

OCDE (2016), *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*, OECD Publishing, París.
<http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/9789264265523-es>

ISBN 978-92-64-26551-6 (impresa)

ISBN 978-92-64-26552-3 (PDF)

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Traducción: © 2016 Secretaría de Salud (México), para la traducción al español

Edición y diagramación: Gilda Moreno Manzur y Juan Carlos González Juárez

Coordinación editorial: Centro de la OCDE en México para América Latina

Esta traducción se publica por acuerdo con la OCDE. No es una traducción oficial de la OCDE. La calidad de la traducción y su coherencia con el texto en el idioma original de la obra son de exclusiva responsabilidad de los autores de la traducción. En caso de cualquier discrepancia entre la obra original en inglés y la traducción al español, solamente el texto de la obra original se considerará válido.

Crédito fotografías: Portada © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images, © Pressmaster/Shutterstock.com

Las erratas de las publicaciones de la OCDE se encuentran en línea en: www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

© OCDE 2016

La OCDE no garantiza la exacta precisión de esta traducción y no se hace de ninguna manera responsable de cualquier consecuencia por su uso o interpretación.

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos de la OCDE para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento a la fuente y al propietario del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción deberá dirigirse a rights@oecd.org. Las solicitudes de permisos para fotocopiar partes de este material con fines comerciales o de uso público deben dirigirse al Copyright Clearance Center (CCC) en info@copyright.com o al Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) en contact@cfcopies.com.

Prefacio

Este informe es el segundo *Estudio de la OCDE sobre el Sistema de Salud de México* y se publica durante el desarrollo de los debates acerca de las reformas a la Ley General de Salud de México. Mucho se ha avanzado desde el primer estudio elaborado hace diez años. La inversión pública en el sistema de salud ha aumentado de 2.4% a 3.2% del PIB; el esquema público de aseguramiento del Seguro Popular cubre ahora a cerca de 50 millones de mexicanos y los gastos empobrecedores en salud bajaron de 3.3% a 0.8% de la población mexicana. Las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna han disminuido y la esperanza de vida ahora es ligeramente menor de los 75 años. Muchas de las innovaciones en materia de políticas públicas de salud en México se estudian y se emulan en todo el mundo, especialmente en el campo de la prevención.

Sin embargo, persisten problemas importantes. Entre ellos destaca el carácter desarticulado del sistema de salud de México caracterizado por un conjunto de distintos subsistemas, cada uno de los cuales ofrece diferentes coberturas con costos distintos a grupos distintos a precios y con resultados diversos. Más crítico aun es que la afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad de atención, sino por el empleo de la persona. Aunado a esta desigualdad, las ineficiencias son abundantes. Millones de mexicanos pertenecen a más de un esquema de aseguramiento y muchos millones más, al momento de la encuesta, parecían no saber si estaban protegidos por alguno de estos esquemas. El porcentaje del presupuesto nacional de salud gastado en administración, de alrededor de 10%, es el más alto de la OCDE. El gasto de bolsillo de las personas en atención de salud es también uno de los más elevados en la OCDE, lo cual revela, en cierta medida, la limitada capacidad de respuesta del sistema para proporcionar una cobertura efectiva, servicios de alta calidad, o ambos. Los principales actores del sistema de salud concuerdan en que México requiere construir un sistema más equitativo, eficiente y sostenible.

En este estudio se identifican las medidas adecuadas, a corto y largo plazos, para poder llevar a cabo la transformación que el sistema de salud requiere. Dado que es poco probable alcanzar la reorganización estructural en un futuro cercano, el enfoque inicial debe concentrarse en ampliar los convenios de intercambio de servicios para articular mejor los subsistemas desde una perspectiva funcional. Las enfermedades de alto costo, la atención materna y los procedimientos quirúrgicos electivos serían los primeros candidatos para celebrar nuevos convenios. Pero no hay que olvidar la atención primaria y la preventiva: es indispensable seguir la experiencia internacional en la definición de paquetes de atención para diabetes y otras enfermedades crónicas. La coordinación también se mejoraría mediante la creación de un nuevo organismo, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, con el fin de asegurar, supervisar y mejorar la calidad de la atención de manera continua. Un

enfoque renovado en los resultados y las experiencias de los pacientes permitirá que las personas cuenten con la información adecuada para elegir un proveedor de servicios y garantizar que los convenios se conviertan en acuerdos vivos y activos. El avance en estas áreas puede también acelerarse al crear una nueva comisión que trabaje orientada a armonizar formas de atención, precios, sistemas de información y prácticas administrativas entre los diferentes subsistemas.

Agradecimientos

El autor principal de este estudio sobre el sistema de salud de México fue Ian Forde. Los coautores fueron Jon Cylus, Rodrigo Moreno-Serra, Gerónimo Salomón Holmer, Alejandro Posada, Caroline Berchet y Emily Hewlett. Los autores agradecen por sus comentarios a Niek Klazinga, Francesca Colombo, Mark Pearson y Stefano Scarpetta, de la Dirección del Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE, y a Sean Dougherty y Eduardo Olaberria del Departamento de Economía. Asimismo, agradecen a Marlène Mohier y Lucy Hulett por el apoyo editorial y a Duniya Dedeyn, Susannah Nash y Judy Zinnemann por la asistencia logística.

La elaboración de este estudio no hubiera sido posible sin el generoso apoyo de las autoridades mexicanas. Este informe se benefició de los conocimientos de expertos y el material recibido de muchos funcionarios de salud, profesionales de salud, grupos de pacientes y otros expertos en la materia, entrevistados por el equipo de la OCDE durante las misiones a México realizadas en abril de 2014, julio de 2014 y octubre de 2015. Estos incluyen a directivos de la Secretaría de Salud; de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); los secretarios de salud de Campeche, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Yucatán; directivos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); directivos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS); directivos del Programa Prospera y del Programa IMSS-Prospera.

Las siguientes personas también proporcionaron valiosas aportaciones escritas y orales: la senadora María Elena Barrera; la senadora Hilda Flores; el doctor Enrique Ruelas (ex presidente de la Academia Nacional de Medicina); la doctora Rosario Cárdenas (CONEVAL), el doctor Gabriel Martínez (ITAM); el doctor Carlos Moreno (ITESO); el doctor Mauricio Hernández Ávila (INSP); el doctor Roberto Tapia (Fundación Carlos Slim); la doctora Silvia Roldán (SMSP), y el doctor José Campillo (Fundación Mexicana para la Salud).

Los autores de este estudio están especialmente agradecidos con la C. Secretaria de Salud Mercedes Juan López, el subsecretario Eduardo González Pier, el subsecretario Pablo Kuri Morales, la subsecretaria Marcela Velasco González, el doctor Gabriel O’Shea Cuevas y sus funcionarios en la Secretaría de Salud, especialmente Nelly Aguilera Aburto, Adolfo Martínez Valle y Cristina Gutiérrez Delgado de la Unidad de Análisis Económico, por su ayuda en la organización de la visita de los representantes de la OCDE a México y por el apoyo continuo durante todo el proceso de esta revisión.

Este informe se benefició de los comentarios de las autoridades mexicanas y de expertos que examinaron los proyectos anteriores. Estamos especialmente agradecidos con José Antonio González Anaya, director general del Instituto Mexicano de Seguridad

Social; José Reyes Baeza Terrazas, director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; Osvaldo Antonio Santín Quiroz, jefe de gabinete de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y a su personal, cuyos detallados y sutiles comentarios contribuyeron a que este estudio formulara recomendaciones viables para apoyar de mejor manera a México en la construcción de un sistema de salud más equitativo y de alto desempeño.

Finalmente, un especial reconocimiento merecen quienes realizaron la traducción al español de este estudio: Olga Vázquez Bustillos, Adolfo Martínez Valle, Nelly Aguilera, María Quintana y Cristina Gutiérrez Delgado, de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud.

Índice

Acrónimos y abreviaturas	11
Resumen ejecutivo	13
Diagnóstico y recomendaciones	17
México afronta necesidades de atención de salud complejas y demandantes	17
Los sistemas actuales no cubren de forma adecuada las necesidades de salud de los mexicanos	19
Se requiere una reforma al sistema de salud de México sostenida e integral	22
Definir un paquete de beneficios y fortalecer la atención primaria.	26
Consolidar y aumentar la base de ingresos para el sector salud en México	29
Compra más inteligente de bienes y servicios	34
 Capítulo 1. Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México	45
1.1. El contexto socioeconómico actual en México	46
1.2. Perfil demográfico y necesidades de atención de la salud de México	55
1.3. El sistema de salud en México	61
1.4. Calidad y resultados del sistema de salud mexicano	74
1.5. Conclusiones.	77
 Capítulo 2. Fortalecer la rectoría para construir un sistema de salud centrado en la persona y orientado al uso de la información	81
2.1. Se requiere con urgencia implantar reformas estructurales sostenidas e integrales al sistema de salud en México	82
2.2. Fortalecer un gobierno corporativo construido en torno a una atención de alta calidad centrada en la persona	87
2.3. Hacia un sistema de salud orientado al uso de la información	95
2.4. Conclusiones.	102
 Capítulo 3. Prestación de servicios de salud: definición de un paquete de beneficios equitativo y fortalecimiento de la atención primaria	105
3.1. Un sistema de salud centrado en las personas requiere servicios de atención de la salud iguales para todos los mexicanos, enfocados en una sólida atención primaria	106
3.2. Lograr un mismo paquete de beneficios entre los aseguradores.	115
3.3. Fortalecimiento de la atención primaria y preventiva.	123
3.4. Conclusiones.	132

Capítulo 4. Realinear el financiamiento para cubrir mejor las necesidades de la atención de la salud individual.	137
4.1. El bajo nivel de gasto público destinado a la salud contribuye a la mala calidad de los servicios y a desigualdades en el acceso	139
4.2. Los recursos financieros deben distribuirse y asignarse de manera más eficiente para reflejar las necesidades de salud	148
4.3. Promover la continuidad en la atención al permitir que los mexicanos conserven su afiliación al cambiar su situación laboral y al apoyar la portabilidad de la información	155
4.4. Ampliar el financiamiento común entre los esquemas generaría mejoras tanto en la recaudación de ingresos como en la asignación de recursos	159
4.5. Conclusiones.	165
Capítulo 5. Compra más inteligente de bienes y servicios	173
5.1. El contexto actual y los principales retos para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención de la salud en México	174
5.2. La separación de funciones como instrumento para mejorar el desempeño en el sistema de salud mexicano	178
5.3. Las reformas a los mecanismos de compra actuales pueden aumentar la eficiencia y la calidad de la atención	186
5.4. Conclusiones	198

Cuadros

1.1. PIB per cápita (dólares estadounidenses, PPA, 2012) y tasa de desempleo (2013), México.	50
1.2. Indicadores demográficos y sociales básicos, México, 2010	51
1.3. Población asegurada y gastos por persona asegurada en México, 2013	68
1.4. Recursos para la salud en el sistema de salud mexicano, 2013	69
1.5. Cobertura duplicada y triplicada en el sistema de salud mexicano	73
1.6. Cambio en la situación de cobertura de salud, 2011-2012	73
3.1. Uso de listas positivas y/o negativas para definir los paquetes de beneficios en los sistemas de salud de la OCDE.	108
4.1. Gasto de bolsillo por quintil de ingreso de las familias, 2012	143
4.2. Percepción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud, 2012.	144
5.1. Los gastos generales de administración y rectoría de la salud como porcentaje del total de gastos de las instituciones en funcionamiento, 2008-2012	175
5.2. Gasto en compras institucionales de medicamentos, 2013	197

Gráficas

0.1. Los arreglos institucionales actuales no cubren las necesidades de salud de los mexicanos.	23
1.1. Desigualdad de ingresos en los países de la OCDE	48
1.2. Disparidades regionales en nivel educativo.	49
1.3. Satisfacción ante la vida en los países de la OCDE, 2007 y 2012	52
1.4. El gasto social y su evolución durante la crisis	54

1.5. Disminución de la fertilidad en los últimos 50 años (tasa global de fertilidad de 1960 a 2011)	56
1.6. Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2013 (o año más reciente)	57
1.7. Aumento de la obesidad en adultos en países de la OCDE, 2000 y 2013 (o año más reciente)	58
1.8. Mortalidad por cardiopatías isquémicas, 2011 y cambio de 1990-2011 (o año más reciente)	59
1.9. Valores regionales máximos y mínimos de las tasas de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos, por país, 2012 (o año más reciente)	60
1.10. Panorama del sistema de salud mexicano	65
1.11. Gasto per cápita en salud en dólares estadounidenses PPA, 2013 (o año más reciente)	66
1.12. Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2013 (o año más reciente)	67
1.13. Gastos en salud por tipo de financiamiento, 2013 (o año más reciente)	71
1.14. El gasto de bolsillo como porcentaje del consumo final familiar, 2013 (o año más reciente)	71
1.15. Admisión hospitalaria por diabetes en adultos, 2008 y 2013 (o años más recientes)	76
1.16. Cobertura de vacunación contra influenza, población de 65 años y más, 2013 (o año más reciente)	77
2.1. Retos y soluciones necesarios en el sistema de salud de México	83
2.2. Cambio de subsistemas verticales a funciones compartidas de manera horizontal	84
2.3. Proporción de hospitales privados lucrativos respecto a hospitales públicos en países de la OCDE, 2001 (o año más reciente)	93
3.1. Gasto en servicios de prevención y de salud pública como porcentaje del gasto nacional total en salud, 2012 o año más reciente.	113
3.2. Gasto per cápita en servicios de prevención y de salud pública, 2013 o año más reciente.	113
3.3. Estructura de los indicadores del Programa Nacional de Indicadores de Calidad y Atención Médica Comunitaria (QICH) de Israel	130
3.4. Resultados del DAMD que permiten a los MG comparar su práctica con la de sus pares.	131
4.1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2013 (o año más reciente)	139
4.2. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2013 (o año más reciente)	142
4.3. El gasto de bolsillo disminuye al incrementarse el gasto público en salud	142
4.4. Surtimiento de medicamentos recetados por institución	149
4.5. Gasto gubernamental en administración y aseguramiento como porcentaje del gasto total actual en salud, 2013 (o año más reciente)	165
5.1. Tasas de ocupación de camas en los países de la OCDE, 2000 y 2013 (o año más reciente)	177

Acrónimos y abreviaturas

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CGNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
CUS	Cobertura Universal de Salud
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
IAM	Infarto agudo al miocardio
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ISTC	<i>Independent Sector Treatment Centres</i> (Centros de Tratamiento Independientes del Sector)
MG	Médico general
MRCR	Marco de referencia de la calidad y los resultados
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPD	Organismo Público Descentralizado
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PEM	<i>Prescrição Eletrónica Médica</i> (Sistema de prescripción electrónica de Portugal)
PEMEX	Petróleos Mexicanos

PHAMEU	Primary Health Care Activity Monitor for Europe (Monitor de la Actividad de la Atención Primaria en Salud de Europa)
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
PPS	Pago por servicio
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
RES	Registros electrónicos de salud
R&PA	Regiones y Provincias Autónomas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINOS	Sistema nominal en salud
SP	Seguro Popular
SS	Seguridad Social
SSA	Secretaría de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen ejecutivo

Más de diez años después de crear el Seguro Popular y publicar el primer Estudio de la OCDE sobre el Sistema de Salud de México, el sistema de salud mexicano, sin duda, ha logrado avances importantes. Con el Seguro Popular, cerca de 50 millones de mexicanos cuentan con un esquema de aseguramiento público que antes no tenían. Estudios recientes muestran una disminución de los gastos empobrecedores en salud de 3.3% a 0.8% de la población, así como mejoras en algunos indicadores clave como la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la mortalidad por ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, se han intensificado retos graves y urgentes. Entre 2000 y 2012, las tasas de sobrepeso y obesidad aumentaron de 62% a 71% de la población adulta, mientras que uno de cada tres niños ya tiene sobrepeso u obesidad y más de 15% de los adultos padece diabetes, más del doble del promedio de la OCDE de 6.9%.

Entre 2003 y 2013 la inversión pública en el sistema de salud mexicano aumentó de 2.4% a 3.2% del PIB. Pero hay dudas sobre si este dinero está generando beneficios de salud tangibles. Algunos indicadores importantes sugieren que el sistema de salud mexicano no trabaja de la forma más eficiente posible. Por ejemplo, casi 10% del presupuesto total de salud es gasto administrativo, el más alto de la OCDE.¹ El todavía alto gasto de bolsillo en salud también indica que el sistema de salud no ofrece una cobertura efectiva ni servicios de alta calidad. Tal vez por ello y por otros factores, durante la última década la brecha en la esperanza de vida entre México y otros países de la OCDE desafortunadamente se amplió de cerca de cuatro años a casi seis años.

En este estudio se examinan los motivos por los que la estructura y la organización actuales del sistema no satisfacen cabalmente las necesidades de atención médica de los mexicanos y formula recomendaciones para construir un sistema de salud más sólido, equitativo y sostenible.

Un reto fundamental es que la atención de la salud en México es provista por un conjunto desarticulado de subsistemas. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos y con resultados diversos. El acceso a un esquema de aseguramiento público o a una red de proveedores depende de la condición laboral de la población mexicana. Los empleados asalariados del sector privado (y sus familias) están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de proveedores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, al perder su empleo ya no tienen derecho a estas prestaciones y pueden optar por afiliarse al Seguro Popular, con una cobertura distinta y con otra red de proveedores. Si después encuentran trabajo en el gobierno federal, se convertirán en derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y tendrán acceso a otra cobertura y una red diferente de prestadores. Por supuesto, esto resulta perjudicial para la continuidad de la atención. También es muy ineficiente, dado que el usuario

tiene que cambiar repetidamente de institución para atender su salud. Por ello, la configuración actual del sistema de salud mexicano es desfavorable tanto para los usuarios como para los contribuyentes.

El sistema de salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad y centrada en las personas

Sin reformas de mayor alcance, México corre el riesgo de mantener un sistema de salud fragmentado con importantes diferencias en el acceso y la calidad, lo que refuerza aún más la profunda inequidad socioeconómica. Un sistema de salud ineficiente e indiferente evitará que México logre la salud, la prosperidad y el progreso que sin duda es capaz de alcanzar en los próximos años. Ahora, cuando se debaten las reformas a la Ley General de Salud de México, es el momento para iniciar un nuevo proceso de reforma de gran alcance como el realizado hace ya más de diez años.

El sistema de salud de México debe transformarse de un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas rigurosamente por legados históricos e institucionales, a uno que responda a las necesidades cambiantes de las personas y las comunidades a lo largo de todo su ciclo vital. Sin embargo, debido a que la reorganización estructural es inviable en el futuro cercano, el enfoque inicial de México debe concentrarse en consolidar los convenios de intercambio de servicios entre las principales instituciones de salud del país, de modo que los subsistemas, al menos desde el punto de vista del usuario, se articulen más. Estos convenios, que se han utilizado de manera esporádica en el pasado, básicamente han permitido que los institutos de seguridad social compren servicios al Seguro Popular para complementar su capacidad resolutoria limitada, sobre todo en servicios como pruebas de diagnóstico, y rara vez ha sucedido lo contrario. Es necesario identificar áreas de oportunidad para ampliar el uso de convenios en los niveles estatal y nacional. Los primeros candidatos podrían incluir cirugías electivas, atención materna u otras intervenciones para las que exista capacidad ociosa. También convendría estandarizar la atención y los precios de los servicios de alto costo, como la diálisis renal o el tratamiento del VIH. Sin embargo, no hay que olvidar la atención primaria y la preventiva. En particular, México debería seguir la experiencia internacional en la definición y costeo de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes.

Para garantizar que los nuevos convenios se caractericen por ser útiles y vigentes, en lugar de quedarse latentes en el papel sin aplicarse, otra medida fundamental sería revitalizar los propósitos de vigilar y mejorar la calidad de la atención de la salud. Debe acelerarse la planeación de un nuevo organismo que monitoree y mejore la calidad. Este organismo nacional, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, sería responsable de establecer estándares para una atención segura y eficaz para todos los proveedores, incluidos los privados. A este organismo se le atribuirían también facultades para recabar, analizar y publicar indicadores de calidad y resultados, así como compartir buenas prácticas de desempeño y apoyar a las unidades cuyo rendimiento sea deficiente. Esto proporcionará a las personas la información y los incentivos adecuados para elegir a un proveedor de servicios y alentar continuas mejoras de calidad.

También se puede avanzar en una mayor articulación del sistema mediante un foro o una comisión que acerque al Seguro Popular y a los institutos de seguridad social

con miras a enfocarse en asuntos técnicos de interés común. Esta comisión ofrecería una plataforma compartida que permita armonizar las formas de atención, los precios, los sistemas de información y las prácticas administrativas, así como identificar intervenciones en las que pueda estandarizarse la calidad y el precio para permitir el intercambio de servicios. México debería considerar redefinir los paquetes de beneficios que ofrecen los institutos de seguridad social e implementar una separación clara de las funciones del comprador y el proveedor. Conviene también que los compradores demanden mejor información sobre las actividades, los costos y los resultados de los proveedores para asegurar una compra transparente e inteligente y que sólo se financien los servicios de valor alto. Esto sentará las bases para un sistema de salud unido, equitativo y sostenible en el largo plazo.

Nota

1. Desde su publicación en inglés, la metodología para estimar el gasto administrativo ha sido revisada. La cifra estimada del costo administrativo para 2014 es 5.6% del gasto total en salud en México. Ver OECD Health Statistics 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Diagnóstico y recomendaciones

A diez años de la instrumentación del Seguro Popular, el sistema de salud en México se encuentra en una posición crítica. Sin duda, algunos indicadores de salud y del desempeño de dicho sistema han mejorado: las personas que antes no estaban aseguradas ahora utilizan los servicios con mayor frecuencia, en tanto que los datos señalan que el gasto empobrecedor en salud ha bajado de 3.3% a 0.8%. La mortalidad infantil se redujo a 13 muertes por 1 000 nacidos vivos en 2013, una disminución de 38% desde 2000. Sin embargo, otros indicadores son aún preocupantes. Las tasas de supervivencia tras un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular son mucho peores que en otros países de la OCDE. Las dificultades para modificar los estilos de vida que dañan la salud son inquietantes en particular: con un 32% de habitantes adultos obesos, México se ubica como la segunda nación con mayor sobrepeso entre los países de la OCDE y casi uno de cada seis adultos es diabético. Otras métricas clave implican ineficiencias bien arraigadas en el sistema: los costos administrativos (8.9% del gasto total en salud) son los más altos de la OCDE y no bajaron en la década pasada. Asimismo, el gasto de bolsillo se ubica alrededor de 45% del gasto total en salud,¹ también el más alto de la OCDE.

En resumen, la inversión pública que ha hecho México, que subió de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, no ha generado las mejoras en la salud ni en el desempeño del sistema de salud que se desearían. Se requiere un programa de reforma continua y amplia. México necesita un sistema de salud equitativo, eficiente, sustentable y de alta calidad. Esto no se logrará con su actual estructura de servicio médico, caracterizada por la fragmentación, con diferentes niveles de atención para diferentes grupos, prestados a diferentes precios con diferentes resultados. En cambio, México precisa de un sistema de salud unificado y funcional en el que el acceso se determine por la necesidad y no por la condición laboral. Es recomendable que las personas puedan elegir el asegurador y el proveedor del servicio para impulsar la eficiencia y mejorar la calidad de forma continua. En este informe se presentan las recomendaciones de la OCDE sobre las medidas que México tendría que adoptar para lograrlo. Es esencial que la modernización empiece ahora. En caso contrario, el sistema mexicano de salud correrá el riesgo de verse envuelto en una crisis, bien sea debido a la falta de sustentabilidad financiera de algunas instituciones o a una avalancha de recursos de amparo en defensa de los derechos a la protección de la salud.

México afronta necesidades de atención de salud complejas y demandantes

A pesar de que la población mexicana es joven —nueve personas en edad productiva por cada adulto mayor de 65 años, más del doble del promedio de la OCDE—, sus necesidades de atención a la salud son complejas y demandantes. México tiene ahora la esperanza de vida más baja de todos los países de la OCDE. Mientras

que la esperanza de vida promedio de los países de la OCDE se incrementó tres años entre 2000 y 2013 (de 77.1 años a 80.4 años), en México sólo subió 1.3 años (de 73.3 a 74.6 años). Esto significa que la brecha en longevidad entre México y otros países de la OCDE se ha ampliado de cerca de cuatro años a cerca de seis años.

Un asunto que despierta particular preocupación son las altas tasas de sobrepeso y obesidad que prevalecen en México. Entre 2000 y 2012, las tasas de sobrepeso u obesidad de la población adulta se incrementaron de 62.3% a 71.3%; además, uno de cada tres niños tiene sobrepeso u obesidad. Por consiguiente, no es de sorprender que la diabetes, la enfermedad crónica más directamente ligada con la obesidad, se propague con rapidez y ahora afecte a muchos adultos. En México, 15.9% de los adultos padece diabetes, más del doble del promedio de los países de la OCDE de 6.9%.

En parte debido a estos factores de riesgo adversos, las muertes por enfermedades cerebrovasculares (infartos) sólo disminuyeron 38% desde 1990, porcentaje modesto en comparación con la reducción promedio de los países de la OCDE de 54%. Más desconcertante resulta que las muertes por enfermedades cardíacas bajaron sólo 1%, en notoria diferencia respecto a la reducción de 48% en los países de la OCDE. Puesto que la población mexicana está envejeciendo con más rapidez que la de cualquier otro país de la OCDE, hay pocas razones para esperar que estas tendencias adversas se reviertan sin un fortalecimiento sustancial del sistema de salud.

Además de este preocupante panorama epidemiológico, el contexto social y demográfico de México también presenta retos significativos. La salud y la prosperidad siguen distribuyéndose inequitativamente y la población de los estados del sur, mujeres, niños y grupos indígenas, vive en condiciones de palpable desventaja. A pesar de las grandes reformas redistributivas, la pobreza se mantiene endémica. El Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social (CONEVAL) encontró que alrededor de 10% de la población vive aún en extrema pobreza (aunque esta cifra está bajando) y México es el segundo país más desigual de la zona de la OCDE después de Chile. Los ingresos per cápita en los estados más ricos son entre cuatro y seis veces más altos que los ingresos per cápita de los estados más pobres del sur. Cerca de tres cuartos de la población indígena de México vive en pobreza, en comparación con cerca de cuatro de cada 10 de los pobladores no indígenas.

Las altas tasas de trabajo en empleos informales son aún características del mercado laboral mexicano: casi 60% del empleo en el país corresponde al sector informal (aunque se están creando nuevos empleos en el sector formal con rapidez). Alrededor de 22% de los jóvenes mexicanos no tienen un empleo formal, ni estudian ni están en formación (9.4% de los hombres y 34.7% de las mujeres entre 15 y 29 años), en comparación con el promedio de 15% en los países de la OCDE. Estas altas tasas de empleo informal inevitablemente limitan los recursos disponibles para brindar financiamiento público de la atención de la salud y otras formas de protección social: el gasto público en protección social más amplia es el más bajo en los países de la OCDE: 7.9% (2012) del PIB, cerca de un tercio del promedio de la OCDE de 21.6%.

Para enfrentar esta complicada constelación de circunstancias, México requiere un sistema de salud que responda a las cambiantes necesidades de las personas, capaz de ofrecer atención continua, personalizada, proactiva y con orientación preventiva, así como costo-efectiva y sustentable. Sin embargo, el análisis de la situación actual, sugiere que el sistema se encuentra lejos de funcionar así.

Los sistemas actuales no cubren de forma adecuada las necesidades de salud de los mexicanos

En la actualidad, los servicios de salud en México son prestados por diversos subsistemas: múltiples aseguradores con personal e instalaciones propios para atender a la población y la afiliación a uno u otro por lo general depende del empleador. El mayor de ellos es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual presta seguro de salud y servicios de atención médica (así como pensiones y otros beneficios), principalmente para la población con empleo asalariado en el sector privado (formal). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) brinda seguridad social (SS) similar a los trabajadores del gobierno federal. Otras instituciones clave incluyen la red de Servicios Estatales de Salud (SESA) financiada por el gobierno, para aquellos sin un seguro ligado al empleo.

La reforma de salud más importante realizada en años recientes fue la puesta en marcha del Seguro Popular (SP) en 2004, el cual extendió el aseguramiento financiado públicamente a 50 millones de mexicanos no asegurados con anterioridad. Antes del Seguro Popular, estas personas tenían acceso a los SESA pero mediante el pago de cuotas de recuperación. Ahora, casi todos los mexicanos tienen acceso a un plan de aseguramiento de salud. El paquete de servicios cubierto por el Seguro Popular se ha ampliado de forma continua, de modo que, según se informa, ahora cubre 95% de las visitas a clínicas y hospitales y 97% de sus usuarios dicen quedar satisfechos con los servicios de salud recibidos.

De acuerdo con datos de CONEVAL, la afiliación al SP creció de cerca de 5 millones de personas en 2004 a cerca de 50 millones en 2014. El considerable incremento en la afiliación al SP representa un paso importante hacia la cobertura universal en salud (CUS). No obstante, según algunas encuestas, 18% de la población informa que no tiene seguridad social alguna, lo cual señala una falta de conocimiento que podría traducirse en un pobre acceso a atención médica, malos resultados y un riesgo financiero constante.

Recuadro 0.1. Avances desde la publicación de Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, en 2005

Hace diez años la OCDE realizó una revisión del sistema mexicano de salud. La revisión incluyó recomendaciones detalladas para mejorar el desempeño del sistema de salud en seis áreas: 1) asegurar un adecuado financiamiento del sistema; 2) abordar las barreras remanentes para el acceso a los servicios de personas no cubiertas por la seguridad social; 3) promover una mayor eficiencia de los proveedores de servicios médicos; 4) promover una mayor productividad de los profesionales de la salud; 5) promover la calidad y la eficacia de la atención, y 6) mejorar la gobernanza del sistema.

Desde entonces, se han registrado relativamente buenos avances en los puntos segundo y quinto. Respecto al primero, el paquete de beneficios del Seguro Popular se ha expandido gradualmente, en particular para cáncer y otras intervenciones cubiertas por el fondo para tratamientos de alto costo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y estudios del Instituto Nacional de Salud Pública sugieren que ha mejorado la disponibilidad de servicios en general y la disponibilidad de medicamentos prescritos, en particular. En las zonas rurales, el programa Caravanas de la Salud (ahora Unidades Médicas Móviles), iniciado en 2007, parece tener algunos beneficios transitorios. Sin embargo, persisten

Recuadro 0.1. **Avances desde la publicación de Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, en 2005** (Cont.)

importantes retos en cuanto a calidad y disponibilidad del servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este informe.

En relación con la promoción de la efectividad y la calidad, se ha observado un avance puntual en promoción de la salud y programas de prevención de enfermedades. La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes refleja las mejores prácticas internacionales (oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf) y su internacionalmente innovador impuesto a las bebidas azucaradas y a las botanas con un alto contenido calórico se asoció con la baja en el consumo. También se ha logrado un avance importante en la autorización de nuevas tecnologías seguras (por medio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, COFEPRIS, y otros órganos). Sin embargo, como se aborda en el Capítulo 2, no se sabe lo suficiente acerca de la calidad y los resultados alcanzados por los proveedores de atención médica y falta un sistema nacional de normas y directrices para la calidad del servicio.

Desafortunadamente, es desalentador el avance observado en las otras cuatro áreas de las recomendaciones del Informe de 2005. Como se explica en el Capítulo 4, el nivel y la sustentabilidad del financiamiento del sistema de salud está lejos de ser el óptimo (con excepción de los impresionantes ahorros que resultan de la compra consolidada de medicamentos). Pocos esfuerzos por mejorar la productividad y la eficiencia de los proveedores se han materializado, como se analiza en el Capítulo 5. En particular, las recomendaciones del Informe de 2005 de instaurar la separación del comprador y el proveedor no se han implementado, con algunas excepciones (como el experimento en el estado de Hidalgo con nuevos sistemas de pagos y la contratación por parte de los institutos de SS con proveedores privados de intervenciones de alta demanda, como servicios obstétricos o hemodiálisis). El modelo de contratación de la fuerza laboral es prácticamente el mismo. La gobernanza del sistema también permanece sin reforma en gran medida. Aparte de convenios ocasionales que permiten al SP y a los institutos de SS intercambiar servicios, pocos mecanismos se han creado para promover un trabajo más cercano entre los dos subsistemas. En particular, los sistemas de información en el SP y los institutos de SS se mantienen incompatibles y no se cuenta con un registro o censo nacional de pacientes (un requisito mínimo para permitir la interoperabilidad y un trabajo más cercano).

El financiamiento es desigual entre los subsistemas, el gasto de bolsillo se mantiene alto y persisten arraigadas ineficiencias

Hay diferencias considerables entre los derechos de salud de las personas establecidos en el papel y su experiencia en la realidad; las personas cubiertas por el Seguro Popular afrontan desventajas particulares. En la actualidad el país gasta en salud 6.2% (2013) del PIB en este rubro, menos del promedio de la OCDE de 8.9%; esto equivale a 1048 dólares estadounidenses a paridad de poder adquisitivo (PPA) per cápita por año (el promedio OCDE se ubica en 3453 dólares estadounidenses PPA en 2013). El porcentaje de este gasto proveniente de recursos públicos es particularmente bajo. Sólo Chile (46%) y Estados Unidos de América (48%) reportan un porcentaje menor de gasto público en salud que México (51%). El bajo gasto público y la inversión total limitada en el sistema de salud se reflejan en los recursos nacionales en ese campo. México tiene 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeros practicantes por cada 1000 habitantes, muchos menos que el promedio de la OCDE de 3.3 y 9.1, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja (1.6 camas por cada 1000 habitantes en 2013), comparada con 4.8 camas por cada 1000 habitantes en la OCDE: de nuevo, el promedio más bajo de los miembros de la Organización.

Además, el financiamiento efectivo no parece ser igual entre los subsistemas de salud. A pesar de que el gasto per cápita total es ahora aproximadamente similar para personas sin y con seguridad social (en 2013, 3429 pesos per cápita para los que no tienen SS, comparado con 3505 para derechohabientes del IMSS y 3945 del ISSSTE), las diferencias en los derechos persisten, las cuales incluyen algunas enfermedades comunes y devastadoras. Por ejemplo, ataques cardíacos en personas mayores de 60, infartos, diálisis después de fallas renales, esclerosis múltiple y cáncer de pulmón, no están cubiertos por el SP. También se perciben algunas diferencias en acceso. Por ejemplo, el número de consultas externas de especialistas es de 319 por cada 1000 afiliados al SP, comparado con 338 y 620 por 1000 afiliados en el IMSS y en el ISSSTE, respectivamente. Si bien algunas de las diferencias pueden reflejar desigualdad en las necesidades (tales como que el ISSSTE tiene una población ligeramente mayor en edad), otras no se justifican de esta forma. El número de recetas médicas prescritas que no se surtieron completamente debido a falta de inventario se ubicó en 33% en el SP, comparado con 14% en el IMSS según datos de encuestas (no obstante, las cifras de los institutos de SS sugieren mayores tasas de recetas surtidas).

El gasto de bolsillo en México representa 45% del gasto en salud¹ y 4% del gasto de los hogares. Ambas cifras son de las más altas en la OCDE. El gasto de bolsillo no ha disminuido significativamente en la década pasada, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud mediante la reforma del SP. Las razones del alto y sostenido nivel de este gasto no son claras. En parte, puede ser que los afiliados a las instituciones no estén satisfechos con la calidad o el acceso a los servicios prestados por las mismas, lo que los hace acudir a proveedores privados de servicios médicos. De hecho, con 11.4 hospitales públicos y 28.6 hospitales privados por cada millón de habitantes, México muestra la mayor proporción de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE para los cuales hay información disponible, lo cual sugiere que el sector privado es una parte importante del sistema de salud.

El pobre desempeño en algunos indicadores de calidad subraya la necesidad de una reforma urgente. Casi tres de cada 10 mexicanos mueren dentro del mes posterior a un ataque cardíaco (y la tasa está *empeorando*), en comparación con menos de uno de cada 10 en promedio en los países de la OCDE (donde las tasas de supervivencia en general están mejorando). De la misma forma, cerca de dos de 10 mexicanos mueren dentro del mes posterior a un accidente cerebrovascular (sin mejora alguna en la tasa de supervivencia en los últimos cinco años), en comparación con menos de uno de 10 en promedio en la OCDE (donde las tasas de supervivencia están mejorando en general).

Hay también evidencia de que los escasos recursos de México no se utilizan con eficacia. La atención primaria no está tan desarrollada como debería. Por ejemplo, no se ha establecido el registro con un médico de atención primaria, y el horario de atención es limitado. Por consiguiente, las personas solicitan servicio médico por episodios, en las salas de urgencias (y cada vez más en consultorios médicos adyacentes a las farmacias), lo que significa que se pierden las oportunidades de brindar atención proactiva, preventiva y coordinada. El costo administrativo en salud, de 8.9% del gasto total en 2013, es el más alto en la OCDE y no se redujo en la década pasada. La mayoría de los países de OCDE gastan mucho menos en la administración del sistema de salud y muchos lo han recortado en gran medida desde la crisis financiera de 2008. Otra fuente de ineficiencia se refiere a los 10 millones o más de mexicanos que, de acuerdo

con los datos de las encuestas, tienen dos (u ocasionalmente tres y cuatro) coberturas de salud. Por ejemplo, aquellos cubiertos por su empleo y por el seguro de su cónyuge.

Al mismo tiempo, cerca de un tercio de los afiliados al SS se ve forzado a cambiar su red de asegurador y proveedor debido a un cambio en su condición laboral, lo que afecta la continuidad del servicio médico. Las personas con empleo asalariado privado (y sus familias) tienen derecho a un paquete de beneficios y un conjunto de proveedores. Sin embargo, si pierden su empleo, muy probablemente tendrán que afiliarse al SP con un paquete de beneficios diferente y un conjunto de proveedores distinto. Si encuentran trabajo como empleados del gobierno federal, estarán afiliados a un diferente paquete de beneficios y tendrán un diferente conjunto de proveedores. Evidentemente, esto afecta la continuidad del servicio médico. Además, es un desperdicio de recursos, ya que múltiples sistemas tienen que tratar a la misma persona. También se debilitan los incentivos para que cualquier esquema invierta en servicios de prevención, pues quizá consideren que nos les redituará. La organización actual del sistema mexicano de salud es mala para los pacientes y mala para los contribuyentes.

Se requiere una reforma al sistema de salud de México sostenida e integral

México necesita un sistema de salud centrado en las necesidades de las personas, más que en los sistemas institucionales históricos, y capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada, y a la vez costo-efectiva y sustentable. En muchos aspectos este sistema no se desempeña como debería; podrían mejorar en gran medida los temas de acceso, calidad, eficiencia y sustentabilidad. En los párrafos anteriores se demostró que los arreglos institucionales actuales están fallando en diversos frentes (véase la Gráfica 0.1).

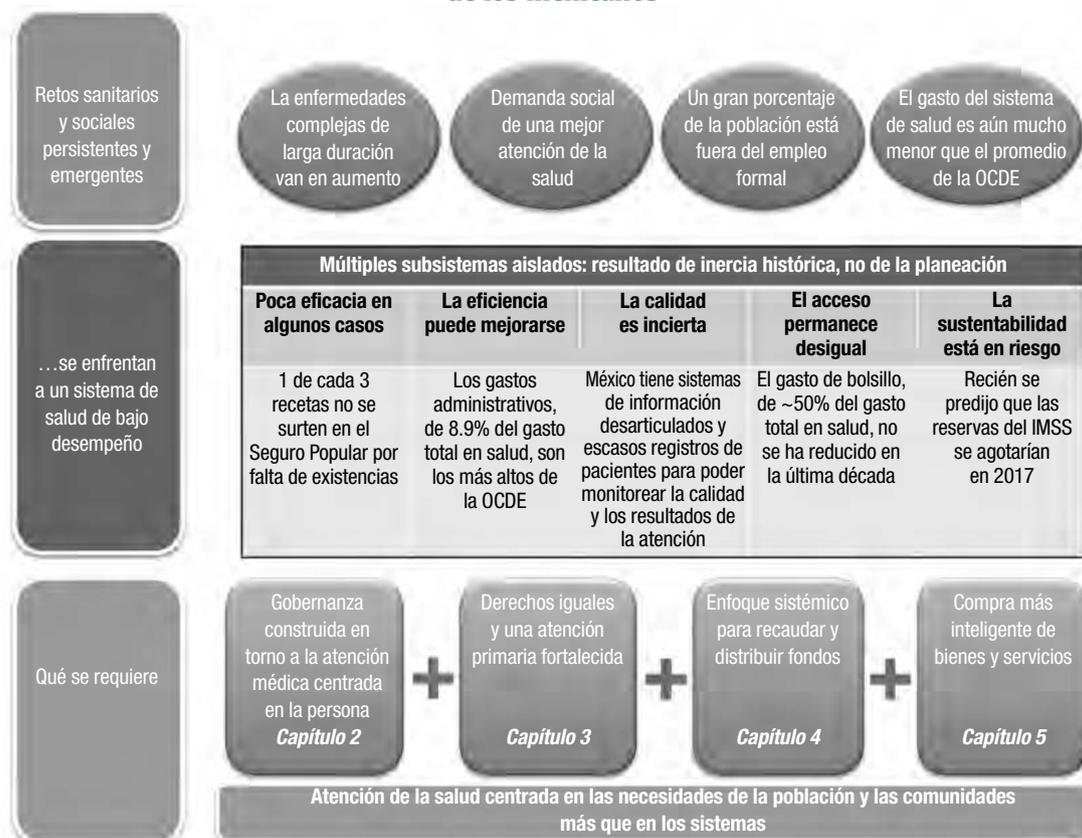
Sin una reforma de gran alcance, México corre el riesgo de mantener un sistema de salud de bajo valor, que no logre afrontar el rápido crecimiento de la carga de enfermedades relacionadas con la edad y el estilo de vida, así como las notorias diferencias en acceso y calidad que resultan de tener un sistema de salud fragmentado, lo cual además plantea el riesgo de que se agrave la desigualdad socioeconómica. Un sistema de salud ineficiente y poco efectivo, marcado por persistentes desigualdades en calidad y acceso, sin duda impedirá a México en los próximos años alcanzar la salud, la prosperidad y el progreso que ciertamente es capaz de lograr.

El sistema de salud de México debe cambiar para proporcionar servicios de salud de alta calidad centrados en la persona

Para que el sistema de salud de México cubra las necesidades de salud de forma justa, efectiva y sustentable, debe pasar de ser un conjunto de subsistemas verticales con operaciones rígidamente determinadas por los legados históricos e institucionales a uno que responda a las cambiantes necesidades de individuos y comunidades a lo largo de su ciclo de vida y que use los recursos con eficacia.

Este sistema de atención de la salud centrado en la persona tendría como prioridad servicios que respondan y rindan cuentas, orientados fuertemente a la atención preventiva y primaria, que hagan un uso eficaz de los dos sectores, el público

Gráfica 0.1. **Los arreglos institucionales actuales no cubren las necesidades de salud de los mexicanos**



y el privado. A nivel individual y comunitario, la atención de la salud centrada en la persona pondría énfasis en la necesidad de mejorar el manejo de condiciones de larga duración al incrementar la continuidad en la atención. A nivel de las organizaciones de atención de la salud, este servicio centrado en la persona hará hincapié en la necesidad de resolver la fragmentación. En el sistema de salud de México se requiere en particular continuidad en la atención, colaboración multidisciplinaria y redes entre proveedores de atención primaria y secundaria.

En años recientes, sin considerar los buenos avances en la mejora de la atención preventiva, la calidad de los servicios médicos ha recibido poca atención política a pesar del bajo desempeño de México en algunos indicadores internacionales de calidad. Si bien se cuenta con sistemas para medir la calidad, no parecen usarse sistemáticamente para lograr mejoras. México se beneficiaría de un enfoque más sistemático y sostenido de monitoreo y mejora de la calidad que iguale las mejores prácticas internacionales. Esto incluiría el fortalecimiento de los procesos para otorgar licencias médicas, educación profesional continua, acreditación de las unidades médicas, desarrollo de estándares y directrices nacionales, y publicación de auditorías nacionales de la calidad de la atención.

Es recomendable acelerar la planeación de una *nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad*. Este nuevo organismo, independiente de la Secretaría de Salud y

de los institutos de SS, sería responsable de fijar los estándares requeridos para una atención segura y efectiva por parte de todos los proveedores del sistema, incluidos los privados. Una prioridad particular será desarrollar estándares y directrices nacionales de práctica clínica de la atención, supervisar y promover la observancia de estos por los proveedores. Se trata de un área de mejora de la calidad que no recibe suficiente atención en el Sistema Nacional de Salud. También se debería otorgar a la nueva agencia poderes regulatorios suficientes para recabar, analizar y publicar información sobre calidad y resultados en salud, compartiendo experiencias de buen desempeño y apoyando a las unidades con bajo desempeño. Las recientes reformas en Italia, y en particular, la nueva Agencia Nacional para la Atención a la Salud Regional (AGENAS), sirven como ejemplo. AGENAS contribuye de manera importante a asegurar la convergencia entre los enfoques de calidad y eficiencia en los 21 sistemas de salud regionales especialmente en el campo del desarrollo de indicadores, análisis y la apertura en la presentación de informes comparativos.

La consolidación de la recolección, análisis y diseminación de la información del sistema de salud será clave para impulsar la reforma

Si bien en el Sistema Nacional de Salud se genera un gran cúmulo de información, la fragmentación en su recolección, validación, análisis y difusión hace que esta casi nunca se explote en su totalidad para documentar la política pública y promover mejoras en el servicio. Los administradores del sistema de salud, ya sea a nivel nacional, estatal o institucional, rara vez pueden identificar proyectos que han usado información para identificar áreas de excelencia o debilidades, o como base para trabajos de mejora de la calidad. Un problema relacionado es la escasa frecuencia en la comparación y la verificación de resultados, dado que en los subsistemas de México no se miden con constancia incluso indicadores sencillos como los tiempos de espera.

Para lograr una atención de salud de alta calidad centrada en la persona será esencial desarrollar una infraestructura más consolidada. Como primer paso, todas las partes deberían comprometerse a realizar una *revisión estratégica de los sistemas de información en uso*. La revisión abordaría el tema de cómo transitar del sistema de información fragmentado actual a un sistema nacional consolidado enfocado en los siguientes datos clave: mejora continua de la calidad, atención personalizada y aseguramiento de la continuidad; soporte para la contratación y compra mediante una rendición de cuentas más clara de los resultados, y predicción de las cambiantes necesidades de salud y desarrollo de nuevos modelos de configuraciones del servicio.

Un resultado concreto por obtener sería un registro nacional consolidado de pacientes o, cuando menos, interfaces de registros de todos los sistemas, que fueran el equivalente funcional de un solo registro nacional. Una manera de lograrlo es integrar los datos de los pacientes que actualmente ya tienen los estados con aquellos de los institutos de SS, aunque eso podría representar una importante carga de trabajo para resolver conflictos o duplicación de datos. También se requiere incorporar salvaguardas técnicas y legales para garantizar un nivel de seguridad de datos aceptable. Una vez que se establezca este registro nacional de pacientes mínimo, los esfuerzos deberán centrarse en la consolidación e interoperabilidad de las diversas bases de datos usadas por el SP y los institutos de SS.

El desarrollo posterior del sistema nacional de información de salud tendrá que documentarse con el trabajo de la nueva autoridad para la supervisión y mejora de la calidad ya mencionada. Los indicadores acordados sobre rutas de atención común y los estándares mínimos de calidad deberían formar la base de un conjunto de *indicadores de desempeño de aplicación nacional*. Estos impulsarán la estandarización de la calidad entre los proveedores y sustentarán la mejora continua de la calidad. Hay que priorizar en un inicio los indicadores que se pueden construir a partir de datos que ya se recolectan rutinariamente, como tiempo de espera para la consulta médica y la satisfacción del usuario. Actualmente ya se está trabajando en el diseño y la implementación de un tablero nacional de métricas de calidad y eficiencia uniforme entre todos los aseguradores y proveedores, y conviene acelerar el esfuerzo.

Los países de la OCDE ofrecen numerosos ejemplos que es posible emular. En Suecia, por ejemplo, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar (CNSB) y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regiones (ASAL) regularmente publican el desempeño de los condados en más de 150 indicadores de calidad y eficiencia, obtenidos del enorme conjunto de registros nacionales de pacientes. En atención primaria, Dinamarca e Israel han desarrollado sistemas muy eficaces de informe de desempeño aplicados con todos los proveedores de atención primaria y publicación de los resultados. En Finlandia, el proyecto Performance, Eficacia y Costo de Tratamiento (PERFECT) liga los datos de las personas con informes de salud y costos de todas las rutas de tratamiento de los pacientes de cáncer de mama, esquizofrenia y muchas otras condiciones. Es prioritario desarrollar *un identificador único de pacientes, utilizado por todos los proveedores de salud del sistema*, punto claramente fundamental para el éxito del proyecto. La Clave Única de Registro de Población (CURP) de México facilitaría este proceso.

Otras ganancias importantes de una infraestructura de información más rica provienen de un mejor ajuste entre servicios y ofertas. México deberá implementar *mecanismos que permitan analizar el número de pacientes, el volumen de servicios, los costos y los resultados para grupos específicos de pacientes* y usar esta información para optimizar las compras y la contratación. La misma información también puede emplearse para predecir la evolución de las necesidades de atención médica y modelar posibles reconfiguraciones de servicio, con el fin de asegurar que el sistema de salud mantenga su capacidad de responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población. Las reformas realizadas en Portugal son un buen ejemplo, dado su éxito en la optimización de los costos y la calidad en numerosas áreas clínicas, incluidas la prescripción, la cirugía ambulatoria y la atención de condiciones crónicas.

El trabajo para desarrollar los expedientes clínicos electrónicos (ECE) debe continuar, dado que tienen un gran potencial para apoyar la continuidad de la atención, lograr mejorar la calidad de esta e involucrar más al paciente en su propio manejo. México tiene ya en desarrollo varias iniciativas en este ámbito; lo que se requiere es una coordinación cercana para asegurar un marco común y la interoperabilidad. Será necesario establecer *un regulador independiente de información de todo el sistema* que pueda supervisar la expansión de los ECE. También será esencial cuidar que el marco legal respecto a la privacidad de los datos apoye el intercambio de datos y a la vez mantenga la protección adecuada. El trabajo de la OCDE sobre el balance entre el valor público y la privacidad individual de los ECE compila experiencia internacional en esta área y ofrece guía sustancial.

Definir un paquete de beneficios y fortalecer la atención primaria

Lograr que todos los subsistemas de seguridad social proporcionen el mismo paquete de servicios en México deberá ser una prioridad de política pública. Esto promoverá la equidad, la calidad y la eficiencia, al permitir una mejor continuidad de la atención. Los paquetes que ofrecen el SP y la SS ya casi han convergido, en especial en la atención primaria, aunque el fondo para tratamientos de alto costo (Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, FPGC), continúa sin incorporar tratamientos importantes de segundo y tercer nivel para afiliados al sistema del SP. Tendrá que darse prioridad a garantizar que lo que aparece como un derecho en el papel se aplique en la práctica, porque aún existen brechas de acceso y calidad entre el SP y la SS en atención a la salud primaria y secundaria.

Se necesita una evaluación más eficaz de tecnologías para la salud en todo el sistema

El fortalecimiento de la capacidad de México de realizar la Evaluación de Tecnologías para la Salud (ETS) será decisiva para que en el futuro el financiamiento de la atención médica sea sostenible y eficiente. Por el momento esta función la desarrolla el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). El CENETEC se creó al mismo tiempo que el SP. Pese a que la intención original era que funcionara como un organismo de ETS (diseñado emulando de alguna forma al National Institute for Clinical Excellence, NICE, del Reino Unido), de hecho la mayor parte de su trabajo se relaciona con promover el buen uso y la gestión de tecnologías médicas, como la telemedicina, más que con valorar los nuevos medicamentos. El CENETEC también apoya a una red de 70 expertos que enseñan y promueven el uso de la ETS. La mayoría de las evaluaciones hechas por el centro se limitan a nuevo equipo y dispositivos médicos, aunque cada vez más evalúa también medicamentos.

Superar estos limitados mecanismos representa una oportunidad para fortalecer la capacidad de ETS de México. El CENETEC debe ampliarse y participar más en implementar la ETS. No deberá analizarse únicamente nuevos tratamientos, sino también los ya existentes, para promover la relación calidad-precio en el sistema. En lugar de enfocarse sólo en los no asegurados, el alcance del CENETEC se debería extender también a los institutos de SS. *La expansión de la función del CENETEC requerirá mayor inversión y una modificación de su condición jurídica.* En estos momentos opera como una unidad de la Secretaría de Salud, lo que limita su capacidad de contratar con agentes externos. No puede, por ejemplo, subcontratar trabajo a institutos de investigación o colaborar a nivel internacional con facilidad. *Establecer al CENETEC como un Organismo Público Descentralizado (OPD)* resolvería este tema. Además, muy probablemente, incrementaría la fortaleza y legitimidad de su trabajo.

Las instituciones de seguridad social deberían tomar medidas para definir su paquete de beneficios con mayor claridad

Junto con la ampliación del paquete de beneficios del SP (explícitamente definido en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se sugiere que México considere *definir de manera más explícita la cobertura de atención de salud de los institutos de SS*, para asegurar que sólo se financien

servicios de alto valor. La crisis financiera global de 2008 ha significado para muchos países de la OCDE explorar opciones respecto a reducir el paquete de beneficios de financiamiento público. Por ejemplo, Estonia eliminó la cobertura de revisiones dentales para adultos, Portugal dejó de incluir algunos medicamentos de venta sin receta y Grecia reintrodujo una lista positiva de cobertura de medicamentos. La República Checa está revisando todos los medicamentos para determinar cuáles deben ser financiados por el sector público.

Para México, un posible paso inicial en esta dirección sería desarrollar una lista positiva nacional de tratamientos de enfermedades de alto costo (como SIDA o ciertos tipos de cáncer), aplicable a afiliados del SP y de la SS. La experiencia internacional sustentaría una lista explícita de derechos. Por ejemplo, con pocas excepciones, todos los países de la OCDE tienen una lista establecida a nivel nacional que define qué medicamentos están cubiertos por sus sistemas de aseguramiento.

Los planes de aseguramiento secundario privado pueden ser muy útiles para preservar el acceso a servicios que se clasifican como de valor marginal (desde la perspectiva social), pero que tienen valor para los individuos. Este aseguramiento está presente en casi todos los sistemas de salud de la OCDE. Un ejemplo a destacar dadas las semejanzas estructurales con México, es el aseguramiento secundario en Israel, que es muy común; es adquirido por alrededor de 80% de la población para servicios no incluidos en el paquete básico de beneficios. En los Países Bajos y Nueva Zelanda, la cobertura secundaria abarca beneficios suplementarios, como atención dental, psicoterapia, lentes y lentes de contacto, así como algunas formas de medicina alternativa. En Italia, este aseguramiento también cubre coaseguros para pruebas de diagnóstico, consulta con especialistas, medicamentos y atención de largo plazo.

Con base en estas prácticas internacionales, las autoridades mexicanas podrían determinar los pasos legales, financieros y logísticos necesarios para ofrecer aseguramiento secundario a los afiliados del SP y de la SS, para ciertos servicios. Un buen primer paso sería realizar un estudio a profundidad de cómo opera el aseguramiento suplementario (y cómo se puso en marcha) en sistemas de salud estructuralmente similares, como el holandés y el israelí; en paralelo, trabajar para detectar qué servicios sería más políticamente viable y más efectivo económicamente eliminar del paquete de beneficios en México. Muy probablemente serían tratamientos de bajo valor (como medicamentos no genéricos). Debe considerarse con cuidado los riesgos de implementar el aseguramiento secundario, incluidos los impactos adversos en la equidad y en el gasto de bolsillo.

México necesita con urgencia una función de atención primaria y preventiva renovada y fortalecida

Para que México haga frente a la rápida evolución de las necesidades de salud de su población de manera eficiente y sustentable, deberá abordar otras políticas de mayor alcance. Más allá de alcanzar equidad entre los paquetes del SP y la SS, tendrá que transformarse el modelo de atención en todos los subsistemas. Un objetivo clave será *reducir su dependencia del sector hospitalario y centrar decisivamente el servicio en la atención médica primaria y preventiva*, brindada más cerca de los sitios donde la gente trabaja y vive. Esta es una prioridad en todos los sistemas de salud de la OCDE, con

el fin de brindar de manera más coordinada la atención preventiva requerida para padecimientos de largo plazo y multimorbilidad.

México ha sido muy reconocido por su enfoque ambicioso e integral para afrontar la diabetes, la hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas por medio de programas de salud pública y política pública. Han capturado el interés internacional iniciativas como el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria; el Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas; la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (con su muy difundida campaña Chécate, Mídete, Muévete); reformas constitucionales que prohíben los alimentos poco saludables en las escuelas, impuestos al consumo y otras regulaciones, etiquetado claro de productos alimentarios y las recientes restricciones a la publicidad de comida chatarra durante horarios infantiles de televisión y en el cine.

Sin embargo, la prevención secundaria (por ejemplo, la detección temprana y el adecuado tratamiento de las enfermedades crónicas) no está en la misma situación. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestran que aquellos con hipertensión arterial (un importante y tratable factor de riesgo de infarto y ataque cardíaco), 47.3% no sabían que tenían esta condición. De aquellos enterados, sólo 73.6% recibían tratamiento y menos de la mitad de ellos habían logrado reducir su presión arterial de forma adecuada. Asimismo, de quienes se sabían diabéticos, 14.2% (casi un millón de mexicanos) no habían visto a un médico para el manejo rutinario de su condición en el año anterior. Esto significa que la diabetes no se trata como es debido en la población mexicana: 24.7% de los diabéticos presentaban un alto riesgo de sufrir complicaciones como infartos, ataques cardíacos, fallas renales o pérdida de la visión y en 49.8% el riesgo era muy alto.

Reforzar la atención preventiva y primaria

Ante la creciente prevalencia de condiciones crónicas y presiones fiscales asociadas a estas, en todos los países de la OCDE se exige que los sistemas de atención primaria asuman un papel más protagónico y demuestren una mejor relación calidad-precio. México también debería buscar cómo fortalecer este sector para que contribuya en mayor medida a satisfacer las necesidades de atención de salud de los mexicanos. Prevenir que de inicio se desarrollen enfermedades tiene que ser la actividad prioritaria. Dada la rápida evolución de las necesidades de salud de la población y las restricciones fiscales es *fundamental que México desarrolle la atención primaria como una especialidad diferenciada*. Será redituable invertir grandes esfuerzos para crear una visión nacional de la atención primaria que aclare cualquier confusión respecto a que esta es simplemente atención médica para pobres y marginados. Al definir una nueva especialidad de atención primaria, la tarea más importante será distinguir a la actual cohorte de médicos que trabajan como médicos generales (sin formación suficiente de posgrado especializado) de los futuros especialistas en atención primaria. Esta distinción debe ser evidente y sin ambigüedades para los pacientes y otros profesionales de la atención de la salud y basarse en mayores conocimientos, competencias, funciones y responsabilidades. La aplicación de criterios claros en el otorgamiento de licencias debe fundamentar esto en la práctica.

Una función clave de la atención primaria será el manejo efectivo de pacientes con múltiples y complejas necesidades de salud, entre ellas condiciones de largo plazo como la diabetes. La *creación de departamentos académicos de atención primaria* en las escuelas de medicina mexicanas para que realicen investigaciones sobre el tema, desarrollen directrices clínicas específicas para la atención primaria, y enseñen la especialidad, apoyaría el esfuerzo. *Será también esencial desarrollar la infraestructura de información que sustente la atención primaria*, dado que eso permitirá construir un panorama más rico de la efectividad, seguridad y concentración en el paciente de la atención primaria. Los posibles indicadores se relacionarán con la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, atención de personas de la tercera edad, salud infantil y salud mental, así como la experiencia del paciente. Ligado a esto, México tendrá que considerar la *puesta en marcha de un sistema que permita a todos los pacientes registrarse formalmente con su especialista en atención primaria asignado*, como sucede en los institutos de SS y en muchos otros sistemas de salud de la OCDE. Esto apoyaría la atención continua y coordinada, y permitiría el cálculo de indicadores de calidad para grupos específicos de pacientes (como la tasa de control adecuado de la presión arterial entre diabéticos).

Consolidar y aumentar la base de ingresos para el sector salud en México

En comparación con el gasto público de otros países de la OCDE, el gasto público total en salud en México es bajo. México gasta una menor proporción de su Producto Interno Bruto en financiar públicamente la atención a la salud (3.2% del PIB) que cualquier otro país de la OCDE. Los niveles actuales de financiamiento público son claramente inadecuados, como se aprecia en las tasas de gasto de bolsillo sin precedentes que realizan los mexicanos para cubrir sus necesidades de atención médica. *Se debe conseguir un financiamiento público más generoso del sistema de salud* para prestar servicios de salud modernos y accesibles que los ciudadanos demandan. Para asegurar que el incremento de los recursos no se desperdicie y se traduzca en mejores resultados de salud tiene que asignarse a la vez, prioridad a la eficiencia del sistema.

Es recomendable identificar un financiamiento más generoso y seguro del sistema de salud en México

En la actualidad, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público impone un límite de crecimiento de 2% a los presupuestos operativos en todos los sectores del gasto federal. Si no se elimina este techo o se *emprende una revisión del gasto y la eficiencia en el sector salud*, será muy difícil incrementar significativamente los recursos del sistema en el corto plazo. Muchos otros países de la OCDE, como Francia y el Reino Unido, realizan revisiones regulares del gasto en salud, lo que permite responder más adecuadamente al desarrollo del servicio público, y al mismo tiempo controlar el gasto excesivo. También se requiere mejorar la eficiencia en la recaudación y distribución de los ingresos. Los sectores informales grandes, como el que existe en México, no tienen la capacidad de recolectar impuestos a la nómina y al consumo, lo que reduce los ingresos del gobierno. En fecha reciente México implementó una reforma fiscal con muchos mecanismos para incrementar los ingresos públicos al eliminar huecos fiscales, reducir los subsidios al petróleo e impulsar el empleo formal mediante el subsidio temporal de contribuciones con base en la nómina para nuevos

trabajadores. Estas reformas deben ampliarse y profundizarse. Es indispensable que las transferencias federales a los estados se lleven a cabo de forma más predecible y oportuna de la observada hasta ahora, para permitir a los estados planear y prestar servicios con mayor eficacia.

Además, México debe considerar *cambiar a un financiamiento de su sistema de salud más basado en impuestos*, en particular en lo relativo a nuevos ingresos. Es importante que los sistemas de salud aseguren la estabilidad y la previsibilidad de sus ingresos para mantener la calidad de los servicios médicos. En este sentido, las contribuciones de la seguridad social pueden ser una fuente de financiamiento menos confiable que los impuestos generales, sobre todo si hay fluctuaciones en los niveles de empleo. La investigación también ha demostrado que los impuestos directos tienen un mayor efecto redistributivo que la seguridad social en salud. En México, las contribuciones de nómina seguirán siendo una fuente importante de financiamiento del sistema de salud en el mediano plazo. Sin embargo, basarse más en impuestos generales para generar nuevos ingresos aumentaría la viabilidad política de asignar los recursos de acuerdo a necesidades. La experiencia de otros países demuestra que puede lograrse un enfoque incremental hacia un mayor financiamiento basado en impuestos para el sistema de salud de México. Por ejemplo, en Lituania, el presupuesto estatal hace contribuciones flexibles al fondo del seguro de salud, con base en los niveles salariales promedio de años pasados recientes, estabilizando los ingresos durante periodos de alto desempleo.

Los recursos financieros deben asignarse más eficientemente para reflejar las necesidades de salud regionales

Es necesaria una mejor asignación de recursos. En la actualidad los recursos del SP se asignan primordialmente a través de transferencias a los estados. Hay tres tipos básicos de fuentes de financiamiento: (1) la Cuota Social, que proporciona el mismo nivel de financiamiento por cada persona afiliada; (2) la Aportación Solidaria Federal, que dirige fondos a programas públicos específicos de salud en los estados, la cual se propone ajustar por necesidad y tiene un componente pequeño (1.25%) ligado al desempeño, y (3) la Aportación Solidaria Estatal, que representa la propia contribución del estado y se pretende que equivalga a la mitad de la Cuota Social. Los niveles de los recursos se basan en gran medida en el número de personas afiliadas en cada estado, ya que 80% está ligado al tamaño de la población afiliada (que es la dimensión de más fácil medición de la fórmula).

Este enfoque de asignación de recursos se diseñó de forma adecuada en las etapas iniciales del SP, pues creó un incentivo en los estados para afiliarse a más personas. Sin embargo, los niveles de financiamiento se han estabilizado ya que casi todos los mexicanos se han afiliado. Los métodos de asignación de recursos históricamente no han promovido el desempeño a un nivel adecuado, porque la mayor parte del peso de la fórmula de financiamiento se atribuye al componente fijo per cápita. Ahora hay una buena oportunidad de *revisar la fórmula de asignación de recursos regionales* para tomar en cuenta factores como necesidad, desempeño, transparencia, rendición de cuentas y capacidad. De esta forma, para mejorar la equidad y la calidad en el corto plazo será útil cambiar de presupuestos históricos a una asignación basada en el desempeño y en las necesidades. Esto debe aplicarse en ambos sistemas, el SP y la SS.

Por otra parte, hay margen para *mejorar la rendición de cuentas del gasto regional*. De conformidad con la ley mexicana vigente, los estados son responsables de decidir cómo gastar sus recursos, lo que significa que la Secretaría de Salud y la SHCP tienen instrumentos limitados para garantizar eficiencia y calidad. No obstante, hay reglas generales respecto a cómo pueden los estados utilizar sus fondos de salud, lo cual es importante debido a la disparidad en la capacidad administrativa y de gestión entre los estados. No más de 40% de los fondos del SP va a recursos humanos, no más de 30% puede gastarse en medicamentos y como mínimo se debe gastar 20% en actividades de prevención. Aun así, más allá de estos porcentajes no existe una estrategia clara de asignación de recursos a nivel estatal, lo que deja en manos de los estados la responsabilidad de la manera de gastar sus recursos dentro de estas restricciones.

Una opción para mejorar la rendición de cuentas es dar a los estados un incentivo financiero para presentar mejores informes. Por ejemplo, Italia también se encontró en una situación similar a la de México, al enfrentar una gran diversidad entre las diferentes regiones en las capacidades administrativas y de gestión en un entorno ampliamente descentralizado. Desde principios de la década de 2000, las regiones han podido obtener recursos adicionales condicionados en su entrega de mejores informes sobre sus actividades, costos y resultados en el ámbito de la salud. En 2007, a las regiones altamente endeudadas que recibieron fondos adicionales se les requirió presentar informes de avance trimestrales que describieran en qué medida se cumplían los objetivos de política predeterminados. Como alternativa, el gobierno central podía retener algunos fondos si los datos administrativos estatales no tenían la calidad suficiente para permitir un adecuado monitoreo del desempeño.

Permitir a los mexicanos mantener su afiliación institucional después de cambios en su empleo promoverá la continuidad de la atención

Alcanzar un paquete unificado de beneficios a nivel nacional y trabajar en la continuidad de la atención —algo tan vital en México si se quiere abordar de manera adecuada la crisis de las enfermedades no transmisibles—, requiere un rediseño estratégico de los diversos subsistemas heredados por los mexicanos de generaciones anteriores. En particular, es importante la continuidad del aseguramiento de los afiliados porque un gran porcentaje de mexicanos cambian de esquemas de aseguramiento en el curso de un año si su condición laboral cambia, lo que puede afectar el acceso a la atención. Muchos de ellos preferirían mantener su afiliación con su asegurador si se les diera la opción. La continuidad de la atención también puede promover calidad y eficiencia, y facilita un apego más sostenido de los afiliados a la atención preventiva individual personalizada.

Se requiere adoptar diversas medidas para que una persona pueda *mantener su afiliación a un sistema de seguridad después de un cambio de empleo*. Ahora, los trabajadores pueden continuar con los beneficios de la SS después de dos meses si quedan desempleados. En el corto plazo, las contribuciones al seguro para los trabajadores formales que cambian de empleo pero desean permanecer con su asegurador y no tienen forma de financiar esta prima del seguro familiar, podrían ser subsidiadas con impuestos generales. Aunque quizá parezca una estrategia riesgosa, hay que tomar en cuenta que la formalización de la fuerza laboral mexicana parece ocurrir con rapidez,

lo cual representa un contexto alentador para este tipo de reforma. Sin embargo, se requerirá una legislación efectiva para impedir que las empresas transfieran a sus empleados a condiciones de subcontratación o empleo informal. Los institutos de SS de México han realizado importantes trabajos de auditoría en años recientes para eliminar las prácticas ilegales de este tipo y es necesario ampliar dichos trabajos. También sería conveniente emprender una reforma piloto como esta en algunas zonas, con estrecha supervisión de las tasas de afiliación al SP y la SS, así como del empleo formal e informal.

En el largo plazo, para fomentar una mayor portabilidad del asegurador, se necesitan esfuerzos para igualar el paquete de beneficios, la calidad de la atención y los precios de los servicios entre los diferentes subsistemas. De nuevo, se recomienda un enfoque incremental, el cual debe empezar con unas pocas intervenciones en las que pueda estandarizarse con facilidad el precio y la calidad. Ejemplos inmediatos y definidos incluyen intervenciones diferenciadas, como cirugías electivas o atención materna. Sería también adecuado estandarizar la atención y los precios de servicios de alto costo, como diálisis renal o tratamiento de SIDA. Pero no hay que olvidar la atención primaria y preventiva. En particular, México tendrá que basarse en la amplia experiencia internacional respecto a la definición y la fijación de precios de paquetes de atención de enfermedades crónicas, como diabetes. De esta forma, los subsistemas podrían intercambiar contratos de prestación del servicio para grupos de pacientes con diabetes.

Otra medida importante pero políticamente difícil en la actualidad sería *separar el seguro de salud de las otras funciones de las instituciones de la seguridad social*, de modo que los sistemas de aseguramiento de la salud existan por sí mismos. Esto es necesario para que las personas puedan conservar su afiliación al seguro de salud sin necesariamente continuar financiando o participando en las otras funciones de las instituciones de seguridad social, como las pensiones y otros beneficios. Las circunstancias adversas que amenazan la sostenibilidad financiera de las instituciones de seguridad social son bien conocidas. Esto puede provocar una reestructuración significativa, en especial si se requieren fondos públicos. Como una condición para ello, sería prudente requerir que las instituciones de seguridad social separen el seguro de salud de las otras funciones. En el corto plazo, esto facilitará mantener la afiliación al asegurador entre quienes cambien de empleo porque será menos costoso contribuir sólo a la porción del seguro de salud más que a todas las prestaciones de seguridad social.

Asimismo, para promover la continuidad de la atención y permitir a los mexicanos cambios más factibles entre aseguradores, *es fundamental que los expedientes clínicos electrónicos sean fácilmente accesibles y transferibles* entre todos los proveedores sin importar el sistema de afiliación. Un acceso más abierto a la información del usuario puede más adelante reducir la complejidad de otras barreras administrativas para unificar los sistemas. En la actualidad las unidades del IMSS y el ISSSTE no necesitan estar acreditadas por ley, pero sí se exige que las unidades privadas lo estén para poder contratarse con el SP. En el futuro, los mecanismos de acreditación deben considerar medidas de resultados de salud, y no sólo indicadores relacionados con la calidad de la infraestructura. Una mejor asignación de recursos y mejores mecanismos de financiamiento pueden también ser útiles para optimizar y homologar la calidad, y para asegurar que los recursos de los sistemas reflejen las necesidades de salud de los afiliados.

Será también deseable *acordar niveles de precio nacionales y participar en la compra más consolidada* de servicios, más que firmar contratos individuales. Las alianzas público-privadas pueden ser otra buena forma de mejorar la planeación de infraestructura y al mismo tiempo promover la portabilidad de la atención médica. Por ejemplo, podría utilizarse financiamiento privado para construir una unidad pública con una parte del edificio dedicada a servicios públicos y otra a servicios privados (posiblemente contratados con el sector público). Por último, es importante ofrecer mejor información a los pacientes para que sepan en qué casos tienen derecho a consultar a un proveedor fuera de la red.

Reconfigurar los flujos financieros en todos los sistemas generaría mejoras en la recolección de ingresos y la asignación de recursos

En muchos países de la OCDE, los ingresos de los sistemas de salud son agrupados o redistribuidos a nivel nacional. La intención es promover la solidaridad social, así como mejorar la equidad y la eficiencia del sistema. Un fondo agrupado facilita la asignación de recursos de acuerdo con la necesidad y puede proteger a los individuos y aseguradores de pérdidas financieras al diversificar el riesgo entre poblaciones más grandes. En México es urgente implementar un enfoque más unificado del financiamiento, dado el importante número de personas que se transfieren cada año entre el IMSS y el SP y viceversa debido a cambios en su empleo, lo cual interrumpe la continuidad de la atención. Un fondo único en el que participen todos los sistemas permitiría que el servicio sea más transferible entre aseguradores y posibles ganancias de eficiencia.

El reto consiste en unir o redistribuir los fondos y servicios en una manera que entregue beneficios al sistema y al mismo tiempo sea políticamente aceptable. En México hay diferencias de opinión considerables respecto a cómo llevar esto a cabo. Ya se dispone de un fondo con estas características, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que forma parte del SP y opera como un fondo único; se trata de un modelo potencial para otros tipos de atención. Por ejemplo, podría crearse un *fondo nacional que pague tratamientos de enfermedades de alto costo o medicamentos especializados*. Además, conviene considerar un fondo único para la prevención. Ahora 36 programas nacionales de prevención son financiados por presupuestos verticales con base en presupuestos históricos. Si hubiera un fondo único etiquetado para la prevención, la asignación de recursos podría ajustarse con mayor facilidad para reflejar las necesidades de prevención de áreas específicas.

Es posible tomar otras medidas de corto plazo hacia la armonización del financiamiento y la actividad en los subsistemas. Existe el marco legal que permite al SP y a la SS usar los servicios del otro, por medio de convenios. Sin embargo, su uso ha sido esporádico y en general las instituciones de la SS compran servicios al SP para aliviar limitaciones en la capacidad (en específico en el caso de pruebas de diagnóstico, como estudios de laboratorio y rayos X), rara vez en sentido opuesto. Se requiere buscar mayores oportunidades para *ampliar la aplicación de los convenios* a nivel estatal y nacional en una forma que promueva el acceso y la continuidad de la atención de personas, en particular con enfermedades crónicas. Extender el uso de convenios a nuevas áreas como atención obstétrica o tratamiento de diabetes equivaldría, en términos funcionales, permitir a los mexicanos que mantuvieran un esquema de

aseguramiento público después de cambiar de empleo, como ya se analizó, y sería un paso importante hacia esta intención de política a largo plazo.

Algunas medidas más incluyen *establecer un nuevo organismo o comisión que represente a todos los fondos de seguro de salud de la SS y el SP*. Este nuevo organismo (o alguno existente con facultades adicionales) ofrecería un recurso compartido para ayudar a los institutos de SS a avanzar hacia sistemas interoperables de información, disminuir costos administrativos, identificar intervenciones en las que la calidad y el precio puedan estandarizarse con facilidad para permitir el intercambio de servicios y trabajar hacia la puesta en marcha de una agenda compartida de supervisión y mejora de la calidad, entre otras prioridades.

Existen oportunidades significativas de mejorar la infraestructura de información del sistema de salud en México. De acuerdo con la Secretaría de Salud, se diseñaron 15 sistemas de información como parte del SP. Sin embargo, según algunas entidades estatales, no se dispone de buena información para ayudarlos a correr los programas del SP con eficacia. Un beneficio claro de la homologación de sistemas sería aumentar la fluidez de la recolección de datos y *trabajar hacia la consolidación de bases de datos interoperables de información del sistema de salud*. Un sistema más simple y eficiente de recolección de datos reduciría el tiempo gastado en llenar formatos físicos y garantizaría que no se recabe información duplicada por parte de varios sistemas. También podría usarse un sistema de información de salud más integrado para asegurar que la SHCP no pague contribuciones a múltiples sistemas para algunos afiliados. Con este fin, *IMSS Digital* es un paso relevante para mejorar los expedientes clínicos electrónicos en el IMSS. Sin embargo, no queda claro si esto creará una mayor fragmentación en el sistema si se diseña en paralelo y no para integrarse en el futuro con otros esquemas.

Compra más inteligente de bienes y servicios

Finalmente, también debe contemplarse cómo se compran bienes y servicios en el sistema de salud de México. La falta de separación de funciones entre el comprador y el proveedor de servicios ha impedido desarrollar un conjunto de incentivos capaz de impulsar la calidad y la eficiencia. Por ello, la separación efectiva de funciones no debe postergarse. Esta medida sentaría las bases para ampliar la contratación selectiva, la oferta de opciones al usuario y la innovación en el ámbito del proveedor. También se requiere mayor flexibilidad en la contratación y en la gestión del desempeño de los trabajadores de la salud.

Los mecanismos actuales de reembolso no ofrecen incentivos suficientes a los proveedores para asegurar la eficiencia y la calidad de sus servicios

En tanto no exista una separación real de funciones entre los compradores y los proveedores de servicios en el sistema de salud mexicano, será muy difícil que los aseguradores desarrollen un sistema de incentivos que fomente la eficiencia, la productividad y la calidad de la atención. Por ello, una prioridad para mejorar el desempeño debe ser establecer una *separación clara de funciones*, tal como lo han logrado muchos sistemas de salud de la OCDE.

Las formas de pago a los proveedores también se han mantenido sin cambios en años recientes, a pesar de la reforma que significó el Seguro Popular. Mientras que los hospitales financiados por el SP y por la SS se pagan con presupuestos retroactivos, los hospitales privados reciben pagos diarios. La evidencia de reformas en países de la OCDE y otros sistemas de salud sugiere que las formas de pago basadas en actividades o volúmenes históricos proveen muy pocos incentivos financieros a los hospitales para mejorar su eficiencia o la calidad de sus servicios.

Los métodos de pago a los profesionales de la salud tampoco están vinculados a la calidad y la productividad. En el sector público, se trata básicamente de asalariados bajo contratos nacionales negociados colectivamente por sindicatos con condiciones rígidas de salarios, horarios de trabajo y beneficios de la seguridad social. Pese a haber un amplio reconocimiento de los beneficios de cambiar a mecanismos contractuales más flexibles y formas de pago basados en el desempeño, estos contratos colectivos han impedido modernizar el sistema de incentivos.

La separación entre el comprador y el proveedor de servicios deberá introducirse de forma gradual pero decisiva

La mayoría de los países miembros de la OCDE asignan la responsabilidad de compra de los bienes y servicios de atención de la salud a organizaciones regionales, generalmente, gobiernos regionales o fondos de salud con afiliaciones regionales. Aunque los métodos son muy variables según el contexto de cada país, el denominador común es la implementación gradual de la separación de funciones, la cual en general, ha producido resultados positivos para sus sistemas de salud.

En los institutos de SS, es necesario separar con claridad las funciones de compra y prestación de servicios. Al interior de cada instituto, el comprador tendrá que exigir al proveedor mayor y mejor información sobre actividades, costos y resultados. Esto sentará las bases para compras transparentes e inteligentes. De igual manera, dentro del SP, es necesario consolidar la función de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) como compradores regionales de servicios de salud del Seguro Popular. Ya existe el marco legal para que los REPSS se conviertan en compradores estratégicos. Los REPSS pueden en principio convertirse en *organismos públicos descentralizados* (OPD), con lo cual adquirirían mayor autonomía. En entidades federativas con menor capacidad administrativa, los REPSS podrían funcionar como OPD con la autorización de la Secretaría de Salud, como las oficinas regionales del IMSS que por algún tiempo han comprado varios servicios a proveedores del SP. Estos convenios de coordinación permitirían a los REPSS, y a las instituciones de seguridad social, adquirir servicios de manera estratégica a proveedores que trabajen con más de un asegurador, optimizando con ello el acceso, la eficiencia y la calidad.

Al fin y al cabo, en el largo plazo, esto posibilitaría la competencia entre proveedores para conseguir usuarios en México, lo cual ya se ha hecho en otros contextos mediante contratos selectivos. Mecanismos como estos pueden producir efectos positivos en la eficiencia del sistema y en la calidad de la atención, siempre y cuando los proveedores compitan para atraer usuarios en función de la calidad y no del precio de los servicios. Al cambiar el sistema en México hacia *la implementación de mecanismos selectivos de contratación y competencia entre los proveedores*, los formuladores de políticas públicas deben prestar atención a la evidencia de otros contextos y dejar de emplear mecanismos

de presupuestos blandos para compradores y pagos retrospectivos de proveedores, los cuales tienden a no incentivar a los compradores para negociar menores precios y a los proveedores para compensar estos menores precios aumentando el volumen de servicios (innecesarios) prestados.

La Secretaría de Salud debe asumir un mayor liderazgo, una mejor supervisión y una rectoría más efectiva para apoyar la separación de funciones

A medida que las oficinas regionales se sientan más seguras en la contratación de servicios, el papel de la Secretaría de Salud podría cambiar a enfocarse en la supervisión, coordinación y regulación estratégicas. En el ámbito del proveedor, la autonomía deberá aumentar de manera gradual y su implementación dependerá de que la gestión del desempeño sea sólida. Se podría empezar por *transformar un grupo selecto de hospitales en organizaciones financiadas prospectivamente*, donde los administradores gocen de cierta autonomía en la toma de decisiones cotidiana (sobre todo en la gestión financiera) empleando metas de desempeño monitoreadas por el comprador (por ejemplo, el REPSS). Esta transformación podría evolucionar hacia un modelo de organizaciones corporativas con mayor autonomía, pero en el que los hospitales mantengan su carácter público, como ocurre en el Reino Unido o en hospitales públicos que operan como empresas propiedad del Estado en otros sistemas de salud.

Es más probable obtener ganancias en eficiencia en la prestación de servicios cuando el proceso de contratación está vinculado con la planeación. De ahí la importancia de un *plan nacional estratégico de salud*, idealmente trazado por la Secretaría de Salud en conjunto con las instituciones de seguridad social y otros actores implicados, que defina áreas prioritarias de acción en un marco de tiempo específico, y que estas prioridades se conviertan en el marco general de referencia para los propios planes estratégicos de los REPSS y demás compradores. A su vez, esto debe definir las prioridades de la prestación de servicios en el ámbito local por medio de contratos específicos con proveedores.

Vincular los contratos con las prioridades nacionales y locales requiere un firme liderazgo de la Secretaría de Salud para establecer las directrices generales a los estados y crear un marco legal que obligue a los compradores a desarrollar planes estratégicos de compra con periodicidad. Estos planes identificarían las prioridades y las necesidades estimadas de salud, tanto locales como nacionales, a seguir por los proveedores, así como los planes correspondientes para cubrirlas (presupuestos requeridos, estándares de calidad y otros). En Francia, la planeación estratégica regional se basa en la planeación nacional y define las metas para la prestación de atención hospitalaria durante un quinquenio, la cual parece ser un modelo exitoso de autonomía local y rectoría federal.

La Secretaría de Salud debe colaborar de cerca con otras instituciones reguladoras de gobierno como la Secretaría de la Función Pública, con el fin de *aumentar la transparencia y la rendición de cuentas administrativas en los ámbitos estatal y municipal*, incluso la recolección y auditoría regulares de información sobre compras y gastos institucionales mediante un sistema integrado de información.

Es conveniente poner mayor énfasis en el pago prospectivo en el sector hospitalario

Pagar hospitales con presupuestos históricos no crea incentivos para mejorar la eficiencia en la prestación o en la calidad de la atención. La separación de funciones y el fortalecimiento de la capacidad de compra, temas ya abordados, permitirían realizar contratos selectivos y métodos de pago prospectivos, los cuales serían más adecuados para mejorar el desempeño de los proveedores. El IMSS ha desarrollado un sistema de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) basado en los costos de sus servicios y sus guías de práctica clínica. Más aún, algunas oficinas locales del IMSS han puesto en marcha mecanismos de pago por servicio, todavía incipientes y están explorando alternativas de pago hospitalario basadas en indicadores de desempeño.

Existe evidencia de los efectos positivos del uso de GRD para promover la eficiencia hospitalaria sin disminuir la calidad de la atención, pero se requiere un enfoque unificado para implementar un mecanismo semejante en todo el sistema. Un paso inicial para crear un sistema de esta naturaleza en México requeriría acordar que los registros de los diagnósticos y los procedimientos en todos los aseguradores y proveedores sean uniformes y sigan normas generalizadas (como el sistema CIE-10 de la OMS ahora en uso). Esto también requiere consolidar y articular los diferentes sistemas de información hospitalarios para asegurar la interoperabilidad en la medida de lo posible. Sólo entonces será posible calcular los costos de un paquete común de servicios para todos los proveedores, con protocolos clínicos definidos e insumos mínimos.

Dependiendo de la escala anticipada de reembolso por servicio en comparación con el financiamiento prospectivo, será fundamental desde el principio instrumentar mecanismos capaces de prevenir la importante escalada de costos experimentada en algunos sistemas de salud. Dado que los sofisticados mecanismos de pago ajustados por riesgo (así como el consenso político necesario) toman tiempo para desarrollarse, un primer paso sería introducir un techo presupuestal global de salud para controlar el efecto inflacionario de corto plazo asociado al pago por servicio a través de volúmenes máximos de servicios reembolsados y posibles sanciones por costos por arriba del promedio. Más adelante, a medida que se desarrollen instrumentos para monitorear los contratos, la Secretaría de Salud jugaría un papel clave para impulsar negociaciones y revisiones formales periódicas de un esquema nacional de tarifas con los actores involucrados que reflejen las condiciones económicas cambiantes, como se hace por ejemplo en Japón.

Una transición gradual al pago prospectivo no requiere la completa desaparición de los pagos retrospectivos en el ámbito hospitalario. De hecho, el sistema mexicano podría beneficiarse de mantener un componente de pago retrospectivo complementario por caso hospitalario para algunos servicios. Este podría aplicarse, por ejemplo, a tratamientos particularmente costosos o como una opción temporal para reembolsar los casos de los proveedores todavía sin un contrato formal con los compradores. En este sentido, el pago retrospectivo podría apoyar la portabilidad de servicios en México al facilitar pagos compensatorios entre compradores cuando los usuarios se atendieran fuera del área geográfica cubierta por su aseguradora (como es el caso de Suecia).

También se gana en la manera de comprar y distribuir medicamentos y otros insumos

Cambiar los métodos de compra debe ser otra prioridad del sistema de salud en México. Ya se han logrado ahorros significativos con la compra consolidada de medicamentos. La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) ha contribuido a estandarizar los precios de los medicamentos de patente o fuente única en todo el sector. Análisis sugieren que estas negociaciones han ahorrado cerca de 65 millones de dólares estadounidenses anuales, principalmente atribuibles al IMSS (42%) y a la Secretaría de Salud (33%). El gobierno federal piensa ampliar el alcance de esta estrategia a prácticamente todas las medicinas e insumos médicos.

Los procesos de licitación de contratos con el gobierno federal deben sumar a un mayor número de entidades federativas y podrían transitar paulatinamente de su formato actual “todo o nada” a un formato que diera cabida a productores más pequeños (que a menudo no tienen la capacidad de ofrecer las cantidades completas demandadas por un mercado enorme y unificado) para licitar parte de esos contratos. Esto traería a más compañías farmacéuticas a la mesa de negociaciones y podría reducir aún más los precios de compra con ahorros potenciales en medicamentos que se compran en cantidades menores y a precios más altos.

También hay margen para reducir los costos de distribución de los medicamentos en los Servicios Estatales de Salud a través de una *participación del sector privado como red de distribución* más amplia y cuidadosamente regulada. Con este enfoque se ha mejorado la eficiencia de la prestación en el sector público y el acceso a medicamentos en muchos sistemas de salud con algún grado de descentralización de funciones, entre ellos los países nórdicos y el Reino Unido. La Secretaría de Salud debe definir reglas claras de participación en esta red de distribución, incluidos estándares mínimos de calidad y probidad (como horarios de operación, niveles de personal, conflictos de intereses por ventas, entre otros). También, implementar procesos internos efectivos para recolectar datos y monitorear patrones de prescripción en las farmacias, así como medidas explícitas para asegurar el respeto de los protocolos clínicos.

La gestión de la fuerza laboral de salud también deberá premiar la productividad y la calidad

La mayoría de los médicos de México siguen recibiendo salarios o tarifas por servicio. Uno de los principales retos que impide probar nuevas estrategias de pago a los médicos es el actual marco legal que regula las condiciones laborales del personal de salud. Es esencial que las autoridades federales negocien con los sindicatos para promulgar cambios legislativos que permitan flexibilizar las condiciones de contratación vigentes y desechar los acuerdos salariales como el único mecanismo de reembolso para los médicos que trabajan en instituciones públicas. La mayor flexibilidad en la contratación en relación con salarios y horarios será fundamental también para ayudar a la Secretaría de Salud a atraer médicos de atención primaria y especialistas a las áreas con menos servicios sanitarios, por lo regular zonas rurales.

Parte de la fuerza laboral de IMSS-Prospera actualmente ya se contrata bajo condiciones más flexibles. También, los Servicios Estatales de Salud, como los de Nuevo León, han aprovechado la posibilidad de firmar contratos temporales con especialistas con base en un pago por servicio prestado, con la opción a renovar contrato si cumplen con estándares de calidad determinados. Extender estas formas de contratación tanto al Seguro Popular como a las instituciones de seguridad social en general es fundamental para institucionalizar estas formas de pago que incentivan el buen desempeño de los médicos.

Estos cambios en los pagos de salarios para los médicos de atención primaria en México no necesariamente tienen que hacerse por completo. De hecho, existen argumentos sólidos teóricos y empíricos que sugieren emplear formas mixtas de pago, que incluyan tanto salarios como pagos per cápita y por servicio a los médicos de atención primaria. Un claro ejemplo en el contexto actual es la atención preventiva y la salud pública comunitaria. En otros contextos, se han realizado con éxito pagos per cápita para los médicos generales junto con pagos por servicios para determinadas intervenciones (como vacunaciones o atención prenatal), así como pagos asociados a indicadores de desempeño en la gestión de enfermedades crónicas o promoción de la salud (por ejemplo, estableciendo un porcentaje de pacientes diabéticos adecuadamente controlados). Por ejemplo, en el Reino Unido, los contratos basados en desempeño para las clínicas de atención primaria (el Marco de Calidad y Resultados o QOF) incluyen metas relacionadas con asesoría y apoyo para dejar de fumar para pacientes en tratamiento de diabetes o enfermedades cardiovasculares.

Vale también la pena considerar la implementación de *incentivos relacionados con el desempeño para remunerar a los profesionales de la salud*. Estos incentivos, además de fomentar la calidad y la eficiencia, contribuyen a atender otros dos asuntos relacionados con los primeros. En primer lugar, en general los actores del sistema perciben que los trabajadores de la salud no están bien pagados, de modo que alguna forma de pago relacionada con su desempeño podría aumentar los salarios promedio. En segundo lugar, la brecha existente entre los salarios de los médicos del sector público y el privado es una de las razones por las que en el contexto nacional es tan usual la práctica dual pública/privada (aunque puede haber otros motivos profesionales por los que los médicos mantienen una práctica privada). Sin embargo, la mayor parte de esta práctica privada no está regulada, al igual que la mezcla de ingresos privados y públicos y las horas de trabajo de los profesionales.

Por último, como medida complementaria de las iniciativas anteriores, es necesario implementar *reglas más claras para esta práctica médica privada casi sin regulación*, con el fin de evitar subsidiar actividades privadas con fondos públicos y establecer, de ser posible, una tarifa transparente para el uso de infraestructura pública para fines privados. Se requieren reglas claras para regular la práctica dual y la práctica privada en instalaciones públicas, en particular para médicos que trabajan en los hospitales. Estas regulaciones podrían permitirles tratar a pacientes privados en establecimientos públicos bajo un plan de remuneración de pago por servicio que asigne una parte de ese pago a los establecimientos públicos donde se realice el tratamiento, tal como se ha implementado en otros países como Austria, Alemania e Irlanda.

Recuadro 0.2. Reformas recomendadas al sistema de salud de México

Ante los retos sin precedentes que enfrenta actualmente su sistema de salud, México debe asegurar una atención a la salud para todos sus ciudadanos que sea equitativa, eficiente, sostenible y de alta calidad. Para lograrlo, tendrá que cambiar su configuración institucional histórica a un sistema de salud centrado en las necesidades de las personas. Por otra parte, debe renovar su enfoque en la prevención y fortalecer la atención primaria; consolidar y aumentar los recursos para la atención de la salud, así como mejorar la compra de servicios optimizando el acceso, la calidad y la eficiencia de estos.

1. Articular en el sistema de salud una visión renovada de la atención de la salud de alta calidad centrada en la persona al:

1.1. Concatenar el momento político del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 con el marco de atención médica centrada en la persona para generar consensos sobre la necesidad de lograr que el sistema evolucione de un conjunto de subsistemas rígidamente independientes, a uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y comunidades a lo largo del ciclo de vida.

1.2. Colocar el monitoreo y la mejora de la calidad como el elemento central de la rectoría del sistema de salud:

- Una estrategia integral de la calidad incluiría el fortalecimiento del esquema para el otorgamiento de licencias médicas, de la educación profesional continua; la acreditación de las unidades médicas; el desarrollo de normas y directrices nacionales, y la publicación de auditorías nacionales de la calidad en el servicio.
- Es esencial acelerar los planes para crear un nuevo organismo nacional que promueva actividades de mejora de la calidad en todos los niveles del sistema de salud. Este organismo, independiente de la Secretaría de Salud y las instituciones de seguridad social, debe desarrollar actividades clave como fijar estándares mínimos de calidad; desarrollar directrices nacionales para la atención médica; recolectar y analizar datos de calidad y resultados, y apoyar o sancionar a quienes tienen un pobre desempeño.
- Las clínicas y hospitales privados deberán participar plenamente en cualquier iniciativa dirigida a mejorar el acceso, la calidad y eficiencia. Esto debe incluir a las farmacias privadas que ofrecen consultas de atención primaria.

1.3. Construir un sistema de salud guiado por la información:

- Una revisión estratégica de los sistemas de información deberá indicar cómo puede México transitar de su actual conjunto de sistemas de información a un enfoque consolidado nacional centrado en la mejora continua de la calidad, la atención personalizada y el aseguramiento de la continuidad, así como apoyar la administración de contrataciones y compras con una rendición de cuentas por resultados más clara.
- Es necesario implementar un registro o censo de pacientes consolidado a nivel nacional al integrar los registros del SP de sus afiliados a los de las instituciones de la SS. Una vez que se establezca la información mínima esencial del registro nacional de pacientes, habrá que concentrarse en la consolidación e interoperabilidad de las diversas bases de datos usadas por el SP y las instituciones de la SS.
- Establecer un regulador de datos independiente para todo el sistema que pueda supervisar la expansión de los expedientes clínicos electrónicos. También será indispensable cerciorarse de que el marco legal respecto a la privacidad de datos apoye el intercambio de los expedientes manteniendo las salvaguardas adecuadas.

Recuadro 0.2. **Reformas recomendadas al sistema de salud de México** (Cont.)

- Se recomienda acordar un conjunto de indicadores nacionales de desempeño, usarlos de manera uniforme con todos los proveedores y publicarlos con regularidad. Los indicadores deben estar ligados a estándares nacionales y guías de práctica clínica. Es necesario desarrollar primero los indicadores de los datos que se recolectan rutinariamente, como los tiempos de espera para una cita con el médico y la satisfacción del usuario.

2. Todos los mexicanos, sin importar su empleo o posición social, deben tener acceso a un paquete de beneficios comúnmente definido centrado en una sólida atención primaria al:

2.1. Tomar medidas para desarrollar un paquete de beneficios más equitativo entre todos los aseguradores:

- Implementar un sistema más robusto e independiente de evaluación de tecnologías en salud y de análisis de costo-efectividad. Sopesar la posibilidad de establecer CENETEC como un organismo público descentralizado.
- Las instituciones de seguridad social deben considerar definir su paquete de beneficios de forma más explícita, como se acostumbra en las instituciones de seguridad social de los países de la OCDE. El aseguramiento privado secundario puede participar en brindar los servicios en el margen.
- Un paquete de beneficios equitativo entre los aseguradores podría empezar con la definición de derechos relacionados con enfermedades de alto costo, tales como SIDA.
- La atención primaria y preventiva no debe ser olvidada y México debe seguir la experiencia internacional de definir y estimar los costos de los paquetes de servicios de enfermedades crónicas como la diabetes. Esto tendría la ventaja de incrementar el perfil de la atención primaria y preventiva y ofrece la oportunidad de fijar las responsabilidades y obligaciones de los pacientes, así como sus derechos.
- Revisar las políticas de copagos para comprobar, en caso de emplearse, estén cuidadosamente enfocadas a actividades y tratamientos de bajo costo y a grupos de ingresos altos.

2.2. Reforzar la atención preventiva y primaria:

- Buscar desarrollar la atención primaria como una especialidad diferenciada, con un manejo efectivo del manejo de las condiciones de largo plazo como una actividad central. Los nuevos especialistas en atención primaria deben distinguirse sin ambigüedades de los actuales médicos generales comunitarios, con base en su mayor conocimiento, competencias, funciones y responsabilidades, y respaldados por criterios claros para el otorgamiento de licencias.
- Priorizar, como función clave de la nueva especialidad, la atención continua para personas con múltiples y complejas necesidades de salud, incluidas las condiciones de largo plazo como la diabetes.
- Utilizar todas las competencias del personal de atención primaria y comunitaria para prestar atención primaria y preventiva; esto incluye a los enfermeros y a los farmacéuticos de la comunidad. En particular, México tiene menos enfermeros que otros países de la OCDE; es urgente capacitar con urgencia a un mayor número de estas profesionales de atención primaria.
- Desarrollar infraestructura de información de atención primaria para construir una visión más rica de la eficacia, la seguridad y el grado en que la atención primaria está centrada en el paciente.

Recuadro 0.2. **Reformas recomendadas al sistema de salud de México** (Cont.)

En el largo plazo, debe usarse información sobre costos y calidad para estimular la mejora de los proveedores, mediante esquemas comparativos o de pago por desempeño.

- Implementar un sistema que permita a todos los pacientes registrarse formalmente con un especialista asignado de atención primaria en las redes de prestación del SP y la SS. Esto apoyaría la atención continua y coordinada, y permitiría el cálculo de indicadores de calidad para grupos específicos de pacientes (por ejemplo, la tasa de control glicémico adecuado en diabéticos).

3. México debe actuar para unificar su fragmentado enfoque de financiamiento de la salud con el fin de mejorar la eficiencia y la equidad en el acceso:

3.1. Es fundamental que México incremente su nivel de gasto público en salud para armonizarlo más estrechamente con el de otros países de la OCDE, y lleve a cabo iniciativas para incrementar la eficiencia del sistema de salud:

- Trabajar para aumentar el tamaño de la fuerza laboral formal y así generar recursos adicionales para el sector salud.
- Evitar el alto gasto de bolsillo al mejorar el acceso a la atención médica en el sector público, por ejemplo, al invertir en horarios laborales más largos en las unidades públicas.
- Transitar gradualmente hacia un mayor financiamiento proveniente de impuestos generales, en particular para nuevas fuentes de ingreso, mejorarían la previsibilidad del financiamiento, conservando a la vez, las contribuciones a la nómina como la fuente más importante de financiamiento de la SS en el corto a mediano plazos.

3.2. Los recursos del Seguro Popular deberán distribuirse a los estados con mayor regularidad y basar la distribución en la necesidad más que en el número de afiliados:

- Asegurar que los estados reciban los fondos federales a tiempo, de forma que puedan planear mejor.
- Incorporar indicadores de necesidades en la fórmula de asignación de recursos, pero con cuidado para que no exacerbe las desigualdades existentes.
- Recompensar una mejora en el informe financiero de los estados con financiamiento adicional, o viceversa.

3.3. Los mexicanos deberán ser capaces de mantener su cobertura de aseguramiento en salud, independientemente de su condición laboral:

- Considerar desacoplar el seguro de salud de las otras funciones de la seguridad social, para permitir a las personas mantener más fácilmente su plan de aseguramiento en salud después de un cambio de condición laboral.
- Facilitar, con números únicos de identificación de los usuarios (basados en el CURP), marcos de comunicación estandarizados y una base de datos integrada para los expedientes clínicos de todos los mexicanos, la portabilidad del esquema de afiliación y continuidad de la atención.

Recuadro 0.2. **Reformas recomendadas al sistema de salud de México** (Cont.)

3.4. Si bien no es realista implementar en el corto plazo un fondo único, o su equivalente funcional, es posible tomar diversas medidas para alinear el financiamiento y la prestación entre los subsistemas:

- Considerar establecer fondos nacionales unificados para pagar por enfermedades raras de alto costo, medicamentos especializados o actividades de atención médica preventiva.
- Extender la aplicación de los convenios entre el SP y la SS a los niveles estatal y nacional, en formas que promuevan la accesibilidad y la continuidad de la atención, en particular para personas con enfermedades crónicas.
- Establecer una comisión permanente para coordinar mejor a los subsistemas, apoyar al SP y las instituciones de SS a cambiar a sistemas de información interoperables e identificar intervenciones donde la calidad y los precios pueden estandarizarse fácilmente para posibilitar el intercambio de servicios entre los subsistemas.

4. México debe reenfocar las prioridades de su sistema de salud para incluir el desempeño de los servicios médicos en lo que respecta a calidad y eficiencia:

4.1. Implementar una efectiva separación de las funciones de comprador y proveedor:

- Separar en forma decisiva en las instituciones de SS las funciones de comprador y proveedor, fortaleciendo a la vez el papel de los REPSS como compradores de servicios de salud al transformarlos en organismos públicos descentralizados.
- Otorgar gradualmente a compradores y proveedores autonomía administrativa y financiera para buscar ganancias de eficiencia. Esto podría empezar al otorgar a los REPSS mayores derechos de decisión sobre abasto o prestación del servicio, lo que se acompañaría con un plan nacional claro que fije las estrategias prioritarias del sistema de salud.
- Fortalecer las funciones de la Secretaría de Salud en términos de coordinación, regulación y supervisión. Las autoridades nacionales deben supervisar los planes de compra estratégica de los aseguradores y aprobarlos si coinciden con la estrategia global para el sistema.
- Garantizar la cercana colaboración de la Secretaría de Salud con otras instituciones gubernamentales de supervisión, como la Secretaría de la Función Pública, para apoyar la capacidad y la rendición de cuentas de los estados y los municipios.

4.2. Reformar los métodos actuales de compra:

- Favorecer los mecanismos de reembolso prospectivos en el sector hospitalario en lugar de los actuales que ponen énfasis en los presupuestos retrospectivos. Esto podría combinarse con el pago por servicio para algunos servicios hospitalarios cuando sea apropiado, así como techos de gasto global para evitar una escalada de costos.
- El gobierno federal debe liderar las negociaciones para acordar el precio de un paquete común de servicios ofrecidos por todos los proveedores del SP y de la SS. Podría empezar por unas pocas intervenciones que sean fáciles de estandarizar y tasar, para ampliarse con el tiempo. Como se mencionó, sería ventajoso empezar con la atención preventiva y primaria, incluidos padecimientos crónicos como la diabetes, para los cuales hay precedentes internacionales de paquetes de atención definidos y tasados.

Recuadro 0.2. Reformas recomendadas al sistema de salud de México (Cont.)

- Ampliar el mecanismo de compra consolidada para involucrar a más estados, más compañías y productos farmacéuticos. En algunos contratos, permitir licitaciones de precio mínimo.
- Incorporar de forma explícita el costo de la distribución en los contratos negociados, lo que puede reducirlo al permitir la participación del sector privado como red de distribución.

4.3. Reformar las condiciones de contratación y laborales de los profesionales de la salud:

- Propiciar un proceso de negociación con los sindicatos respecto a reformas legales que aumenten la flexibilidad de las condiciones de contratación y de trabajo del personal de salud.
- Asegurar que los mecanismos de remuneración para los médicos dejen de basarse exclusivamente en los salarios y cambien a una mezcla de pagos per cápita y por servicios para servicios específicos, sobre todo en la atención primaria.
- Otorgar a los compradores a nivel estatal mayor flexibilidad respecto a la forma de usar los recursos etiquetados para el financiamiento del personal, incluida la posibilidad de establecer estrategias de pago a proveedores relacionados con el desempeño.
- Implementar mecanismos transparentes de pago de servicios privados que se prestan dentro de las instituciones públicas e instaurar una regulación más clara acerca de la práctica dual en el sector público y en el privado.

Nota

1. Se trata del estimado de gasto de bolsillo proporcionado por las autoridades mexicanas a la OCDE. El gasto de bolsillo puede estimarse a partir de diversas fuentes. Si bien estas no siempre concuerdan, resulta claro que el gasto de bolsillo en México es aún uno de los más altos de la OCDE.

Capítulo 1

Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México

México ha logrado importantes avances en materia de salud en años recientes. Sin embargo, este progreso ha sido más lento que los sistemas de salud de la OCDE. Preocupa, en particular, la brecha en la esperanza de vida entre México y los demás países de la OCDE, la cual ha aumentado de casi cuatro a seis años.

La ampliación de la cobertura de salud vía el Seguro Popular a millones de mexicanos que antes no contaban con un esquema de aseguramiento público ha sido una reforma importante. Sin embargo, el acceso a los servicios públicos sigue dependiendo del subsistema de salud al que cada individuo esté afiliado. Cada uno combina las funciones de recaudación de ingresos, compra y prestación de servicios, lo que dificulta la eficiencia y la productividad. El acceso es desigual, la calidad incierta y la sustentabilidad financiera está en riesgo.

Los retos planteados en este capítulo apuntan hacia una ineludible transformación del sistema de salud para satisfacer las actuales necesidades de salud de manera efectiva, justa y sostenible.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

En comparación con muchos otros países de la OCDE, México demostró buena resiliencia durante la crisis financiera mundial; asimismo, en la última década, alcanzó un avance lento pero constante en la mejora de la condición de salud de la población y la reducción de la pobreza. Sin embargo, México aún presenta un alto nivel de pobreza y de desigualdad de ingresos en comparación con otros países de la OCDE, donde los estados del sur, las poblaciones rurales, las mujeres y los niños consistentemente presentan los resultados más pobres. Aunque el trabajo informal ha bajado gradualmente desde la segunda mitad de 2012, el sector informal sigue siendo grande y representa casi 58% del empleo total (INEGI, 2015). Esto frena la productividad, el crecimiento económico y la cohesión social. En términos de salud, México empieza a enfrentar el reto de un creciente envejecimiento de su población. Es necesario atender condiciones críticas, como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares, las cuales ejercen presión al sistema de salud mexicano.

La cobertura de salud para la población en México aumentó en gran medida en la última década, dándole oportunidad a más millones de mexicanos de tener acceso a la atención de la salud. Si bien muchos de los esfuerzos por ampliar la cobertura de la atención de la salud se han planeado cuidadosamente, es un hecho que en la actualidad la organización de los servicios de salud en México es resultado del legado histórico y no de un diseño estratégico. Esto significa que, hoy por hoy, en el sistema de salud mexicano se aprecian diversas ineficiencias y fragmentación, ya que los recursos están divididos en varios subsistemas independientes. Pese a que la información y los gastos en salud pública han aumentado —lo cual es digno de encomio—, el acceso a los servicios está aún lejos de ser equitativo. Según un estudio del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, no sólo cerca de 21.5% de los mexicanos sigue sin cobertura en salud (CONEVAL, 2012), sino que los niveles de servicios difieren mucho entre los subsistemas, y acceder a la atención a menudo requiere un gasto de bolsillo importante.

En este capítulo se presenta, en primer lugar, el contexto socioeconómico de México, incluida la informalidad como una característica arraigada en la sociedad mexicana, que complica el financiamiento y la prestación de atención de la salud. En la sección 1.2 se consideran las características demográficas y epidemiológicas del país, destacando el cambio en las necesidades de salud de la población. En la sección 1.3 se describe el sistema de salud mexicano, se analiza cómo se financia y se considera la forma en que se distribuyen los recursos. Por último, en la sección 1.4 se presentan los indicadores disponibles de calidad y resultados de la atención a la salud, a la vez que se señala cómo la limitada disponibilidad de información no permite tener una película completa del desempeño del sistema de salud.

1.1. El contexto socioeconómico actual en México

A pesar de los avances en reducir la pobreza, la proporción de la población mexicana que se encuentra en situación de extrema pobreza se mantiene elevada (alrededor de 9.8% en 2012 según el CONEVAL). La desigualdad de ingresos sigue siendo de las más elevadas del mundo. El país también presenta grandes diferencias regionales en el bienestar y el crecimiento, ya que los estados del sur por lo general están en peor situación que los del norte. Dado que el contexto social y económico ejerce

gran influencia sobre los resultados de salud, las disparidades en México reflejan la condición de la salud. En la sociedad mexicana son aún característicos los altos índices de trabajo informal, los cuales tienen implicaciones importantes para la productividad, el crecimiento económico y la cohesión social, toda vez que afectan directamente el derecho de la población a contar con un seguro de salud y acceso a estos servicios.

México resistió bien la crisis financiera mundial de 2008, pero la pobreza y la desigualdad representan todavía problemas importantes

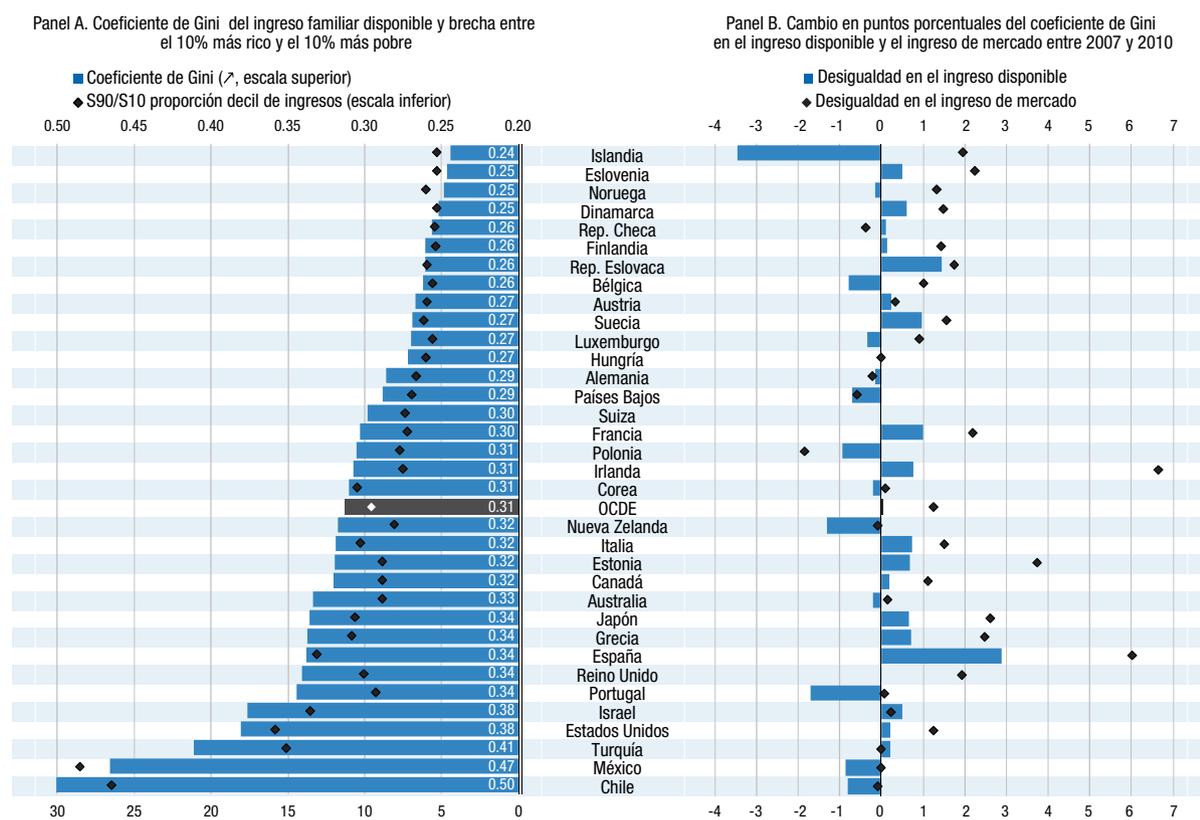
El crecimiento del PIB per cápita en México fue mayor en el periodo 2006-2011 que en los cinco años anteriores (OECD, 2014a). Durante este último periodo, la competitividad y la productividad mejoraron y se desarrollaron la innovación y la infraestructura (World Bank, 2013). Se calcula que la tasa de crecimiento del PIB real llegará a 2.9% en 2015, cifra muy por encima de la tasa de crecimiento real del PIB de 1.9% proyectada en promedio en los países de la OCDE (OECD, 2014b).

A pesar de la buena resiliencia ante la crisis económica y la estabilidad del entorno macroeconómico, la actividad económica de México se ha desacelerado recientemente y la productividad laboral sigue siendo muy baja. El crecimiento económico se redujo a 1.3% en 2013 y el crecimiento multifactorial de la productividad se ha mantenido casi constante, con un crecimiento nimio de 0.5% en la década anterior a 2014, en comparación con el promedio de la OCDE de más de 7% (OECD, 2015). Esto explica en gran medida la brecha de ingresos entre México y otros países de la OCDE. Entre los años 2000 y 2011, el aumento del ingreso anual promedio de 1.2% en México demostró ser insuficiente para reducir de forma significativa la diferencia de ingresos entre los principales países de la OCDE. Sin embargo, esto no ha sucedido en otros mercados emergentes, como Brasil, Chile, Sudáfrica y Turquía, que crecieron lo suficiente en productividad para aumentar su nivel de ingresos.

Ha habido avances para reducir la pobreza extrema en México. Los programas públicos como PROSPERA (antes Oportunidades) han contribuido a la disminución de 1.5 puntos porcentuales del total de la población por debajo de la línea de pobreza extrema, pero la tasa sigue siendo muy alta: 9.8% (CONEVAL). México sigue mostrando un alto nivel de pobreza en comparación con los países de la OCDE, al presentar la segunda tasa más alta después de Israel, 20.4 en 2010 (OECD, 2014c). Esto quiere decir que uno de cada cinco mexicanos es pobre, en comparación con la media de los países de la OCDE, de sólo una de cada 10 personas.

El nivel absoluto de desigualdad es aún muy alto en México, comparado con otros países de la OCDE. A pesar de que el país es uno de los pocos países de la OCDE en los que la desigualdad del ingreso ha disminuido con el tiempo (véase la Gráfica 1.1), México es el segundo país más desigual de los países de la OCDE, sólo por debajo de Chile. En 2010, el ingreso promedio anual del 10% más rico de los mexicanos fue 27 veces mayor que el del 10% más pobre, mientras que esta proporción es en promedio nueve veces más en los países de la OCDE (OECD, 2011).

La pobreza aumentó como resultado de la crisis económica, lo que afectó en especial a los niños, las mujeres y los adultos mayores. La proporción de mexicanos a quienes les era difícil o muy difícil vivir de sus ingresos aumentó en 16 puntos porcentuales entre 2007 y 2010 (OECD, 2013a).

Gráfica 1.1. **Desigualdad de ingresos en los países de la OCDE**

Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en.

Existen notorias diferencias regionales en la prosperidad y el crecimiento, más acentuadas en los estados del sur

La distribución del ingreso es muy desigual entre las regiones de México. En el año 2012, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Tlaxcala eran las regiones más pobres, con un PIB per cápita inferior a 10 000 dólares estadounidenses a paridad de poder adquisitivo (PPA); por su parte, Nuevo León, Tabasco, el Distrito Federal y Campeche fueron las regiones más ricas con un PIB per cápita por encima de los 28 000 dólares estadounidenses PPA (véase el Cuadro 1.1). En la misma línea, el crecimiento regional en dólares estadounidenses PPA en la última década (2003-2012) varió entre el 8.5% anual en Tabasco y el 3.9% en Morelos (OECD Regional Database, 2015).

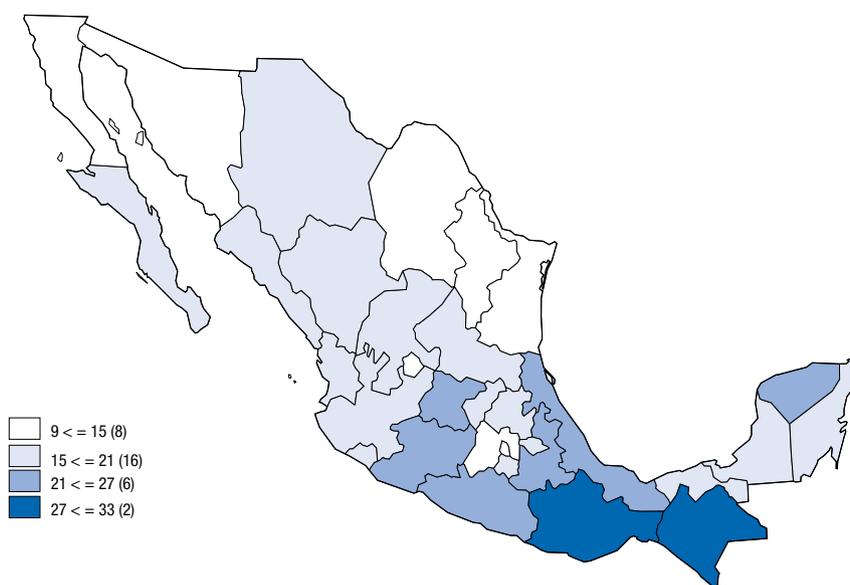
Más allá de las disparidades regionales en el crecimiento, en todas las regiones hay diferencias notorias en las oportunidades de empleo. Las regiones con mayor PIB per cápita presentan las mayores tasas de desempleo, en tanto que las regiones más pobres reportan las tasas de desempleo más bajas. Por ejemplo, en el Distrito Federal y Tabasco, la tasa de desempleo fue cerca de 6.9% en 2013, en comparación con el 2.3% en Guerrero y el 2.6% en Oaxaca (véase el Cuadro 1.1). Vale la pena señalar que los fuertes vínculos de México con el mercado estadounidense y la caída de las remesas después de la crisis de 2009, afectaron sobre todo a las regiones rurales, con el consiguiente aumento del trabajo infantil y la disminución de la asistencia escolar (OECD, 2014d), aunque desde entonces el crecimiento de las remesas se ha reanudado.

En los estados más desfavorecidos (Guerrero, Chiapas y Oaxaca), más de 15% de la población de 15 años era analfabeta, y más de 30% de este grupo poblacional no había concluido la educación primaria (estimaciones del Consejo Nacional de Población, CONAPO, con datos del Censo de Población y Vivienda, 2010). A nivel nacional, la tasa de analfabetismo era de 6.9% y más de 80% de la población de 15 años había concluido la educación primaria. Sin embargo, el índice de analfabetismo fue mucho menor en los estados más ricos (menos de 3% en Baja California, Nuevo León y el Distrito Federal). En el Distrito Federal sólo 8.7% de los jóvenes de 15 años no habían completado la educación primaria. En cuanto a la asistencia escolar, en la Gráfica 1.2 (que muestra la variabilidad de resultados educativos entre las regiones) se aprecia un claro gradiente norte-sur. En 2010, las regiones del sur, que suelen ser las zonas más rurales, muestran las tasas más altas de población mayor de 15 años que no han terminado la educación secundaria, en comparación con las regiones del norte. Más de 30% de la población mayor de 15 años no había concluido la educación primaria en Guerrero, Chiapas y Oaxaca, cifra muy por encima del promedio de casi 10% en Nuevo León y el Distrito Federal (véase el Cuadro 1.2).

También hay grandes contrastes entre las regiones del norte y del sur en términos de nivel de vida y el acceso a los servicios públicos básicos. El índice de marginación, que el gobierno mexicano utiliza como indicador del grado de privación social, económica y falta de acceso a los servicios, es muy alto en las regiones de Guerrero, Chiapas y Oaxaca (véase el Cuadro 1.2). Por ejemplo, más de una cuarta parte de los hogares en Guerrero, Chiapas y Oaxaca no tienen acceso a agua corriente (la media nacional es 8.6%), y entre 15% y 19% de los hogares no tienen piso recubierto (la media nacional es 6.6%). Como se destaca más adelante, el nivel más bajo de infraestructura en los estados del sur se traduce en menores niveles de salud en muchos indicadores.

Gráfica 1.2. **Disparidades regionales en nivel educativo**

Porcentaje de la población mayor de 15 años que no había concluido la educación secundaria en 2010



Fuente: Estimaciones de CONAPO con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Cuadro 1.1. PIB per cápita (dólares estadounidenses, PPA, 2012) y tasa de desempleo (2013), México

	PIB per cápita (dólares estadounidenses, PPA, 2012)	Tasa de desempleo (porcentaje, 2013)
República Mexicana	16 491	5.01
Chiapas	6 931	3.12
Guerrero	7 898	2.32
Oaxaca	8 057	2.64
Tlaxcala	8 800	5.83
Michoacán	10 023	4.27
Puebla	10 441	4.06
Nayarit	10 726	5.27
México	11 013	5.89
Hidalgo	11 610	4.59
Morelos	12 203	3.86
Veracruz	13 238	3.61
Guanajuato	13 299	5.87
Sinaloa	13 769	5.05
Durango	13 897	5.09
Yucatán	13 936	3.17
San Luis Potosí	14 114	3.78
Chihuahua	14 728	5.85
Zacatecas	15 163	4.84
Jalisco	15 775	4.51
Colima	15 994	4.92
Baja California Norte	16 329	5.34
Tamaulipas	16 799	6.33
Aguascalientes	16 883	4.73
Quintana Roo	20 084	4.81
Sonora	20 136	5.51
Querétaro	20 253	5.69
Baja California Sur	20 517	5.62
Coahuila	22 917	5.85
Nuevo León	28 372	5.69
Tabasco	29 125	6.93
Distrito Federal (D.F.)	35 525	6.93
Campeche ¹	112 317	2.64

1. Incluye ingresos de actividades relacionadas con el petróleo.

Fuente: 2014 OECD Regional Statistics (base de datos), <http://dx.doi.org/10.1787/region-data-en>.

Cuadro 1.2. **Indicadores demográficos y sociales básicos, México, 2010**

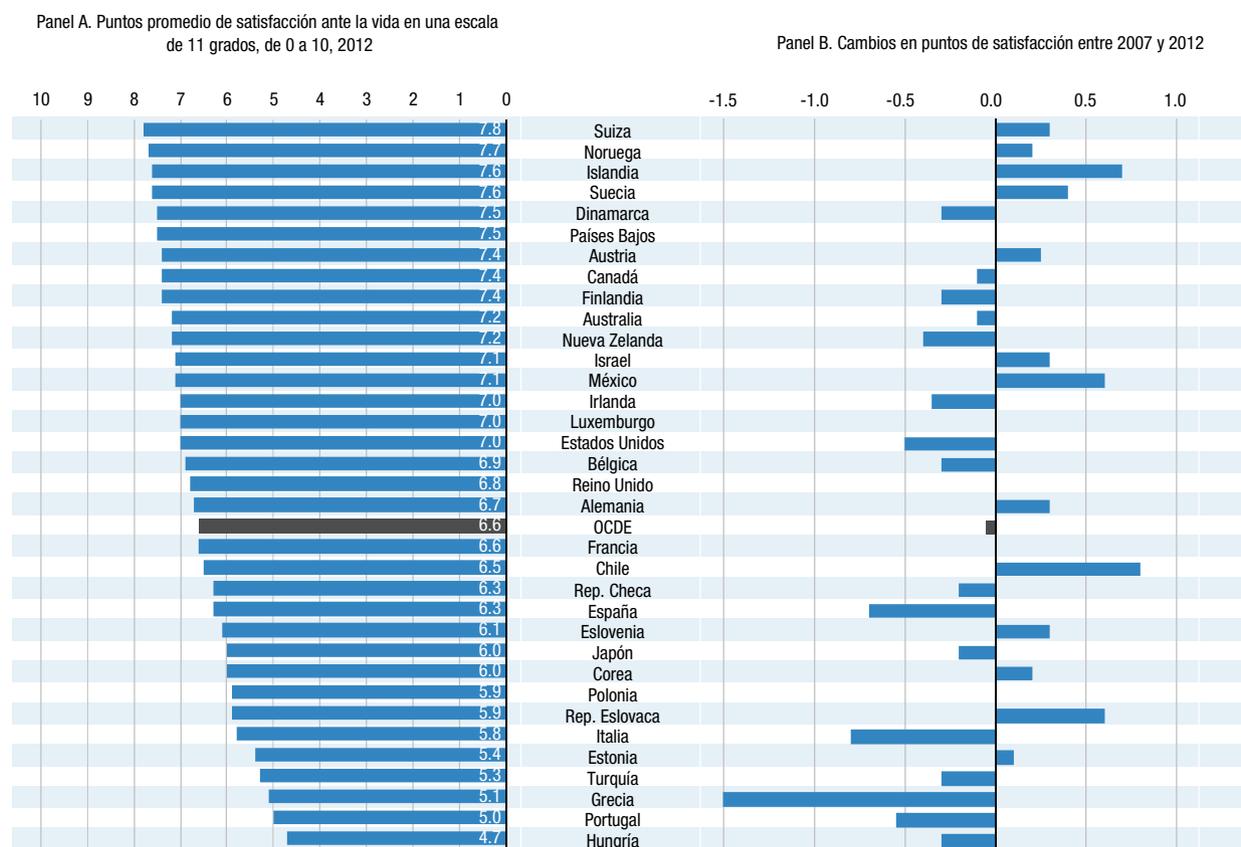
	Población	Porcentaje de la población mayor de 15 años que no ha concluido la educación primaria	Nivel de marginación	Porcentaje de ocupantes de viviendas que no cuentan con drenaje o baño	Porcentaje de ocupantes de viviendas sin agua corriente (sin tuberías)	Porcentaje de ocupación de casas sin piso recubierto
República Mexicana	112 336 538	19.9		3.57	8.6	6.58
Guerrero	3 388 768	31.6	Muy alto	19.58	29.8	19.61
Chiapas	4 796 580	37.1	Muy alto	5.06	22.4	15.66
Oaxaca	3 801 962	33.9	Muy alto	4.01	23.7	19.33
Veracruz de Ignacio de la Llave	7 643 194	28.9	Alto	2.58	19.5	12.4
Puebla	5 779 829	25.1	Alto	3.09	12.4	9.86
Hidalgo	2 665 018	22.7	Alto	6.03	9.1	7.22
San Luis Potosí	2 585 518	23.2	Alto	3.99	14.2	9.1
Michoacán de Ocampo	4 351 037	29.2	Alto	3.81	8.1	10.98
Tabasco	2 238 603	21.3	Alto	2.97	18.5	6.58
Campeche	822 441	22.5	Alto	6.42	9.7	4.5
Yucatán	1 955 577	25.4	Alto	12.62	2.2	2.85
Nayarit	1 084 979	21.5	Medio	5.4	7.5	4.38
Zacatecas	1 490 668	24.7	Medio	6.69	5.4	3.29
Guanajuato	5 486 372	24.0	Medio	6.39	5.4	4.25
Durango	1 632 934	18.8	Medio	5.85	5.7	7.01
Tlaxcala	1 169 936	15.5	Medio	2.69	1.5	3.73
Sinaloa	2 767 761	19.7	Medio	3.41	4.7	6.38
Querétaro	1 827 937	16.8	Medio	6.32	4.9	3.83
Morelos	1 777 227	17.9	Medio	1.98	8.3	7.8
Quintana Roo	1 325 578	15.6	Medio	3.06	6.2	3.95
Chihuahua	3 406 465	16.1	Bajo	2.64	5.0	3.55
México	15 175 862	14.3	Bajo	3.18	5.7	3.94
Baja California Sur	637 026	14.3	Bajo	0.94	7.1	5.81
Sonora	2 662 480	14.4	Bajo	1.68	3.1	5.41
Tamaulipas	3 268 554	16.0	Bajo	0.63	2.9	3.35
Colima	650 555	18.5	Bajo	0.69	1.2	4.69
Jalisco	7 350 682	18.0	Bajo	1.5	3.9	3.19
Aguascalientes	1 184 996	14.8	Bajo	1.06	1.0	1.76
Coahuila de Zaragoza	2 748 391	12.2	Muy bajo	1.09	1.4	1.42
Baja California	3 155 070	13.0	Muy bajo	0.43	3.6	3.4
Nuevo León	4 653 458	10.9	Muy bajo	0.39	2.2	1.97
Distrito Federal	8 851 080	8.7	Muy bajo	0.08	1.8	1.08

Fuente: Estimaciones de CONAPO con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

La satisfacción ante la vida sigue siendo alta pese a la decreciente confianza en las instituciones públicas desde la crisis financiera global

A pesar de los altos niveles de desigualdad y pobreza, los mexicanos en general parecen estar satisfechos con su vida. Casi 82% de la población dijo tener más experiencias y sentimientos positivos como placer, sensación de descanso u orgullo por sus logros, que sentimientos negativos como dolor, preocupación, tristeza o aburrimiento. Esta cifra es 8% superior al promedio de los países de la OCDE de 76% (OECD, 2014c). Cabe señalar que entre 2007 y 2012 el nivel de satisfacción aumentó en 0.6 puntos en México, mientras que el promedio de puntos de satisfacción ante la vida disminuyó en promedio en casi todos los países de la OCDE un punto desde 2007 (véase la Gráfica 1.3). Sólo en Chile y en Islandia se produjo una satisfacción mayor que en México en el mismo periodo (OECD, 2014c).

Gráfica 1.3. Satisfacción ante la vida en los países de la OCDE, 2007 y 2012



Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en

Si bien en comparación con otros países de la OCDE México tuvo un buen desempeño en la dimensión de bienestar subjetivo, el país muestra resultados bajos en las dimensiones de compromiso y sentido de comunidad. Casi 74% de las personas creen conocer a alguien en quien podrían confiar en tiempo de necesidad, cifra menor que el promedio de la OCDE de 89% (OECD, 2014c). De igual forma, la confianza de los ciudadanos en el gobierno o su participación en el proceso político, medida por su

participación electoral, fue de 63% en las elecciones recientes, cifra mucho menor que el promedio de la OCDE de 72%. En general, la confianza en el gobierno nacional, así como en las instituciones financieras, bajó entre 2007 y 2012. El porcentaje de mexicanos que dice confiar en el gobierno bajó de 42% a 37% entre 2007 y 2012 (OECD, 2014c).

Los altos índices de trabajo informal son una característica arraigada en la sociedad mexicana

La proporción de la población en edad productiva que trabaja en el sector informal aumentó de forma constante como resultado de la crisis financiera mundial de 2008 y llegó a un pico con más de 60% a mediados de 2012. Desde entonces, el empleo informal ha disminuido lentamente hasta alcanzar una tasa de 57.5% en el primer trimestre de 2015 (INEGI). Si bien muchos de los empleos creados en los años posteriores a la crisis financiera global correspondieron al sector informal, los datos más recientes confirman que las tasas actuales de informalidad de México son las menores registradas desde 2006. Sin embargo, el hecho de que el empleo en el sector informal aumentó cerca de dos terceras partes en los estados de México, en años recientes, es preocupante, con una variación de 45% a 80% (OECD, en preparación). Las diferencias entre los estados en términos de empleo informal explican las diferencias en los resultados del crecimiento económico. Sin duda, la informalidad parece incidir negativamente en la productividad y el efecto negativo es mucho más alto en los sectores más productivos.

Casi 21% de los jóvenes mexicanos ni trabajan ni estudian ni están en formación (nini), en comparación con el promedio de 12.6% en los países de la OCDE (OECD, 2014b). La situación es aún más preocupante en el caso de las mujeres jóvenes, pues casi 40% de ellas son nini (la segunda tasa más alta en los países de la OCDE después de Turquía). En general, casi 47% de las mujeres mexicanas trabajan o buscan empleo, y su tasa de empleo es 34% menor que el promedio de los países de la OCDE (OECD, 2014b). En este contexto, el sector informal parecería ser una opción preferida tanto para las mujeres como para los jóvenes en México.

Muchos otros factores explican la gran economía informal de México, entre ellos el ingreso per cápita, la calidad de las competencias, los impuestos, los costos de mano de obra, las restricciones a la inversión extranjera, las restricciones de acceso al crédito y la prevalencia de la corrupción (Dougherty y Escobar, 2013). Ahora bien, la reforma fiscal reciente, emprendida en enero de 2014, incluye diversos incentivos para promover la formalización de la fuerza laboral. Más allá de los incentivos fiscales, las inspecciones laborales de las empresas se están fortaleciendo para reducir la informalidad. Por ejemplo, en 2013 se llevaron a cabo más de 43 mil inspecciones en los lugares de trabajo para comprobar el cumplimiento de la obligatoriedad de la seguridad social (OECD, en preparación). En conjunto, estas reformas a las políticas alientan estrategias para combatir la informalidad en México.

Quizá como consecuencia de la informalidad, el gasto público social es bajo en México

Hay una relación bilateral entre la protección social y la informalidad (Andrews et al., 2011; OECD, 2014b). Primero, la evidencia sugiere que el gasto público social se reduce por la informalidad, ya que los trabajadores del sector informal no contribuyen

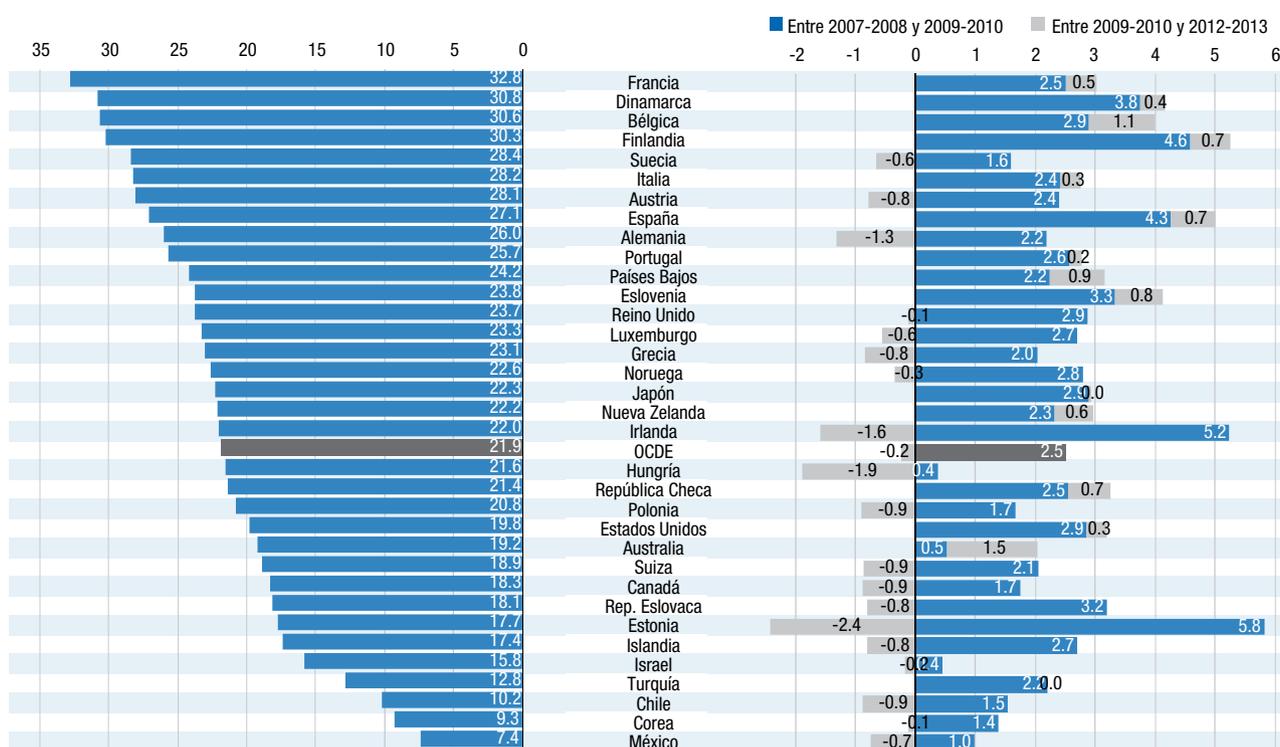
a la protección social ni al aseguramiento. Segundo, la calidad de la protección social es una de las fuerzas que impulsan la informalidad. La falta de protección social, como la ayuda por desempleo, podría crear incentivos para buscar trabajo en la economía informal, con el fin de evitar entrar en situación de pobreza. Es fundamental destacar que el empleo informal puede mantener o profundizar la pobreza y la exclusión social (World Bank, 2012). La falta de protección laboral y de cobertura por parte del sistema de seguridad social podría generar un círculo vicioso y dificultar tanto la salud como el bienestar.

La relación negativa entre el gasto público social y la informalidad parece ser una realidad en México. El gasto público en protección social en México es el más bajo de la zona de la OCDE y representa 7.4% del PIB, cerca de un tercio del promedio de la OCDE de 21.9% (véase la Gráfica 1.4). Sin embargo, se han hecho algunos avances, como lo demuestra el aumento del gasto público social como porcentaje del PIB. En general, el gasto público social real en México se incrementó en casi 11% entre 2007-2008 y 2012 (OECD, 2014c). El sector informal puede ser la opción preferida para los desempleados dado que México es uno de los pocos países de la OCDE sin beneficios por desempleo (OECD, 2014b). Otras explicaciones de la migración de los trabajadores al sector informal incluyen, pero no se limitan a la falta de conocimientos y de oportunidades. En cualquier caso, la migración de los trabajadores del sector formal al informal es una fuente clave de preocupación. Puede reducir la productividad agregada y los ingresos

Gráfica 1.4. El gasto social y su evolución durante la crisis

Panel A. Gasto público social como porcentaje del PIB, 2012-2013

Panel B. Cambio en puntos porcentuales



Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en

fiscales, así como poner en peligro la sostenibilidad de los servicios públicos de salud y del sistema de seguridad social (OECD, en preparación).

En conjunto, la evidencia sugiere que un gran número de trabajadores se cambian con frecuencia entre los sectores formal e informal (en ambos sentidos) como resultado de restricciones individuales y oportunidades financieras (OECD, 2011b).

1.2. Perfil demográfico y necesidades de atención de la salud de México

México atraviesa por una transición demográfica profunda. Como resultado de la disminución de las tasas de fertilidad y de mortalidad, la población mexicana envejece rápidamente y el número de personas en edad productiva por cada adulto mayor de 65 años bajará drásticamente en los años venideros. Las poblaciones indígenas son importantes y sufren discriminación, falta de acceso a los servicios y pobreza generalizada. México ha experimentado un aumento lento pero constante, de la esperanza de vida en los últimos diez años. Sin embargo, el país aún está rezagado en comparación con otros países, con la esperanza de vida más baja de la OCDE. En México, la salud también está distribuida de manera desigual, ya que los habitantes de los estados del sur obtienen resultados mucho más pobres.

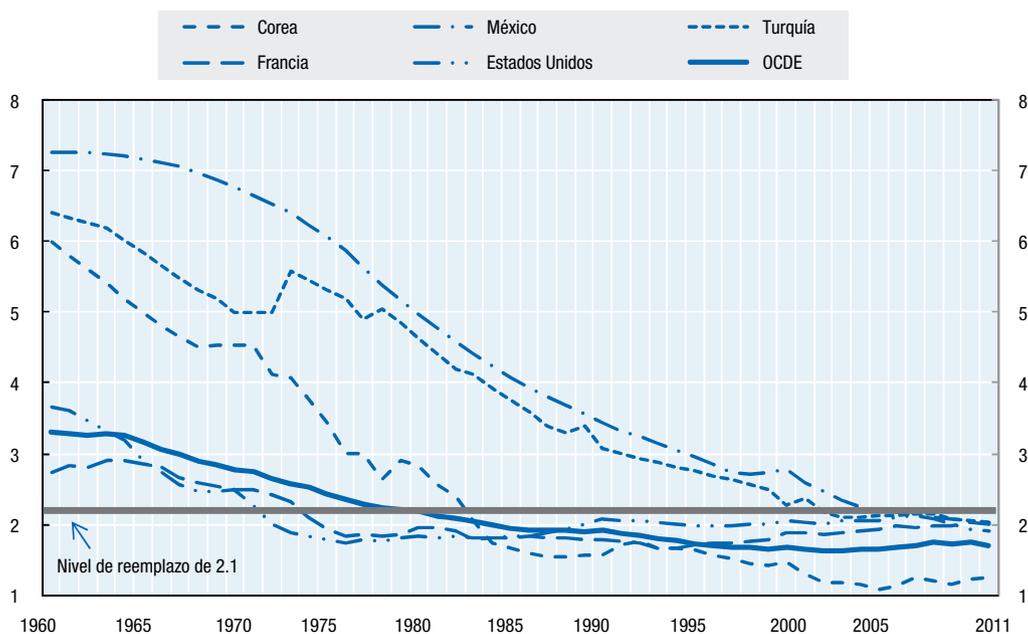
México tiene una población relativamente joven, pero enfrenta un rápido envejecimiento

La población mexicana es joven en comparación con otros países de la OCDE. En 2010, sólo 6% de la población tenía más de 65 años, en comparación con el promedio de los países de la OCDE de 16%. México, al igual que otros países de la Organización, atraviesa una transición demográfica caracterizada por un cambio de altos niveles de mortalidad y de fertilidad a niveles más bajos. La migración también tiene que ver con esta transición demográfica.

La tasa de fertilidad bajó de más de siete hijos por mujer en 1960 a 2.03 hijos por mujer en 2011 (véase la Gráfica 1.5). Aun así, la tasa de fertilidad de México fue la cuarta más alta entre los países de la OCDE en 2011 (después de Israel, Nueva Zelanda e Irlanda), y mucho más alta que el promedio de 1.70. El descenso en la tasa de fertilidad estuvo acompañado por una rápida y sostenida disminución de la mortalidad. Como resultado de la expansión de los servicios educativos, la infraestructura de saneamiento y el desarrollo de los servicios de salud, la esperanza de vida al nacer aumentó de 60.9 años en 1970 a 74.6 años en 2012.

La combinación de la disminución de las tasas de mortalidad y fertilidad provoca el rápido envejecimiento de la población. Se espera que el porcentaje de la población con más de 65 años se triplicará en las próximas cuatro décadas, para alcanzar 21% en el año 2050 (OECD, 2013b). Sin embargo, por el momento, el índice de dependencia es uno de los más bajos entre los países de la OCDE. Por ejemplo, en 2011 en México había 8.8 personas en edad productiva por cada persona de 65 años o más, más del doble del promedio de la OCDE de 4.2 trabajadores. Sin embargo, a partir de ahora y hasta 2050, el número de personas en edad productiva por cada adulto mayor de 65 años disminuirá más drásticamente en México que en cualquier otro país de la OCDE (OECD, 2014c).

Gráfica 1.5. **Disminución de la fertilidad en los últimos 50 años**
(tasa global de fertilidad de 1960 a 2011)



Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en.

México cuenta con la población indígena más grande de América Latina, la cual enfrenta aún marginación y deterioro de la salud

Los más de 18.1 millones de indígenas de México constituyen cerca de 16% de la población (CONEVAL, 2012). A pesar de que la población indígena de México representa un porcentaje menor de la población total del país comparado con otros países latinoamericanos, es la más grande en términos absolutos y equivale a una tercera parte de la población indígena total del continente. Una característica notoria es que alrededor de las tres cuartas partes de los pueblos indígenas en México son pobres, en comparación con la mitad de la población no indígena que vive por debajo del nivel de pobreza oficial. Más preocupante aún resulta el hecho de que la brecha de pobreza entre ambas poblaciones se deba, en gran medida, a la falta de acceso a la educación y a los servicios públicos (Moreno et al., 2011).

Más recientemente, Servan-Mori et al. (2014) mostraron que entre 2002 y 2010 la proporción de población indígena ubicada en el primer decil del gasto de los hogares aumentó de 15% a 25%. Aunque el retraso en el crecimiento y la tasa de mortalidad infantiles han disminuido con el tiempo, las diferencias persisten. Entre 2000 y 2010, la reducción de la mortalidad y el retraso en el crecimiento infantiles fue consistentemente mayor entre la población no indígena. En general, su situación se mantiene desfavorable y vulnerable.

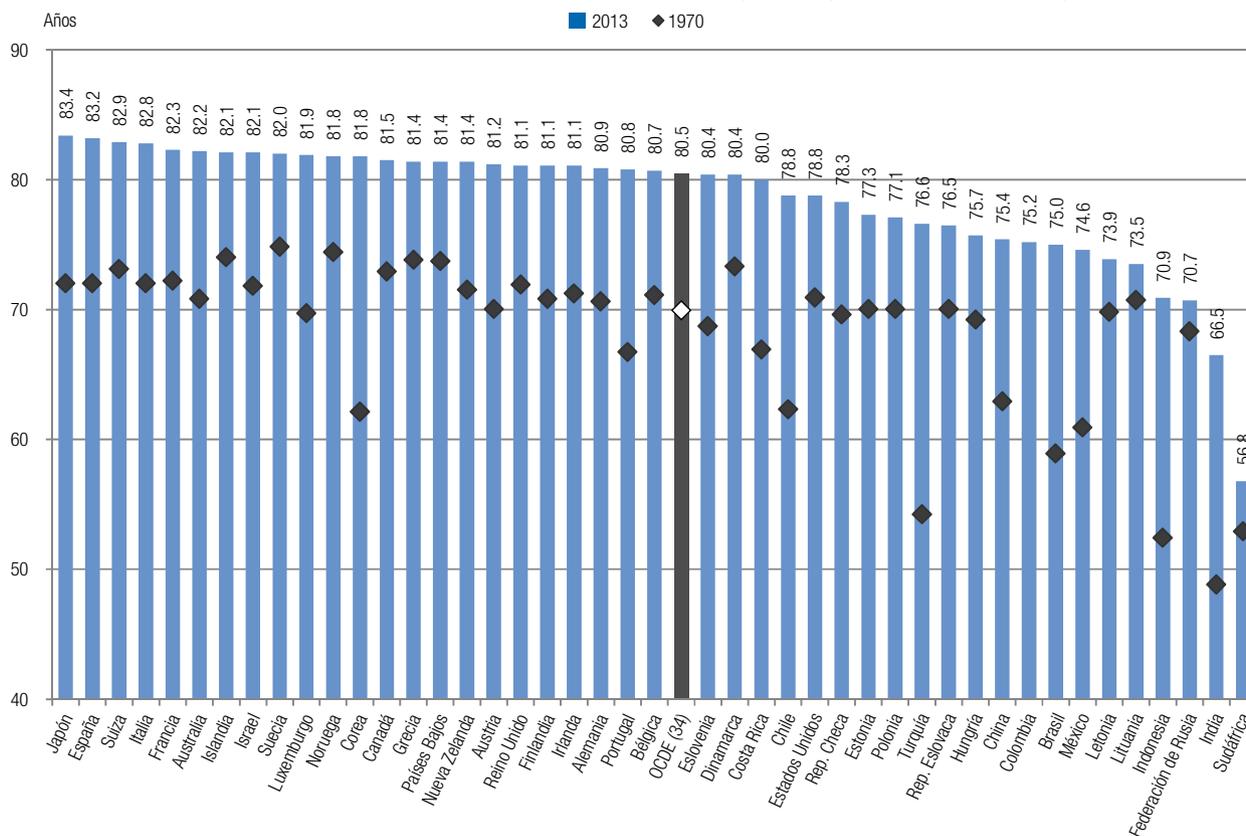
Todas estas desventajas son los principales determinantes de la pobreza. Si bien el desarrollo del programa “Oportunidades” (ahora Prospera) ejerció efectos positivos sobre las comunidades indígenas y otros grupos desfavorecidos, no ha demostrado ser

suficiente para aumentar el acceso a los servicios de salud, la educación y el empleo para las poblaciones indígenas más vulnerables (Servan-Mori et al., 2014). Existen otros programas específicos para este grupo, como el Programa Especial de los Pueblos Indígenas, 2014- 2018, el cual se centrará en garantizar el acceso a los servicios básicos y aumentar el ejercicio de los derechos sociales y la participación ciudadana de los grupos indígenas, así como de proteger su identidad cultural.

Aunque la esperanza de vida está mejorando, México se está quedando atrás de otros países de la OCDE

En los últimos diez años, la esperanza de vida en México se ha incrementado más lentamente que en otros países de la OCDE y ahora su esperanza de vida es la más baja de todos ellos. Mientras que el aumento en los países de la OCDE fue de 2.64 años en promedio entre 2003 y 2013 (de 77.8 años a 80.4 años), el aumento fue de 0.80 años en México (de 73.8 a 74.6 años) (véase la Gráfica 1.6). Por tanto, la diferencia en longevidad entre México y otros países de la OCDE subió de cuatro a seis años.

Gráfica 1.6. **Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2013 (o año más reciente)**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

El lento avance en la esperanza de vida en México se debe en gran parte a conductas nocivas para la salud, entre ellas malos hábitos nutricionales y tasas muy altas de obesidad, mayores tasas de mortalidad por diabetes y de mortalidad por enfermedades

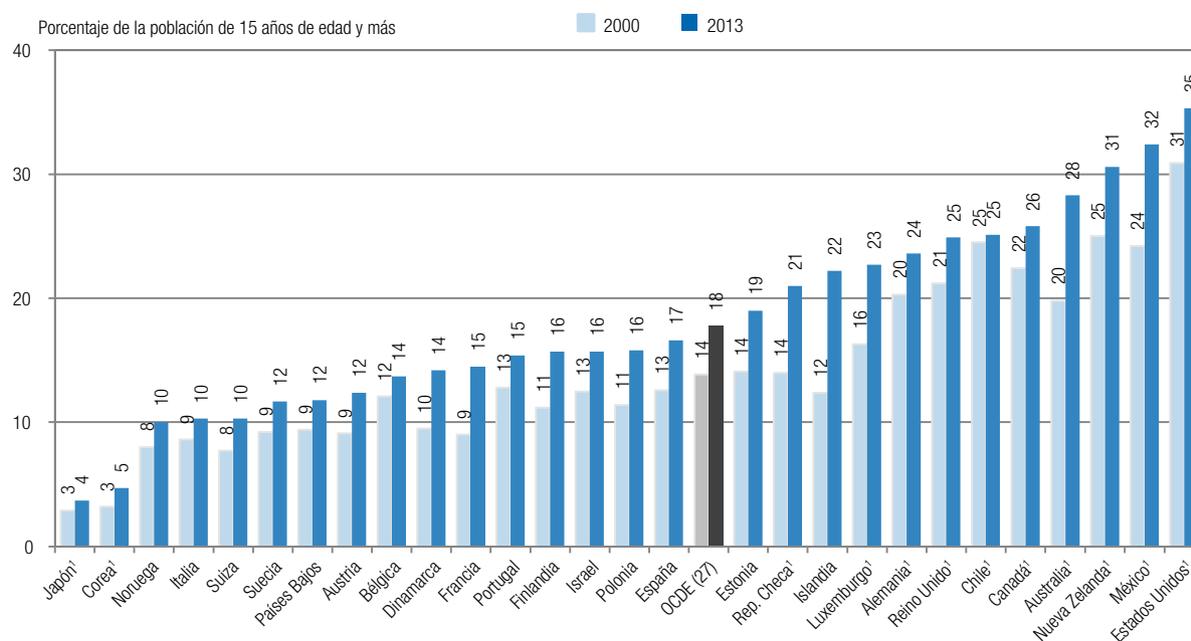
cardiovasculares, así como barreras persistentes al acceso a la atención de alta calidad y el difícil contexto socioeconómico (OECD, 2013b).

El rápido aumento de las tasas de obesidad y los problemas de salud relacionados despierta gran preocupación

En los últimos 30 años, México se ha convertido en uno de los países del mundo más afectados por la epidemia global de obesidad. Ahora, el único país que supera a México en obesidad es Estados Unidos (véase la Gráfica 1.7). Entre 2006 y 2012, la prevalencia del sobrepeso aumentó de 69.5% a 71.3% en la población adulta (OECD, 2015), mientras que la tasa de obesidad aumentó de 30% en 2006 a 32.4% en 2012 (estimado). En la actualidad, México es uno de los países con mayores índices de obesidad infantil en el mundo y uno de cada tres niños tiene sobrepeso o es obeso.

La diabetes, la enfermedad crónica más directamente relacionada con la obesidad, se propaga con gran rapidez y en la actualidad afecta a más de 15.9% de la población adulta, lo cual representa más del doble del promedio de la OCDE de 6.9% (OECD, 2015).

Gráfica 1.7. **Aumento de la obesidad en adultos en países de la OCDE, 2000 y 2013 (o año más reciente)**

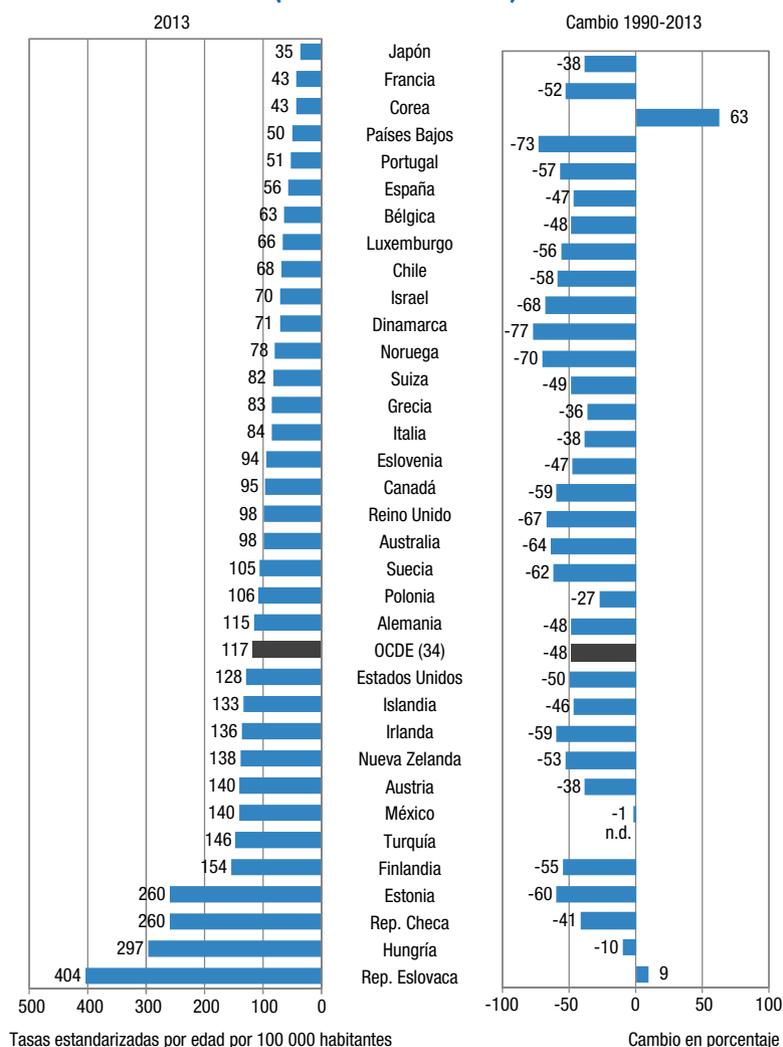


1. La información se basa en mediciones y no en datos de estatura y peso proporcionados por las personas.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Quizá como resultado de estos perfiles adversos de factores de riesgo, las muertes por enfermedades cerebrovasculares sólo se han reducido 38% desde 1990, disminución pequeña en comparación con el promedio de 56% en los países de la OCDE. Más desconcertante aún resulta que las muertes por cardiopatías sólo disminuyeron 1%, a diferencia de la reducción de 48% en otros países de la OCDE (véase la Gráfica 1.8).

Gráfica 1.8. **Mortalidad por cardiopatías isquémicas, 2011 y cambio de 1990-2011 (o año más reciente)**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (obtenido de la OMS).

Las diferencias regionales en la salud reflejan las tendencias socioeconómicas

Existen grandes desigualdades regionales en materia de salud en México, donde los municipios menos favorecidos presentan constantemente resultados más pobres en este ámbito que el promedio nacional (OPS, 2012). Las zonas más ricas del país reportan un mejor estado de salud e indicadores más cercanos al promedio de la OCDE; por su parte, las regiones más pobres situadas en la parte sur del país tienen la prevalencia de enfermedades y las tasas de mortalidad por causas prevenibles más altas.

La esperanza de vida en las zonas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas es significativamente menor que en las zonas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal. También se observó un gradiente norte-sur en la mortalidad infantil. En 2013, las tasas de mortalidad infantil variaron entre 9.1 por cada 1 000 nacidos vivos

en Nuevo León y 16.2 en Puebla, en comparación con el promedio nacional de 12.2. Como se muestra en la Gráfica 1.9, México no sólo tiene el mayor índice de mortalidad infantil de los países de la OCDE, sino también una de las variaciones interregionales más altas en este rubro; sólo es superado por Canadá y Estados Unidos. En Puebla, el Estado de México y Guerrero el riesgo de muerte de un niño antes de cumplir un año de edad es entre 20% y 32.5% mayor que la media nacional en este grupo de edad (OECD, 2014). En 2012, la tasa más alta de mortalidad materna se presentó en Guerrero, con 75.9 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, una diferencia de 3.8 veces con el índice de mortalidad materna más bajo, que corresponde a Querétaro, donde se registraron 19.8 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (Secretaría de Salud, 2013).

Gráfica 1.9. **Valores regionales máximos y mínimos de las tasas de mortalidad infantil por cada 1 000 nacidos vivos, por país, 2012 (o año más reciente)**



Fuente: 2014 OECD Regional Statistics (base de datos), <http://dx.doi.org/10.1787/region-data-en>. El año más reciente para México es 2013.

1.3. El sistema de salud en México

Gran parte de la gobernanza y la organización del sistema de salud mexicano en la actualidad es resultado de más de 70 años de una evolución gradual. Se han implementado reformas exitosas pero persiste la división del sistema de salud (financiamiento, organización, implementación, prestación de servicios) en varios subsistemas verticales muy poco articulados entre sí.

Dado el relativamente bajo porcentaje del PIB asignado a la atención de la salud en México, es indispensable que estos recursos se utilicen de manera eficaz. Los recursos se mantienen dispersos entre los subsistemas verticales, los cuales cuentan con distintos niveles de recursos. Esto constituye un problema real de desigualdad en el acceso; los grupos socioeconómicos más necesitados y los estados más desfavorecidos siguen teniendo un acceso mucho más limitado a los servicios. El alto gasto de bolsillo, que constituye un porcentaje significativo de los gastos de salud, corre el riesgo de ser una carga financiera importante para los ciudadanos mexicanos, en especial para aquellos con menor posibilidad de pagar.

El derecho universal a la atención de la salud en México está establecido en la ley

Desde 1983, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ha garantizado a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Las modificaciones posteriores, como la de la Ley General de Salud de 1984, se basaron en esta disposición constitucional. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, hoy Secretaría de Salud) se creó oficialmente en 1943, mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salud Pública, con el mandato de extender la cobertura a la población de escasos recursos y establecer una política general de salud pública. Además, se encargaba de la prestación de servicios de salud mediante los Servicios Coordinados de Salud en los estados. Sin embargo, gran parte de la estructura actual del sistema de atención de la salud se había establecido a finales de la década de 1930 y comienzos de 1940, con una serie de instituciones dirigidas a diferentes grupos con base en su perfil ocupacional o su situación económica; por ejemplo, los empleados del Estado y los militares. También en 1943 se creó el IMSS, con el objetivo de gestionar estos regímenes de seguridad social, incluida la atención de la salud estipulada para los diferentes sindicatos y los trabajadores de los distintos sectores.

Pese a que el IMSS asumió muchos esquemas de seguridad social, algunos fondos y servicios de seguridad social mantuvieron su independencia o bien se crearon en fechas posteriores para grupos estratégicos, como la milicia, el sector petrolero y, finalmente, el sector público. Como parte del paquete de prestaciones de seguridad social, los trabajadores asalariados de la economía formal tendrían acceso exclusivo a servicios de salud, desde atención materna y atención infantil hasta atención terciaria, un sistema de pensiones de vejez y de invalidez, un sistema de protección contra riesgo ocupacional, e incluso uno de servicios sociales (centros de estancia infantil y servicios de recreación). Con la misma orientación, en 1960 se estableció el ISSSTE, el segundo subsistema más grande de seguridad social después del IMSS, para la prestación de servicios de salud y de servicios similares a las prestaciones de seguridad social del IMSS (monetarias y en especie) para los trabajadores del Estado.

Si bien en las décadas de 1930 a 1960 ciertamente se avanzó hacia una cobertura integral, el enfoque que se adoptó —es decir, instaurar los fondos de seguridad social y los servicios para grupos estratégicos— provocó que el acceso se basara en la condición laboral y la capacidad de pago y no en la necesidad; por tal razón, la asignación de los recursos y el acceso a los servicios de atención de la salud dependían de la influencia económica y política de los diferentes grupos socioeconómicos, por ejemplo, sindicatos, trabajadores estatales y grupos urbanos, entre otros. Este sistema también dejó sin cobertura y con acceso sólo a los servicios provistos por la SSA a quienes no contaban con contratos formales de trabajo, como los trabajadores por honorarios, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural. Por otra parte, mientras que el sistema de seguridad social (SS) se financiaba mediante un acuerdo tripartita de los empleadores, los trabajadores y el gobierno, el gobierno federal financiaba totalmente a la SSA. Esto generó un grave desequilibrio de recursos, ya que la SSA tenía que proveer servicios con pocos recursos; asimismo, era afectada por los cambios en la política, lo que provocó entre otras cosas, menor calidad en la atención. Otra de las consecuencias de este entorno fue la concentración de oferta de servicios, en especial los especializados, en las zonas urbanas, sobre todo la Ciudad de México. En 1960, 1980 y 1990 se implementaron reformas a los sistemas de atención de la salud, que abarcaban el derecho a la atención médica, así como los niveles de prestación de esta (véase el Recuadro 1.1), pero a la larga continuaron los problemas de acceso.

Recuadro 1.1. Reformas al sistema de atención de la salud mexicano, 1960-2000

En las décadas de 1960, 1980 y 1990 se pusieron en marcha reformas al sistema para tratar de corregir los desequilibrios en la cobertura de atención de la salud. En la década de 1960 se incorporaron disposiciones especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y los rurales, pero, con pocas excepciones, esto no se llevó a cabo y la distinción entre la población asegurada y la no asegurada que la SSA atendía se agravó. Los esfuerzos para salvar la brecha por el aumento de la inversión en la década de 1960 se detuvieron debido a la crisis económica de la década de 1970, durante la cual se implementaron disposiciones especiales para dar acceso parcial a las prestaciones de seguridad social e incorporar otros grupos de las zonas rurales y de la economía informal; eso en realidad significaba crear un segundo nivel de servicios de menor calidad, que ofrecía atención básica de salud a las zonas rurales y a los trabajadores informales, así como a la población en general.

En la década de 1980 se impulsaron nuevas reformas dirigidas a establecer el marco para un conjunto más coherente de políticas nacionales de salud, con el objetivo de ampliar el acceso a la atención de la salud, así como mejorar su calidad en todo el sistema. Esto impulsó la coordinación intersectorial entre la SSA y los proveedores de seguridad social, así como los primeros intentos del gobierno de descentralizar los servicios de la SSA, mediante la transferencia de la responsabilidad de la atención a los estados, la cual sería la primera fase de un largo proceso de descentralización. En ese momento (1983) se aprobó una enmienda constitucional que otorgaba a cada persona el derecho a la protección de la salud, de la que se derivó la Ley General de Salud. Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salud y Asistencia Pública cambió su nombre al de Secretaría de Salud. Sin embargo, el proceso se detuvo de nuevo por adversidades en la situación económica. La oposición de los actores en un tiempo de inestabilidad política debido a la coyuntura económica vetó el cambio cuando los recursos federales se encontraban en una baja histórica, lo que impedía que el gobierno financiara los gastos transitorios de la reforma.

Recuadro 1.1. **Reformas al sistema de atención de la salud mexicano, 1960-2000** (Cont.)

En la década de 1990 continuó el proceso de descentralización, con la transferencia de más funciones y responsabilidades a los estados junto con los recursos correspondientes, con el fin de completar el proceso de descentralización y fortalecer los Servicios Estatales de Salud (SESA). Durante esta segunda fase, el resto de los estados se unieron al proceso y en 1986 se creó una estructura organizacional, el Consejo Nacional de Salud, para coordinar la política de los estados federales. Las autoridades mexicanas también establecieron el Plan de Reforma a los Servicios de Salud de 1995-2000. Se pusieron en marcha varios cambios dirigidos a ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de atención de la salud, incluidos programas especiales para garantizar la atención de la salud básica, como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

La descentralización inició a partir de mediados de la década de 1980, con la transferencia de mayor responsabilidad operativa en clínicas de atención primaria y en hospitales de segundo nivel (pero no en Institutos Nacionales de Salud de tercer nivel), así como determinadas responsabilidades administrativas. Las entidades con mayor capacidad y recursos (Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Estado de México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo) tuvieron más éxito en la implementación del proceso de descentralización, lo que les permitió asumir una mayor parte de los gastos de sus propios recursos (OECD, 2005). Estos estados normalmente contaban tanto con ingresos per cápita más altos que el promedio, como con una capacidad de autofinanciamiento y por lo general eran más industrializados con los niveles más altos de cobertura de seguridad social. En el resto de los estados el proceso de descentralización se reinstauró a mediados de la década de 1990 y ahora todos se han descentralizado en virtud de las nuevas disposiciones. El nuevo enfoque otorgó un mayor grado de independencia administrativa para los estados comparado con la primera etapa, aunque persistieron limitaciones financieras fuertes a través de un sistema de transferencias federales etiquetadas.

En la primera fase de descentralización de las reformas, lo que en ese entonces era el IMSS-COPLAMAR (desde entonces IMSS-Solidaridad, IMSS-Oportunidades, y ahora IMSS-Prospera) también se integró en el sistema existente de la Secretaría de Salud en los estados. Los estados acordaron aumentar el financiamiento de la atención de la salud con sus propios recursos, para alcanzar 20% de su presupuesto, aunque este objetivo no siempre se logró. A diferencia de la primera fase de reformas, el sistema IMSS-Oportunidades mantuvo su independencia de los Servicios Estatales de Salud (SESA) para el resto de los estados descentralizados de la segunda fase.

Fuente: Actualizado de OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: México*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.

Hasta el día de hoy, la fragmentación del sistema de salud se ha mantenido, en mayor o menor grado, a pesar de los continuos intentos de reformas. Pese a que la Ley General de Salud de 1984 regula todos los aspectos del sector salud, y se basa en el derecho universal de protección de la salud establecido en la Constitución, no presenta una lista integral o un paquete específico de los servicios incluidos más allá de este derecho genérico a la cobertura (principio que también se indica en las leyes de seguridad social que rigen al IMSS y al ISSSTE). En lugar de ello, el derecho y el acceso a los servicios dependen de la condición laboral. La afiliación al sistema de seguridad social se determina automáticamente por el empleo formal, lo que ha ayudado a aumentar la cobertura total de la población. La cobertura en el año 2012 se estimó en casi 78.5% de la población, por encima del 50% de cobertura de 2005 (OECD, 2005; CONEVAL, 2012). La naturaleza y las consecuencias de las diferencias del derecho en los sistemas de aseguramiento se especifican con más detalle en el Capítulo 2.

Otra diferencia importante en la cobertura de los subsistemas de seguros son las pensiones y otras prestaciones sociales que ofrece la seguridad social. Por otra parte, esta cobertura adicional no relacionada con la salud es una carga financiera importante para las reservas de las aseguradoras. En el estado financiero de 2014, el IMSS pronosticó que sus reservas se agotarán en el año 2017.

En México, numerosos subsistemas independientes proporcionan seguro médico y atención de la salud

El rasgo más distintivo del sistema de salud mexicano es su división en varios subsistemas. Cada uno de ellos duplica el conjunto de actividades fundamentales del sistema de salud para su población afiliada, es decir, la recaudación de ingresos, la compra y la prestación de servicios. Mientras que la tendencia en los sistemas de salud de la OCDE es separarse y organizarse horizontalmente, en México siguen agrupadas y organizadas verticalmente. Es decir, cada subsistema de salud —IMSS, ISSSTE, PEMEX— funciona como un sistema de salud distinto y con muy poca coordinación entre ellos.

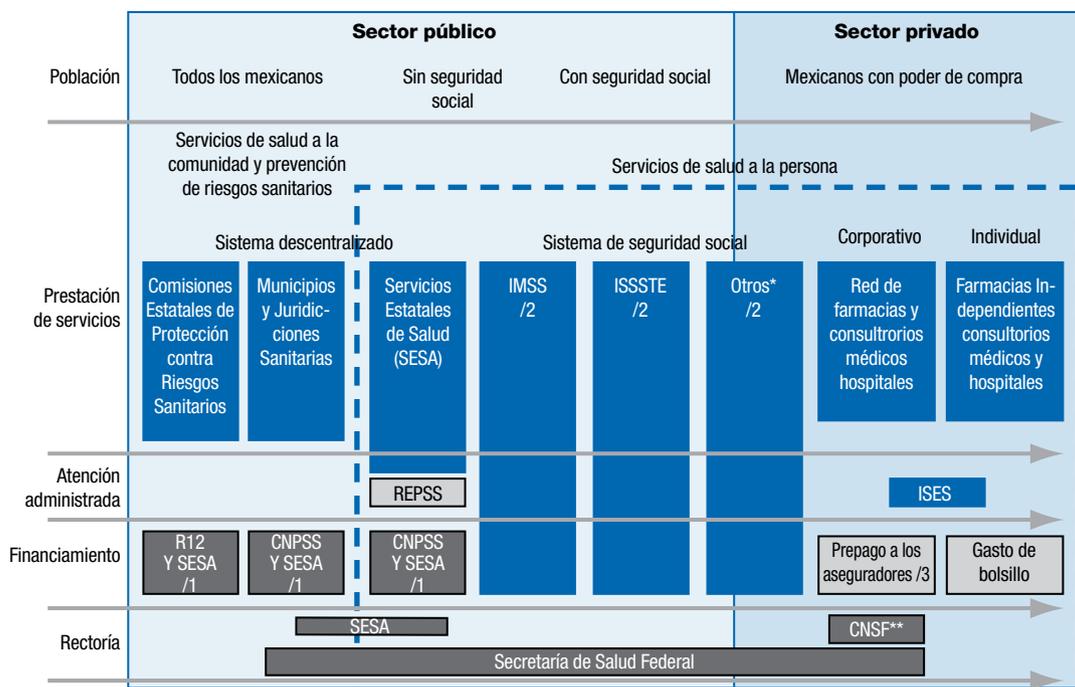
El término “población asegurada” en México se refiere a toda aquella cubierta por un subsistema de seguridad social o bien por el Seguro Popular. Las empresas privadas también proveen parte de la cobertura, aunque las aseguradoras privadas cubren a una pequeña proporción de la población mexicana. Los principales subsistemas de seguridad social son el IMSS, que cubre a todos los trabajadores asalariados privados del sector formal (las personas auto empleadas, los trabajadores del sector informal y los desempleados pueden optar por el aseguramiento mediante un régimen voluntario) y sus familias; el ISSSTE (para empleados del gobierno federal y algunos de los gobiernos estatales, así como los miembros de su familia); y otros (PEMEX para empleados de Petróleos Mexicanos, SEMAR para la Marina, SEDENA para el Ejército, etcétera) que cubren a pequeños grupos de la población. El financiamiento del IMSS se comparte entre el gobierno federal, el empleador (que aporta la mayor parte de la participación financiera) y el empleado. El financiamiento del ISSSTE se divide entre el empleador y el empleado, con una aportación del gobierno federal; el Seguro Popular es totalmente financiado por el presupuesto gubernamental.

En lo que respecta al IMSS, al ISSSTE y a otros subsistemas de seguridad social, cada uno de estas entidades posee y opera sus propias clínicas y hospitales. Las prestaciones son en especie, es decir, servicios de atención de la salud, de acuerdo con las disposiciones generales establecidas en sus marcos jurídicos correspondientes, incluidos los servicios preventivos y los curativos. El servicio médico tendría que proporcionarse con base en las instalaciones específicas de la entidad en cuestión (clínicas y hospitales). En caso de urgencia, los pacientes pueden atenderse en las instalaciones de otras instituciones hasta su estabilización médica para su posterior remisión a las de la institución correspondiente.

Junto con los subsistemas de seguridad social, el Seguro Popular como esquema de aseguramiento público es voluntario y ofrece cobertura a quienes no pertenecen a los primeros y optan por ser afiliados. Varios planes gubernamentales, que en su mayoría operan a nivel estatal, proporcionan cierta cobertura para el 21.5% restante de la población mexicana sin seguro médico público nacional reportado en 2012. Ambos sistemas de cobertura se describirán en la siguiente sección.

En la Gráfica 1.10 se presenta el panorama del sistema de salud mexicano y se muestra la organización vertical del sistema de salud, la cual conforma el marco para la discusión y el análisis presentados en el resto de este capítulo.

Gráfica 1.10. **Panorama del sistema de salud mexicano**



* Estatales PEMEX, CFE, SEDENA, SEMAR.

** Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

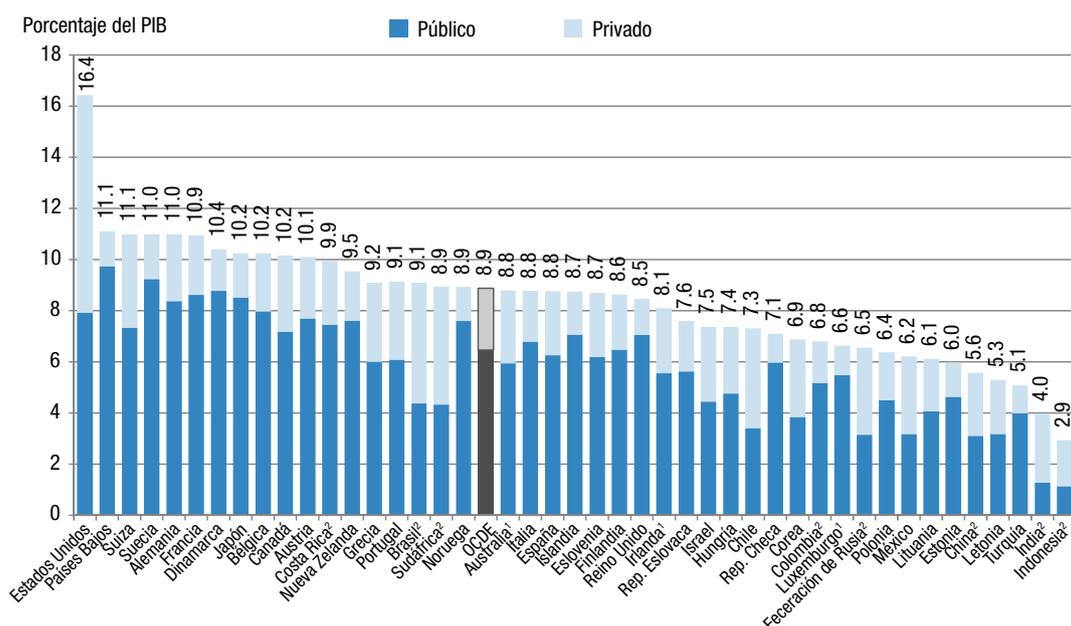
1. Impuestos generales.
2. Impuestos a la seguridad social.
3. Empresas privadas.

Las reformas recientes se diseñaron para ampliar la cobertura del seguro médico, aunque 21.5% de los mexicanos aún no están asegurados

Desde principios de la década de 2000 se han llevado a cabo reformas significativas en el sistema de salud mexicano, con el objetivo de aumentar la población cubierta por un seguro público de salud. Como parte de esta iniciativa, a principios de 2004 entró en vigor el Sistema de Protección Social en Salud (Knaul et al., 2012), con el objetivo de mejorar la protección financiera de los mexicanos sin cobertura de seguridad social. Con el Sistema de Protección Social en Salud también se buscó inyectar nuevos recursos al sistema de salud y mejorar la transferencia de recursos entre el gobierno federal y los estados. De hecho, entre 2003 y 2013 la inversión pública en el sistema de salud aumentó de 2.4% a 3.3% del PIB.

Una característica clave fue la creación de un nuevo sistema de aseguramiento familiar, enfocado a las personas sin cobertura de seguridad social. Después de operar como programa piloto entre 2001 y 2003 y modificar la Ley General de Salud que sustenta el sistema de salud de México, el Seguro Popular (SP) arrancó de lleno en enero de 2004. El SP opera principalmente mediante un financiamiento público, complementado en una pequeña parte por una cuota anual determinada según el

Gráfica 1.12. Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2013 (o año más reciente)



Nota: Excluye las inversiones, a menos que se especifique lo contrario.

1. Estimaciones preliminares.

2. Información referente a 2012.

3. Incluye inversiones.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>.

El bajo gasto público y la limitada inversión total en el sistema de salud se reflejan en los recursos de salud de México. El sistema de salud opera con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeros practicantes por cada 1000 habitantes, que incluye a los médicos y enfermeros que trabajan en el sector privado; esta cifra es notablemente menor que el promedio de la OCDE de 3.2 y 9.7, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, 1.6 camas por cada 1000 habitantes en 2012, en comparación con 5.0 camas por cada 1000 habitantes en países de la OCDE, la cifra más baja entre estos países (OECD, 2012).

Estos menores recursos del sistema de salud contribuyen, a su vez, a ofrecer menos servicios de salud. En 2013, el número de consultas médicas por habitante fue el segundo más bajo de la OCDE (2.8 per cápita en comparación con el promedio de la OCDE de 6.6), aunque la cifra abarca sólo la actividad en instituciones públicas y no incluye las consultas privadas. Los índices de procedimientos clave, como reemplazo de cadera y de rodillas o angioplastia coronaria, también fueron bajos en comparación con otros países de la OCDE; en México, en 2011 únicamente se llevaron a cabo 6.4 procedimientos de revascularización coronaria, en comparación con el promedio de los países de la OCDE de 219.3, y las tasas de reemplazo de cadera (7.8 en comparación con el promedio de la OCDE de 161.2) y de rodilla (3.3 en comparación con 120.6) fueron las más bajas de la Organización. Los resultados de los procedimientos seleccionados se explican en parte por un nivel moderado de procedimientos no reportados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), la base nacional de datos sobre salud. Además, estos procedimientos (aquellos que requieren prótesis), no se

Cuadro 1.3. **Población asegurada y gastos por persona asegurada en México, 2013**

	Gasto (miles de pesos corrientes)	Cobertura	Gasto per cápita (pesos corrientes)
Presupuesto Ramo 12: Secretaría de Salud	118 893 910	65 527 283	1 814
Presupuesto Ramo 33: FASSA ¹	67 679 092	65 527 283	1 033
Presupuesto Ramo 19: IMSS, Prospera	9 881 767	11 891 406	151
Gasto estatal en salud	28 217 527	65 527 283	431
Total federal y estatal para las personas sin seguridad social²	224 672 296	65 527 283	3 429
IMSS	208 586 381	59,511,963	3,505
ISSSTE	49 832 292	12 630 569	3 945
PEMEX ³	12 866 306	755 346	17 034
Seguridad Social Total	271 284 979	72 897 878	3 721
Sector Público Total⁴	495 957 275	138 425 161	7 150

1. Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

2. La población sin seguridad social incluye a los afiliados al Seguro Popular, las personas cubiertas por el IMSS-Prospera y las personas sin seguro médico que puedan recibir atención en las instalaciones de la Secretaría de Salud y de los estados.

3. La población corresponde a 2012.

4. Las cifras excluyen los gastos presentados por SEDENA, SEMAR, ISES e ISSFAM. Estas cifras representan 5.4% del total del gasto público.

Fuente: Secretaría de Salud (2013), *Boletín de Información Estadística*, México.

reembolsan por la seguridad social, excepto para los trabajadores activos que padecen una enfermedad o sufrieron algún accidente por su ocupación, y no están cubiertos por el Seguro Popular. Pese a que las deficiencias en los datos de cobertura pueden distorsionar el panorama general, aún son notorias las bajas tasas de consultas médicas y de procedimientos clave.

Las bajas tasas de consultas y procedimientos clave pueden interpretarse como indicadores de necesidades insatisfechas de atención de la salud por parte de los subsistemas públicos, y probablemente estén relacionadas con la baja inversión pública total y el gasto en atención de la salud en México. Por consiguiente, es probable que la corrección oportuna y efectiva de las deficiencias en el acceso a servicios de salud del sector público requiera recursos adicionales. Esto se explica en detalle en el Capítulo 4. Si bien el nivel de financiamiento del sector salud es, en última instancia, una decisión que corresponde al sector público mexicano y tendrá que equilibrarse respecto a otras prioridades, será imprescindible que la inversión adicional se enfoque adecuadamente, se base en un conocimiento detallado de las necesidades y se gaste con eficiencia en formas que ofrezcan beneficios para la salud. A corto plazo, no es probable que se hagan inversiones considerables en el sector salud, y más bien la prioridad será buscar la eficiencia y el ahorro en la forma como se utilizan los recursos en la actualidad.

Cuadro 1.4. **Recursos para la salud en el sistema de salud mexicano, 2013**

	Médicos ¹	Enfermeros ²	Camas ³	Hospitales
Total	256 281	310 441	131 900	4 424
Total sector público	191 826	270 596	87 509	1 335
Total sector privado	64 455	39 845	44 391	3 089
Total por cada 10 000 habitantes	22	26	16	37
Desglose del sector público:				
Población con seguridad social	92 097	127 036	44 994	516
IMSS	65 115	95 387	32 740	264
ISSSTE	17 875	20 561	6 881	109
PEMEX	2 446	2 943	922	23
SEDENA	1 673	2 552	2 250	44
SEMAR	911	1 254	737	34
Servicios Estatales de Salud	4 077	4 339	1 464	42
Total por cada 10 000 habitantes	21	29	10	11.8*
Población sin cobertura de seguridad social	99 729	143 560	42 478	819
Secretaría de Salud	92 335	129 565	39 231	734
IMSS-Oportunidades	6 529	12 767	2 578	79
Estudiantes universitarios ⁴	865	1 228	669	6
Total por cada 10 000 habitantes	13	19	6	11.0*

1. Incluye a todos los médicos: generales, especialistas y dentistas.

2. Incluye enfermeros generales, especialistas, pasantes, asistentes y otras.

3. Incluye todas las camas, tanto de hospital, como de instalaciones no hospitalarias.

4. Esta categoría es un programa de aseguramiento de salud independiente del IMSS y de los SESA, dirigido a estudiantes matriculados en preparatorias y universidades públicas y que no están asegurados por sus padres a través del IMSS o de otros sistemas. A este seguro se le llama "Seguro Facultativo para Estudiantes del Nivel Medio Superior y Superior".

* Tasas por cada millón

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013; OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

La distribución de los recursos en los subsistemas es desigual y las transferencias financieras basadas en presupuestos históricos prolongan las desigualdades

Además de los bajos recursos del sistema de salud mexicano, los niveles de recursos son aún un tanto desiguales entre los subsistemas de salud. El gasto per cápita total de las personas que no cuentan con seguridad social fue de 3429 pesos en 2013, en comparación con 3505 de los afiliados al IMSS y 3945 de los afiliados al ISSSTE (DGIS, 2013).

Las diferencias en los gastos podrían contribuir a las diferencias en los recursos para la salud, que a su vez difieren considerablemente entre los distintos subsistemas. Por ejemplo, el número de consultas ambulatorias especializadas es de 336 por cada 1000 afiliados en el Seguro Popular, comparado con 350 y 629 por cada 1000 afiliados al IMSS y al ISSSTE, respectivamente (Secretaría de Salud, 2013).

Si bien algunas de estas desigualdades pueden reflejar necesidades diferentes (como la población ligeramente mayor en edad del ISSSTE), otras no pueden justificarse en este sentido. Por ejemplo, el número de recetas médicas que las instituciones no pudieron surtir por completo (debido a falta de existencias) es de 35% en el Seguro Popular, en comparación con 14% en el IMSS (ENSANUT, 2012). Esta desigualdad en el gasto y los recursos es preocupante, tanto en lo que concierne a la capacidad de los subsistemas de proporcionar una atención más efectiva, como por ser un auténtico problema en la calidad desigual de la atención y su disponibilidad para la población.

También persisten problemas en cuanto a la distribución regional de los recursos dentro del Seguro Popular y otros servicios que cubren a la población no asegurada, muchos de los cuales se remontan al proceso de descentralización de responsabilidades de los estados. Las asignaciones financieras destinadas a servicios de salud estatales provenientes de la recaudación de ingresos federales se basan en presupuestos históricos y no en las necesidades de salud locales. Por otra parte, una vez recibidos los recursos por los estados, hay pocos mecanismos para garantizar que se gasten en la forma en que mejor cumplan con las necesidades estatales de salud.

Gran parte de los servicios de atención de la salud para la población no asegurada es proporcionada ahora por los Servicios Estatales de Salud (SESA), por medio de sistemas de clínicas y hospitales públicos. Hay notorias diferencias entre los estados en cuanto a los recursos per cápita disponibles para prestar los servicios públicos de atención a la salud, y las zonas rurales enfrentan problemas particulares de acceso. El público en general considera que los SESA ofrecen atención de menor calidad que el sistema de seguridad social. Sin embargo, como se explicó en la sección anterior, esto en parte se debe a que los recursos públicos por cada hogar asignados a las instituciones aseguradoras eran mayores que los asignados a los SESA, o bien, a cuestiones de organización, como las deficiencias en el abasto de medicamentos.

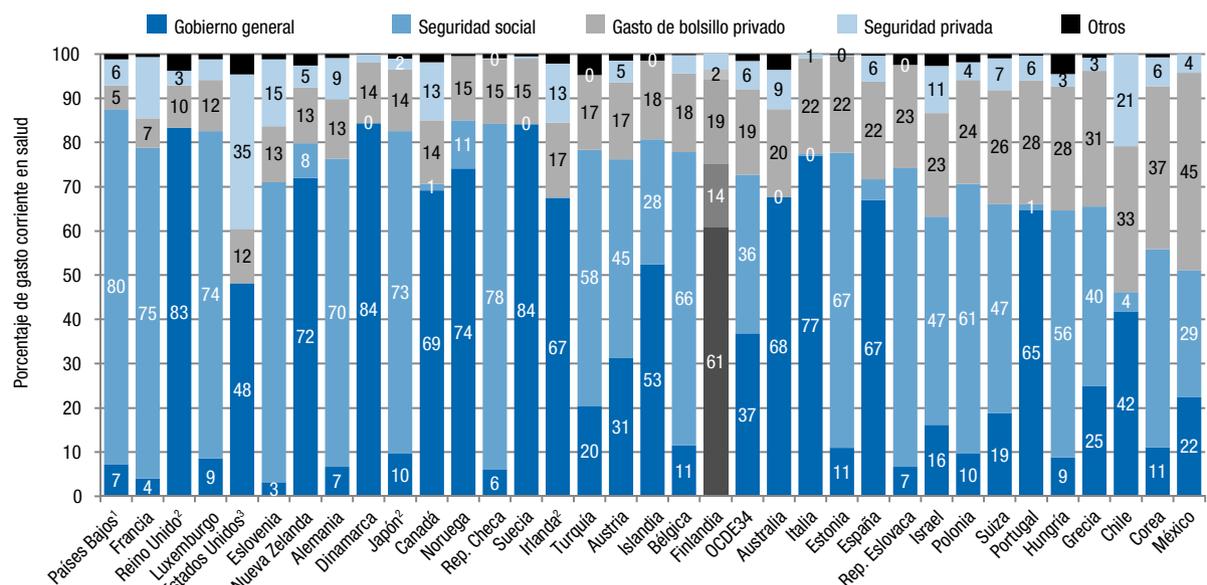
En el Capítulo 3 se analizan estas diferencias en relación a la percepción de la calidad de la prestación de servicios a diferentes poblaciones, y el hecho de que el paquete de servicios ofrecido por el Seguro Popular es menor, lo cual puede limitar los avances hacia la cobertura universal de salud.

El gasto de bolsillo sigue siendo alto y varía entre subsistemas

El gasto de bolsillo en México constituye 44.7% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto familiar (véanse las Gráficas 1.13 y 1.14). Estas cifras representan los gastos de bolsillo reportados por las autoridades mexicanas a la OCDE. El gasto de bolsillo puede estimarse a partir de diversas fuentes. Si bien dichas fuentes no siempre concuerdan, resulta claro que el gasto de bolsillo es aún uno de los más altos de la OCDE. El gasto de bolsillo tampoco disminuyó significativamente en la última década, a pesar de los esfuerzos por aumentar la población afiliada a través del Seguro Popular. Chile, Corea y Hungría tienen gastos de bolsillo similares al de México, pero en la mayoría de los países de la OCDE se destina un porcentaje mucho menor de los ingresos familiares a gastos médicos, en promedio 2.1%.

Al desglosar año por año el gasto per cápita por subsistema, los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2012 (ENIGH, 2012) demostraron que los gastos de bolsillo fueron de alrededor de 440 pesos para los afiliados al Seguro Popular,

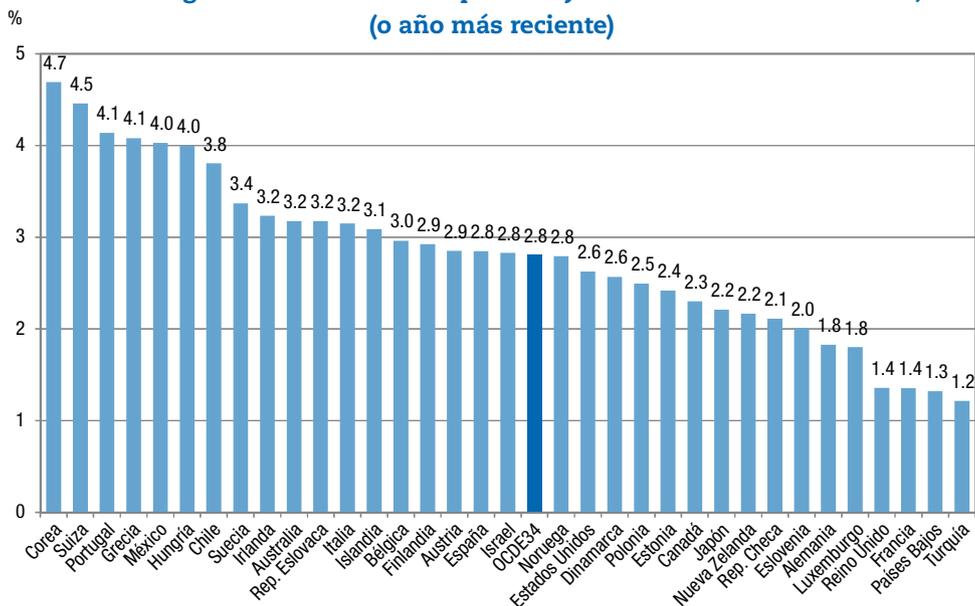
Gráfica 1.13. Gastos en salud por tipo de financiamiento, 2013 (o año más reciente)



1. Los Países Bajos incluyen el financiamiento de los coaseguros obligatorios y de la Ley de Gastos Médicos Excepcionales bajo el rubro de seguridad social y no del gasto de bolsillo privado, por lo que el porcentaje de gastos de bolsillo se subestima.
2. Los datos se refieren al gasto total en salud (= los gastos actuales de salud más formación de capital).
3. Se reportó la seguridad social junto con el gobierno general.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Gráfica 1.14. El gasto de bolsillo como porcentaje del consumo final familiar, 2013 (o año más reciente)



Nota: Este indicador se relaciona con el gasto actual en salud, sin incluir los gastos de la atención de la salud a largo plazo.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

657 para los afiliados al IMSS y 1209 para los afiliados al ISSSTE. Para las personas sin seguro público de salud, la cifra es de alrededor de 765 pesos. Un punto importante en términos del gasto de bolsillo para los afiliados al Seguro Popular, es que tienen que pagar la atención de la salud que proporcionan los SESA que no está financiada por el Seguro Popular. Estos servicios se concentran en el subgrupo altamente especializado que casi siempre requiere hospitalización. Los gastos de bolsillo efectuados por los afiliados al Seguro Popular ascendieron a 5351 millones de pesos, lo que equivale a 1% del gasto público en servicios de salud en el año 2013 (DGIS, 2014).

Este gasto de bolsillo sostenido y alto se debe, en parte, a la insatisfacción de las personas en cuanto a la accesibilidad o a la calidad de los servicios prestados por las instituciones a las cuales están afiliadas, lo que las obliga a acudir a proveedores privados en busca de atención médica. El hecho de que 52% del gasto de bolsillo se concentre en los tres deciles de ingresos más altos indica que la mayor parte de este gasto puede relacionarse más con la calidad que con el acceso. De hecho, como ya vimos, la gente hace uso frecuente de proveedores privados de atención de la salud, ya que tienen mayor disponibilidad que los servicios públicos. El gasto de bolsillo alto también podría obedecer a problemas de acceso; si alguien no consigue los servicios que necesita o desea a través de su institución, o si no está asegurado, se verá obligado a pagar de su bolsillo. Tanto el acceso como la calidad son impulsores probables de los elevados gastos de bolsillo en México, y señalan dos áreas de gran debilidad del sistema.

Los proveedores privados del sistema de salud también contribuyen al alto gasto de bolsillo en servicios médicos. Aunque los seguros médicos privados representan una proporción relativamente pequeña del mercado de seguros de salud, los proveedores privados de atención médica tienen un papel sustancial en el sistema de salud mexicano. Se estima que alrededor de 6.9% de los mexicanos están cubiertos por un seguro médico privado, de los cuales la mitad son planes grupales financiados por los empleadores (OECD, 2013). Las altas primas de las pólizas privadas constituyen un importante obstáculo financiero para la gran mayoría de la población mexicana, lo que reduce la cobertura de los seguros privados. Sin embargo, el uso de los proveedores privados es generalizado. México tiene la mayor proporción de establecimientos médicos privados respecto con los del sector público (11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes) entre los países de la OCDE con información disponible. El acceso a estos hospitales suele implicar un gasto de bolsillo importante para los no asegurados. Este desequilibrio en los recursos de salud, tanto públicos como privados, es otra fuente de desigualdad en el acceso a la atención de la salud, ya que se excluye a la población más pobre de este sector hospitalario por una falta de capacidad de pago.

Se observan ineficiencias arraigadas en el uso de recursos por parte del sistema de salud

Existe evidencia de que los recursos no se utilizan de la forma más eficaz posible. En el sistema de salud se observan ineficiencias arraigadas en este renglón. Los gastos administrativos, que ascienden a 8.6% del gasto total en salud en 2013, son los más elevados de la OCDE y no se han reducido en la última década. La mayoría de los países de la OCDE gastan mucho menos en la administración del sistema de salud y muchos han realizado recortes considerables desde la crisis financiera de 2008.

A nivel individual, también se aprecian deficiencias en la cobertura de los seguros públicos. Gran parte de la población está cubierta por más de un seguro a la vez (véase el Cuadro 1.5). Por ejemplo, en algunos casos, el aseguramiento incluso se ha triplicado cuando la cobertura proviene de su situación laboral y de su cónyuge. Estas duplicaciones no son exclusivas del aseguramiento público, algunas personas tienen cobertura tanto pública como privada. Ahora bien, la naturaleza de la encuesta puede dar lugar a subestimaciones de la cobertura.

Cuadro 1.5. **Cobertura duplicada y triplicada en el sistema de salud mexicano**

Población cubierta por un programa	
IMSS	34 862 122
ISSSTE	4 146 768
Seguro Popular	43 262 400
Total	82 271 290
Población cubierta por dos programas	
IMSS e ISSSTE	2 075 118
IMSS y Seguro Popular	7 348 966
ISSSTE y Seguro Popular	762 474
Total	10 186 558
Población cubierta por tres programas	
IMSS, ISSSTE y Seguro Popular	171 169
Total	171 169

Fuente: ENSANUT, 2012 (la naturaleza de la encuesta podría dar lugar a subestimaciones de la cobertura).

Al mismo tiempo, cada año alrededor de una tercera parte de los afiliados al IMSS se ven obligados a cambiar de médico debido a un cambio en su situación laboral, lo que causa discontinuidad en la atención. Entre el segundo trimestre de 2011 y el segundo trimestre de 2012, los datos de la encuesta de empleo ENOE sugieren que 35% de la población antes cubierta por el IMSS, el ISSSTE y PEMEX u otro subsistema de seguridad social perdieron dicha cobertura. En el mismo periodo, un porcentaje de personas obtuvo cobertura (véase el Cuadro 1.6).

Cuadro 1.6. **Cambio en la situación de cobertura de salud, 2011-2012**

		Segundo trimestre de 2012				
		IMSS	ISSSTE/ PEMEX/Otros	Empleados pero sin cobertura de seguridad social	Desempleados	Inactivos
Segundo trimestre 2011	IMSS	76.47	1.97	13.39	2.76	5.41
	ISSSTE/PEMEX/Otros	5.31	81.05	8.01	1.13	4.49
	Empleado sin cobertura de seguridad social	8.01	1.43	72.25	2.66	15.65
	Desempleados	20.59	2.1	37.71	13.27	26.32
	Inactivos	3.38	0.54	18.12	2.73	75.23

Obtuvieron cobertura 2011-2012.

Perdieron cobertura entre 2011 y 2012.

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI.

Por otra parte, a pesar de contar con menos médicos, enfermeros y camas que la mayoría de los países de la OCDE, al parecer los recursos de México no se están utilizando de forma intensiva. El número de consultas por médico en México es uno de los más bajos de la OCDE. En 2011, México reportó una de las tasas más bajas de la OCDE (poco más de 1000 consultas¹ por médico, comparado con casi 2500 de los países de la OCDE). Otro ejemplo pertinente es que las tasas de casos diarios de cirugía de catarata son inferiores a la media de la OCDE, mientras que las tasas de cesáreas son las más elevadas; esto puede deberse a la falta de directrices que fomenten las mejores prácticas internacionales o una inadecuada aplicación de esas directrices.

Estos indicadores pueden implicar ineficiencias muy arraigadas en el sistema y sin duda, complicarán el problema de sostenibilidad financiera identificado en este capítulo. Hay margen para mejorar el uso eficiente de los recursos en México, lo cual resultará prioritario, si en los años venideros no hay aumentos significativos de recursos para el sistema de salud. En los Capítulos 3 y 4 se consideran opciones de políticas para lograr esas ganancias de eficiencia.

1.4. Calidad y resultados del sistema de salud mexicano

Se sabe relativamente poco acerca de la calidad y los resultados de la atención médica en México, lo que impide tener una evaluación completa del desempeño del sistema de salud. Los indicadores de calidad comparables a nivel internacional, que alcanzan un nivel relativamente alto, muestran un panorama mixto: niveles altos de admisión hospitalaria que podrían evitarse, pero también señales más alentadoras en algunas áreas de actividades de salud pública y prevención, como las campañas de vacunación. Dado que los problemas reales en México son la fragmentación de los servicios y los diferentes niveles de acceso, la falta de comparabilidad entre los distintos subsistemas es un reto particular, aunque se están en proceso de desarrollar indicadores comparables.

Se sabe relativamente poco acerca de la calidad y los resultados de la atención médica, especialmente de la atención preventiva

México ha iniciado la construcción de una infraestructura nacional de información de salud para monitorear la calidad, lo que es un avance prometedor. En la última década, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) publicó diversos indicadores que cubren la atención de la salud primaria, secundaria y de urgencia (incluso las tasas de satisfacción del paciente) en los servicios del Seguro Popular y de seguridad social. Además, se han emprendido otras iniciativas en los distintos subsistemas. Por ejemplo, el ISSSTE desarrolló un conjunto de 44 indicadores de eficiencia y de calidad para sus hospitales. Esta recolección de datos puede ser una rica fuente de información valiosa para impulsar el cambio y la mejora.

Sin embargo, parece haber un uso poco sistemático de la información contenida en las bases de datos sobre calidad y resultados con el fin de mejorar la atención. La información recopilada rara vez se comunica a los proveedores y a los practicantes. La comparabilidad entre los subsistemas es otro problema; con excepción de los indicadores nacionales que en contadas ocasiones se comunican para el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud y sus respectivos informes, cada una de

las instituciones (SESA, ISSSTE e IMSS) tiene su propio conjunto de indicadores. Esta falta de comparabilidad se añade a la fragmentación que se extiende a través del sistema de salud mexicano. Resulta alentador que se esté trabajando en el diseño y la implementación de un tablero nacional de indicadores de eficiencia y de calidad para todas las aseguradoras y los proveedores. El organismo responsable de proporcionar los indicadores de salud oficiales es la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, en tanto que el organismo encargado de diseñar y supervisar el cumplimiento de esos indicadores es la Dirección General de Calidad. Sin embargo, el proceso se encuentra en una etapa inicial. Si no se cuenta con mejor información, las iniciativas para promover mejoras entre y a través de los subsistemas seguirán realizándose en gran medida a ciegas.

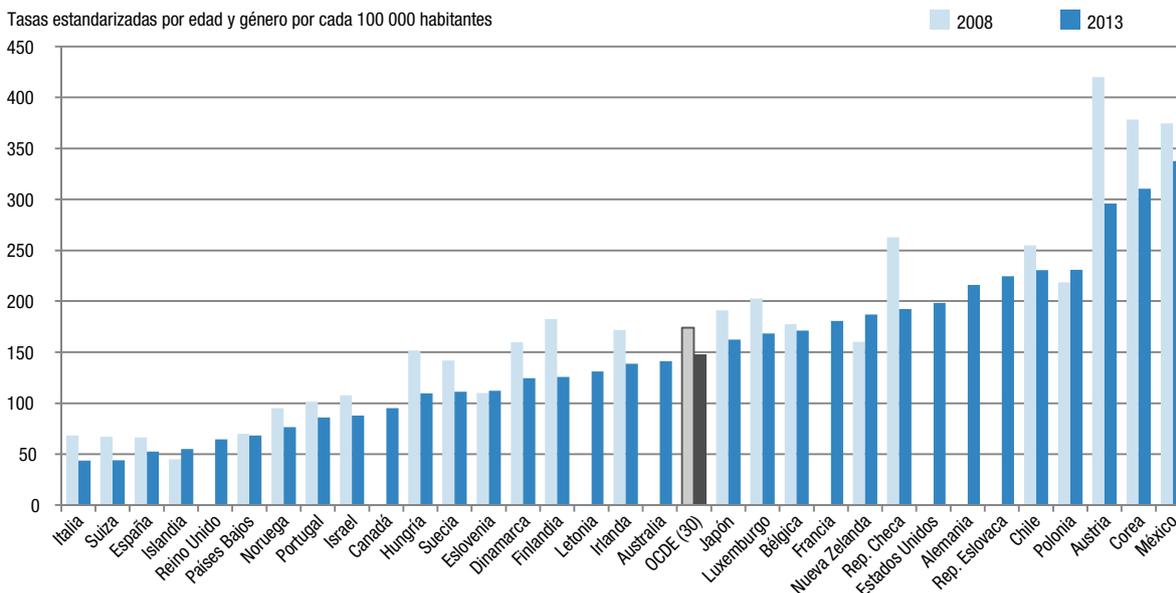
Además, la mayor parte de la información existente en México se centra en los servicios hospitalarios intensivos para el sector público. Hace falta medir la actividad y los resultados en los ámbitos de atención primaria y preventiva, donde hay más posibilidades de hacer frente a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y las enfermedades crónicas. México también tiene muy pocos registros nacionales de pacientes para dar seguimiento a la calidad y los resultados de la atención. En un país donde la fragmentación es alta, hay señales de que la eficiencia y la eficacia deben mejorarse y el acceso sigue siendo desigual, estas lagunas en la información son un verdadero problema. Por ejemplo, es necesario equilibrar la inversión y la eficiencia, pero si no se comprende cómo este equilibrio impacta el acceso y la calidad de la atención, es difícil tomar decisiones estratégicas sobre mejoras en el sistema de salud en un contexto de austeridad de recursos.

Los indicadores de calidad comparables a nivel internacional constituyen un motivo de preocupación

La información sobre la calidad de la atención en México es algo limitada, lo cual se relaciona de manera directa con la débil infraestructura informativa. Lo mismo aplica a los indicadores de calidad comparables a nivel internacional: México sólo pudo aportar información sobre ocho de 52 indicadores de calidad de la atención de la salud de la OCDE solicitados en 2015. En comparación con otros países de la OCDE, muchos de los indicadores reportados son motivo de preocupación.

La OCDE utiliza las cifras de hospitalizaciones evitables por diabetes, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y de asma como una medida indirecta de la calidad de la atención primaria de salud. Un sistema de atención primaria de alto rendimiento puede evitar el deterioro agudo de los pacientes con asma, EPOC o diabetes y prevenir su ingreso al hospital. Investigaciones independientes han confirmado la validez de usar las hospitalizaciones evitables como un indicador de la atención primaria. Pese a que las hospitalizaciones evitables por EPOC y asma en México fueron bajas, muy por debajo del promedio de los países de la OCDE, las admisiones por diabetes no controlada fueron casi las más altas de la OCDE (véase la Gráfica 1.15). Este indicador sugiere que la atención de la diabetes fuera de los hospitales es deficiente. Como se analiza en el Capítulo 3, la tasa alta de admisiones tal vez pueda explicarse, en parte, por la tasa extremadamente alta de diabetes, lo cual subraya aún más la importancia de un buen nivel de atención primaria para evitar admisiones hospitalarias costosas.

Gráfica 1.15. **Admisión hospitalaria por diabetes en adultos, 2008 y 2013**
(o años más recientes)



Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

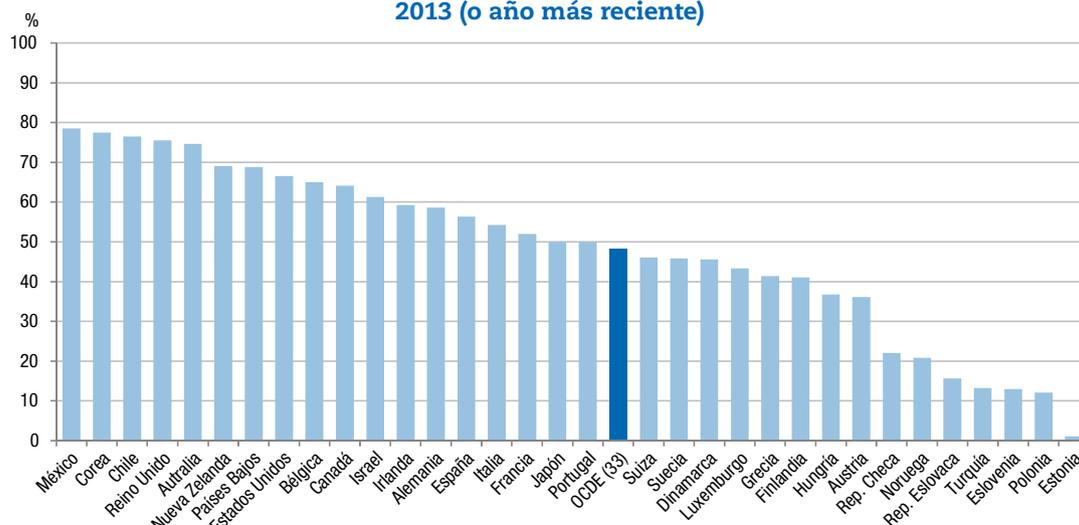
Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Los indicadores de calidad de cuidados intensivos de México también son motivo de preocupación. En 2013, la tasa de mortalidad basada en la admisión en adultos de 45 años y más dentro de los 30 días posteriores a su admisión por infarto agudo de miocardio fue de 28.2 muertes por cada 100 admisiones en México, en comparación con el promedio de la OCDE de 7.4 (excepto México). La mortalidad en el hospital después de sufrir un accidente cerebrovascular (mortalidad en adultos de 45 años y más dentro de los 30 días posteriores a la admisión por accidente cerebrovascular isquémico) fue también mayor en México que en cualquier otro país de la OCDE, con 19.5 muertes por cada 100 admisiones, en comparación con el promedio de 8.0 de los países de la OCDE (excepto México).

En términos de salud pública y de prevención, en 2013, las tasas de vacunación de niños de un año contra difteria, tétanos y tos ferina (83%), contra el sarampión 1 (89%) y contra la hepatitis B (82%) se encontraban entre las más bajas de la OCDE. Sin embargo, la cobertura de vacunación contra influenza es muy amplia en México; en 2013 México presentó la mayor tasa de cobertura entre todos los países de la OCDE (79%) (véase la Gráfica 1.16).

En México, las pruebas de detección de cáncer cervicouterino y de mama cubrieron a menos de 25% de las mujeres de entre 50 y 69 años de edad, mientras que en la mayoría de los países de la OCDE cubrieron a más de 50% de esta población objetivo (OECD, 2015). Con base en información proporcionada, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en México es baja (15.0 defunciones por cada 100 000 mujeres, en comparación con más de 25 en los países de la OCDE), pero la mortalidad por cáncer cervicouterino es la más alta de la OCDE, 10.2 muertes por cada 100 000 mujeres, en comparación con el promedio de la Organización de 3.5 muertes por cada 100 000

Gráfica 1.16. Cobertura de vacunación contra influenza, población de 65 años y más, 2013 (o año más reciente)



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

mujeres. Si bien se observa una dramática caída en la mortalidad por este tipo de cáncer en México entre 2003 y 2013 —la tasa de mortalidad descendió de 15.8 muertes por cada 100 000 mujeres—, las bajas tasas de pruebas de detección de este cáncer sugieren que todavía hay que mejorar.

1.5. Conclusiones

Aunque la salud de la población mexicana ha mejorado en los últimos años, los avances no han sido tan rápidos como se esperaba. La esperanza de vida aumentó apenas un año entre los años 2000 y 2013, de manera que la diferencia en longevidad entre México y otros países de la OCDE es ahora mayor que hace un decenio. La distribución de la salud y la prosperidad sigue siendo desigual, ya que la población de los estados del sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas padecen los resultados más pobres. Una preocupación particular es el aumento rápido de las tasas de obesidad, lo que provoca enfermedades devastadoras y costosas como la diabetes. Además, un gran porcentaje de la población aún está empleada en el sector informal, donde las redes de seguridad social están menos desarrolladas. Para enfrentar con éxito a estos variados retos, México necesita un sistema de salud que responda a las necesidades de las personas, que sea capaz de ofrecer atención continua y personalizada, orientación proactiva y preventiva, así como rentable y sostenible.

Pese a las ambiciosas reformas emprendidas para ampliar la cobertura y la prestación de atención de la salud, el sistema de salud de México no satisface las necesidades de su población tan bien como debería. Las considerables inversiones en la parte del sistema de salud financiada con fondos públicos no siempre se han traducido en mejores resultados de salud. El gasto es ineficiente y la rendición de cuentas del Estado en cuanto a gastos en salud es escasa. Una razón para ello puede ser la naturaleza fragmentada del sistema mexicano; algunas reformas exitosas se han topado con ineficiencias persistentes, sobre todo la división del sistema de salud

(financiamiento, organización, implementación, prestación de servicios) en varios subsistemas verticales muy poco integrados entre sí. Otra debilidad del sistema es la falta de rendimiento sólido y transparente en los marcos de administración. En todos los sistemas de financiamiento público y seguridad social el acceso es desigual, la calidad es incierta y la sostenibilidad financiera está amenazada. Un indicador clave de la debilidad de los mecanismos actuales es el hecho de que las personas continúan pagando de su bolsillo la mayor parte de sus servicios de salud. Esto puede representar un importante problema de acceso; es de esperarse que los grupos socioeconómicos más necesitados y los estados más desfavorecidos tengan un acceso mucho más limitado a los servicios. Se sabe relativamente poco acerca de la calidad y los resultados de atención de la salud en México, lo que impide tener una imagen completa del desempeño del sistema de salud. Dados los problemas reales de México a causa de la fragmentación de los servicios y los diferentes niveles de acceso, la falta de comparación entre los distintos subsistemas es un reto particular, aunque ya se está en proceso de desarrollar indicadores comparables.

Para que México afronte la creciente carga de enfermedades relacionadas con la edad y el estilo de vida, de forma eficaz, equitativa y sostenible, será necesario implementar reformas integrales y de amplio alcance al sistema de salud. En los siguientes cuatro capítulos se estudia en detalle dónde hay que realizar cambios y cómo se pueden lograr. Este minucioso análisis y las recomendaciones correspondientes en relación a cómo fortalecer la gobernanza del sistema se abordan en el siguiente capítulo, en el cual se examina cómo los mecanismos actuales de atención de la salud en México no cubren las necesidades de salud y los obstáculos que han obstaculizado muchas de las anteriores reformas al sistema.

Notas

1. La información incluye los sectores público y privado.
2. Desde su publicación en inglés, la metodología para estimar el gasto administrativo ha sido revisada. La cifra estimada del costo administrativo para 2014 es 5.6% del gasto total en salud en México. Ver OECD Health Statistics 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Bibliografía

- Andrews, D., A. Caldera Sánchez y A. Johansson (2011), “Towards a Better Understanding of the Informal Economy”, *OECD Economics Department Working Paper* núm. 873, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5kgb1mf88x28-en>
- CONEVAL (2012), “La pobreza en la población indígena de México”, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México.
- DGIS (2013), “Health Accounts at Federal and State Level”, *Bulletin of Statistical Information*, vol. IV, Financial Resources, núm. 33, Dirección General de Información en Salud, México.
- Dougherty, S.M. y O. Escobar (2013), “The Determinants of Informality in Mexico’s States”, *OECD Economics Department Working Paper* núm. 1043, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k483jrvnjq2-en>.
- Encuesta Nacional de Empleo y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.
- ENIGH (2012), “Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012” <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/>.
- ENSANUT (2012), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición”, Instituto Nacional de Salud, Ciudad de México, <http://ensanut.insp.mx>.
- IMSS (2014), Estado Financiero, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Knaul, F.M. et al. (2012), “The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico”, *The Lancet*, vol. 380, núm. 9849, pp. 1259-1279, octubre, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X).
- Moreno, V.A. et al. (2011), “Indigenous Peoples and Poverty in Mexico”, *Indigenous Peoples Country Brief*, núm. 7, World Bank, Washington, DC.
- OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.
- OECD (2011a), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119536-en>.
- OECD (2011b), *OECD Economic Surveys: Mexico 2011*, OECD Publishing, París.
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- OECD (2013a), *Getting It Right. Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264190320-en>.
- OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

- OECD (2014a), *Economic Policy Reform 2014: Going For Growth Interim Report*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/growth-2014-en>.
- OECD (2014b), *OECD Employment Outlook 2014*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2014-en.
- OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en.
- OECD (2014d), *OECD Regional Outlook 2014: Regions and Cities: Where Policies and People Meet*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201415-en>.
- OECD (en preparación), *Economic Economic Review: Mexico*, OECD Publishing, París.
- OECD (2015), *OECD Economic Surveys: Mexico*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-mex-2015-en.
- PAHO (2012), *Health in the Americas, 2012 Edition: Country Volume*, México.
- Secretaría de Salud (2013), “Rendición de Cuentas en Salud 2012”, disponible en http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2012.pdf.
- Servan-Mori, E. et al. (2014), “An Explanatory Analysis of Economic and Health Inequality Changes among Mexican Indigenous People, 2000-2010”, *International Journal for Equity in Health* 2014, vol. 13, núm. 21.
- SINAIS - Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>.
- World Bank (2013), “Mexico Strengthens its Financial Resilience. Growth During the Global Financial Downturn”, disponible en <http://www.worldbank.org/en/results/2013/09/05/financial-sector-mexico>.
- World Bank (2012), *World Development Report 2013: Jobs*, World Bank, Washington, DC, <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-9575-2>.

Capítulo 2

Fortalecer la rectoría para construir un sistema de salud centrado en la persona y orientado al uso de la información

La organización de la atención no está satisfaciendo actualmente las necesidades de salud de la población. Mejorar decididamente los estándares de salud y bienestar de la población mexicana requiere implantar una reforma estructural al sistema de salud de México.

Este capítulo aborda cómo lograr esos cambios. Identifica cómo puede fortalecerse la gobernanza para asegurar la sustentabilidad de una reforma estructural al sistema de salud. Los actores implicados deben compartir la visión de una atención de la salud centrada en la persona que satisfaga tanto las necesidades individuales como colectivas. La atención centrada en la persona se caracteriza por ser preventiva, proactiva y continua, y por responder a las circunstancias cambiantes de la población mexicana.

También es necesario enfocarse en una mejora continua de la calidad de la atención. Tener sistemas de información consolidados y mejorados será indispensable para identificar dónde crear los incentivos necesarios para brindar una atención de alta calidad centrada en la persona.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Enfrentar las tasas sin precedentes de diabetes y obesidad, las crecientes muertes por enfermedades cardiovasculares y una potencial crisis de sustentabilidad financiera requiere realizar reformas al sistema de salud mexicano. México necesita un sistema centrado en las necesidades de salud de la población, capaz de brindar una atención tanto preventiva y personalizada como costo-efectiva y sustentable. En los capítulos 3, 4 y 5 se analizarán los cambios estructurales específicos a los modelos regulatorios, financieros y de prestación de servicios necesarios para lograrlo. El propósito de este capítulo es describir el marco de gobernanza bajo el cual hay que implementar estas reformas.

Si bien puede haber desacuerdos entre los principales actores del sistema en relación con la escala, el ritmo o la secuencia de las reformas, todos deben compartir la visión de un sistema centrado en la persona. La mejora permanente de la calidad como principio también debe formar parte de esta visión. Para alcanzarla es fundamental desarrollar una infraestructura de información más efectiva. Sin ella no podrá mejorarse el acceso, la eficiencia y la sustentabilidad del sistema. Por consiguiente, cómo construir y emplear una infraestructura de información tanto útil como efectiva es el principal tema abordado en este capítulo.

Este capítulo reconoce primero el contexto político bajo el cual deberán realizarse estas reformas. Este tipo de reformas estructurales al sistema de salud se han retrasado porque no existe un consenso sobre cómo alcanzar un acceso equitativo a los servicios de salud para todos, ni tampoco, en cierta medida, sobre cómo y por dónde empezar. Las razones de estas diferencias de opinión se identificarán para incrementar la probabilidad de resolverlas. La sección 2.2 presenta con mayor detalle los principios de la atención médica centrada en la persona y la mejora continua de la calidad. Por último, dada la importancia de las bases de datos para evaluar y mejorar el desempeño del sistema de salud en todas sus dimensiones, en la sección 2.3 se concluye con un análisis de los pasos que México debe seguir para construir un sistema de salud impulsado por la información.

2.1. Se requiere con urgencia implantar reformas estructurales sostenidas e integrales al sistema de salud en México

Innovaciones exitosas como el Seguro Popular son una muestra reciente de que el sistema es capaz de transformarse. Sin embargo, otros intentos de poner en práctica reformas en todo el sistema no han tenido el mismo éxito. Actualmente es oportuno llevar a cabo los cambios requeridos por el sistema de salud.

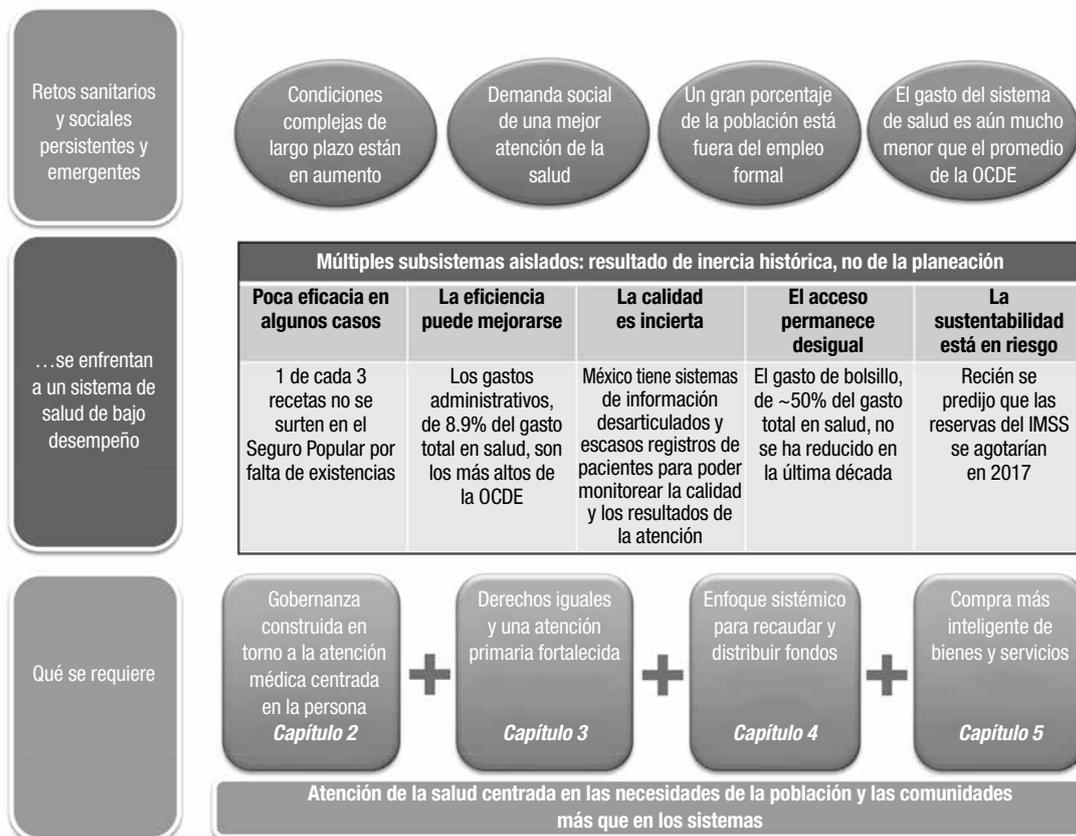
Los mecanismos actuales no satisfacen las necesidades de salud de la población mexicana

Como se ha mostrado en capítulos anteriores, la población mexicana requiere un sistema de salud que atienda oportunamente las crecientes tasas de diabetes y demás enfermedades crónicas e impulse el modesto crecimiento de la esperanza de vida comparado con otros países. Igualmente prioritaria es una protección financiera más justa para las familias, que asegure tanto la calidad de la atención como la sustentabilidad del sistema.

Las debilidades del sistema de salud de México se han reconocido desde hace una década (Frenk et al., 1994; OECD, 2005). El *Estudio del Sistema de Salud Mexicano* realizado por la OCDE en 2005 identificó a la condición laboral como un factor discriminante en el derecho a la protección de la salud. Este estudio resaltó el carácter fragmentado del sistema de salud, inusual comparado con los países de la OCDE, que consta de, por un lado, instituciones de seguridad social verticalmente integradas para las personas con empleo y, por otro, un sistema hospitalario público para el resto de la población. Además de estos dos sistemas públicos de atención, coexiste un mercado de proveedores privados importante pero muy poco regulado.

Al diagnóstico que en 2005 catalogó al sistema como “innecesariamente complejo” subyacen varios factores preocupantes, como inequidades en el acceso y la protección de la salud, falta de garantías de calidad en los servicios y una precaria viabilidad financiera. Desafortunadamente, este diagnóstico sigue vigente: la configuración actual del sistema no cubre las necesidades de salud de la población mexicana en varios frentes (véase la Gráfica 2.1).

Gráfica 2.1. Retos y soluciones necesarios en el sistema de salud de México



El Estudio de 2005 formuló varias recomendaciones para mejorar el desempeño del sistema, incluyendo asegurar un financiamiento global adecuado, aumentar el paquete de beneficios del Seguro Popular, incentivar la productividad del personal, promover la calidad y mejorar la competencia administrativa. Una recomendación clave fue trabajar en pos de una mayor equidad y eficiencia al cambiar de un conjunto de subsistemas fusionados verticalmente (cada uno con sus respectivas funciones de

recaudación, compras y prestación de servicios de salud a su propia población afiliada de forma obligatoria, como se ilustra en la Gráfica 2.1) a una configuración más horizontal. Esta última configuración implica coordinar las funciones de recaudación, compras y prestación de servicios para toda la población, independientemente de sus necesidades de salud, condición laboral o socioeconómica (véase la Gráfica 2.2).

Gráfica 2.2. **Cambio de subsistemas verticales a funciones compartidas de manera horizontal**

Tipo población / Funciones	Población asegurada		Población no asegurada	
	Aseguradores privados	Seguridad Social	Con acceso a servicios públicos (Seguro Popular)	Sin acceso a servicios públicos
Regulación (establecer estándares de atención, supervisar la calidad y definir prioridades)				
Financiamiento (recaudación de aportaciones, tarifas por servicios o impuestos)	Seguro de salud privado	Seguridad Social consolidada		
Prestación de servicios (programas de salud pública y preventiva; prestación de atención de la salud)				
Tamaño de la población	Estable	Creciente	Creciente	Decreciente

Fuente: OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2005*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.

Las funciones de recaudación, compra y prestación de servicios están separadas institucionalmente en la mayoría de los sistemas de salud de la OCDE, ya que se considera que esta separación puede crear mejores incentivos para el uso eficiente de los recursos. En cambio, en México, los aseguradores por lo general gestionan los servicios de salud en función de acuerdos institucionales rígidos, no con base en precios, calidad o distribución óptima de su prestación. Cambiar de subsistemas verticales a funciones compartidas de manera horizontal es quizá la reforma más importante a la que México deberá encaminarse, pero también la que plantea el mayor reto. En los capítulos 3, 4 y 5 se analizará en profundidad cómo superar este desafío.

Históricamente, las reformas al sistema de salud en México han enfrentado numerosos obstáculos

La creación del Seguro Popular demuestra la capacidad del país para implementar reformas ambiciosas en el sector público, como lo han evidenciado reformas más recientes como la educativa y la energética. Sin embargo, estos logros pueden ser la excepción más que la regla. Existen todavía determinados factores en la administración

pública mexicana que parecen impedir la implementación de reformas más emprendedoras y amplias para alcanzar los niveles de salud, riqueza y bienestar que puede conseguir dada su capacidad. Cabe entonces identificar y reflexionar acerca de algunos de estos factores que han limitado el avance de las reformas del sector salud en la última década para poder abordarlos con mayor eficacia.

Como ya se ha señalado en otras publicaciones de la OCDE, un factor clave involucra las rigideces históricas y las prácticas monopólicas de las instituciones públicas mexicanas. En ocasiones, los grupos de interés han prevalecido sobre la amplitud de miras y la visión de cambio. A nivel estructural se ha observado que los históricamente bajos niveles de innovación, educación e infraestructura física prevalecientes en México limitan también las posibilidades de transformación del sistema (OECD, 2007 y 2013a).

Sin duda relacionado con esto, la capacidad técnica y administrativa puede ser desigual en el ámbito federal y a menudo se encuentra por debajo del nivel necesario para impulsar una reforma estructural. Las deficiencias y variaciones de las competencias administrativas son aún más marcadas en los ámbitos estatal y local, las cuales pueden descomponer la hechura adecuada de políticas públicas realizada por parte de autoridades de mayor nivel. También se ha identificado a las deficiencias en el seguimiento y la evaluación como obstáculos para mantener la viabilidad de un proyecto de reforma. Por tanto, sigue siendo prioritario crear instituciones, organismos y servidores públicos capaces, eficientes y éticos.

Asimismo, debe reconocerse que el sistema judicial todavía no ofrece ni la certeza ni la eficacia legal necesarias para llevar a cabo reformas complejas con mayor celeridad. Un sistema jurídico que no funciona del todo bien tiene un gran impacto en todos los ámbitos de la actividad económica y puede representar un obstáculo para construir una sociedad más incluyente basada en la solidaridad. Los costos de la corrupción son importantes y afectan tanto las estructuras económicas como el capital humano y social. La corrupción no sólo provoca una pérdida de confianza en las instituciones, sino también una pérdida de recursos debida a su malversación y a distorsiones en la toma de decisiones, lo cual daña también el tejido social (OECD, 2007 y 2013a).

A pesar de la complejidad, el arraigo y el fortalecimiento mutuo de estos obstáculos, los logros recientes de política pública muestran que no son infranqueables. En la búsqueda de cómo construir un sistema de salud adecuado para enfrentar los retos del siglo XXI, es fundamental entender por qué algunas reformas en México han fracasado en el pasado. Aunque las dificultades señaladas no son únicas del sector salud y muchas de sus soluciones rebasan el ámbito del propio sector, quienes formulan políticas de salud, quienes prestan servicios de salud y quienes los reciben deben reconocer estos obstáculos y enfrentarlos.

Es el momento de lograr una reforma profunda al sistema de salud

En estos momentos hay considerables oportunidades de avanzar en la siguiente etapa de la reforma del sistema de salud de México. Con el Pacto por México firmado en diciembre de 2012 por el Presidente Peña Nieto y líderes de los principales partidos políticos se trazó el rumbo de las reformas estructurales, enfocadas en construir un Estado más fuerte y efectivo, ejercer los derechos y las libertades sociales e impulsar la participación ciudadana en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Los objetivos del Pacto se plasmaron en el componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA). Ambos documentos expresan la voluntad de transformar el sistema de salud como respuesta a los profundos cambios sociales, económicos y epidemiológicos acontecidos desde el establecimiento de las principales instituciones e interrelaciones del sistema de salud hace setenta años. En específico, el PROSESA señala como objetivo construir un sistema de salud más homogéneo, lo cual implica una mayor integración y coordinación entre las instituciones que lo componen. El principal propósito es edificar un sistema que no discrimine la extensión de la cobertura ni la calidad de la atención en función de la condición laboral o socioeconómica de las personas. También se vislumbra un enfoque más vigoroso a la atención preventiva de la salud, en particular de las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes o cáncer (Secretaría de Salud, 2013).

Recuadro 2.1. **Cómo llevar a cabo la reforma**

Implementar una reforma es complejo e implica considerar múltiples cuestiones de economía política, tanto específicos para el país como generales. En un análisis reciente de la OCDE se examinó la economía política de 20 estudios de caso de reforma en 10 países miembros y se evaluaron las condiciones que hacen posible una reforma (OECD, 2009 y 2010). Este estudio, basado en investigaciones realizadas previamente por la OCDE, sugiere algunos principios básicos que han demostrado ser exitosos:

Los gobiernos requieren un mandato electoral para reformar. Una reforma “a hurtadillas” tiene importantes limitaciones: si los gobiernos no buscan la aprobación pública antes de emprenderla, tienden a tener éxito solamente cuando generan beneficios visibles en el corto plazo, lo cual es casi imposible cuando se plantean reformas de fondo. Si bien las crisis pueden abrir ventanas de oportunidad para iniciar un proceso de reforma con sus correspondientes sorpresas, su sustentabilidad es fundamental para producir un impacto real.

La comunicación efectiva del gobierno es importante. Las reformas de fondo por lo general requieren esfuerzos coordinados para convencer a los votantes y a las partes interesadas de que son necesarias, poniendo especial énfasis en los costos que implica no reformar. Si los costos del *statu quo* son costos de oportunidad, tienden a ser políticamente “invisibles”, lo cual complica más la “venta” de este tipo de reformas.

El diseño de las políticas públicas debe reforzarse con sólidas investigaciones y análisis. Una propuesta de reforma objetiva basada en evidencia acompañada de un análisis técnico sólido contribuye tanto a mejorar la calidad de la política pública como a aumentar la probabilidad de que sea adoptada. Investigación presentada por una institución imparcial con autoridad y que inspire confianza en todo el espectro político puede tener un efecto definitivo.

Las reformas estructurales exitosas suelen tomar un tiempo considerable en implementarse. Las más exitosas reformas de los estudios de caso revisados tardaron más de dos años en adoptarse, sin tomar en cuenta el periodo de preparación: en muchas instancias, las propuestas son debatidas y estudiadas por años antes de que las autoridades empiecen a formular reformas específicas.

La cohesión del gobierno es importante. Si el gobierno que emprende una iniciativa de reforma no tiene una visión compartida de la política, enviará mensajes confusos y sus oponentes aprovecharán para crear mayores divisiones; el resultado común es la derrota. Los estudios de caso sugieren que la cohesión es más importante que otros factores como la fortaleza o la unión de los partidos opositores o la fuerza parlamentaria del gobierno.

Recuadro 2.1. **Cómo llevar a cabo la reforma** (Cont.)

El liderazgo del gobierno es fundamental. El avance de la reforma será más fácil si el gobierno y sus aliados sociales (por ejemplo, sindicatos y grupos privados) dialogan con frecuencia. Sin embargo, el liderazgo firme del gobierno es también un elemento decisivo que favorece el éxito. Un enfoque cooperativo tiene menores probabilidades de éxito, a menos que el gobierno pueda premiar la cooperación de los aliados, o plantear una amenaza verosímil de proceder unilateralmente si falla un enfoque concertado.

La condición previa de la política que se pretende reformar importa. Las reformas más exitosas de políticas firmemente establecidas muchas veces han estado precedidas por una “erosión” del *statu quo* producida por cambios graduales o intentos de reforma fallidos. Cuando los mecanismos existentes están institucionalizados y son populares, y parece no haber un riesgo inminente, es más difícil proponer, explicar, “vender” o implementar la reforma.

Una reforma exitosa requiere perseverancia. Reformas que han sido obstaculizadas, revertidas o han tenido alcances limitados no deben considerarse necesariamente como fracasos: estas experiencias pueden ilustrar el carácter insostenible del *statu quo* y pueden favorecer la creación de las condiciones para intentar más adelante la reforma propuesta originalmente.

Estos estudios de caso de la OCDE confirman las conclusiones de análisis realizados previamente en relación con los efectos facilitadores de las crisis y las finanzas públicas sólidas. Por último, los estudios arrojan algunas dudas sobre el argumento a menudo esgrimido que los votantes tienden a castigar a los gobiernos reformistas: la probabilidad de una reelección subsecuente era muy similar para los involucrados en episodios de reforma más exitosos o menos exitosos.

Fuente: OECD (2013), *Getting it Right: Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264190320-en>.

Mantener la situación actual del sistema de salud puede acarrear grandes costos para el país. Sin una reforma profunda, México corre el riesgo de conservar un sistema de salud de bajo desempeño incapaz de atender la creciente carga de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y el estilo de vida, así como un sistema de salud desigual con marcadas diferencias en el acceso y riesgos de calidad, lo cual agrava aún más las inequidades socioeconómicas. Un sistema ineficiente, sin capacidad de respuesta e inequitativo en la calidad y el acceso a los servicios como este, sin duda impedirá que México logre la salud, la prosperidad y el progreso que ciertamente es capaz de alcanzar en los próximos años.

2.2. Fortalecer un gobierno corporativo construido en torno a una atención de alta calidad centrada en la persona

Para que el sistema de salud en México cubra las necesidades de atención de la salud de manera justa, efectiva y sostenible, debe cambiar de un conjunto de subsistemas verticales cuya operación está determinada por legados históricos e institucionales, a uno que responda a las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades a lo largo del ciclo de vida. La calidad de la atención también debe ser un eje de este sistema incorporando mecanismos que permitan monitorear resultados y asegurar la mejora continua de la calidad, tanto en unidades ambulatorias y hospitalarias como en todo el sistema. Para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia debe involucrarse plenamente a hospitales y clínicas del sector

privado, cuyos servicios son ampliamente utilizados y seguirán ofreciéndose en un volumen importante en el futuro.

El sistema de salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en la persona

Una visión integral sobre la cual basar la siguiente etapa de la reforma debe alejarse de las restricciones impuestas actualmente por las rigideces institucionales e históricas y apuntar a crear un sistema de salud centrado en la persona. La atención de la salud centrada en la persona, según la define la Organización Mundial de la Salud y la suscribe la Organización Panamericana de la Salud (WHO, 2015; PAHO, 2011), es un modelo general, pero contiene muchos elementos que apuntan directamente a los retos y las prioridades actuales del sistema de salud mexicano. Este marco conceptual destaca la necesidad de contar con servicios que respondan a las necesidades de salud de la población y que rindan cuentas de sus resultados, que estén orientados a la atención primaria y hagan un uso efectivo tanto del sector público como privado. Asimismo, a nivel individual y comunitario, el marco subraya la necesidad de atender los problemas de salud de largo plazo incrementando la capacidad de las personas de hacerse cargo de la propia, mientras que a nivel institucional identifica la fragmentación como el principal problema por resolver. De ahí la necesidad de la continuidad de la atención, la colaboración multidisciplinaria y las alianzas. Señala también la necesidad de prestar servicios de alta calidad, sustentados en estándares, monitoreo e incentivos para mejorar e innovar continuamente los modelos de atención y para fortalecer la capacidad y las competencias de los administradores de los servicios de salud.

Los elementos de este marco conceptual de la salud centrada en la persona que son más pertinentes para la reforma de la atención de la salud en México se sitúan a un nivel sistémico. El marco pone énfasis en la importancia de asegurar y mejorar la calidad y efectividad de todo el sistema por medio de directrices, estándares y monitoreo (tanto de los servicios como de los profesionales que los proveen). Igualmente importante es desarrollar y fortalecer al personal de atención primaria, elevar el perfil de la medicina familiar y asegurar sistemas de referencia claros entre la atención primaria y secundaria. Una actividad clave es garantizar un uso racional de la tecnología mediante la evaluación de tecnologías de la salud. Asimismo, se destaca la necesidad de reforzar el acceso y la protección financiera, mejorar las compras y contrataciones e instituir medidas más eficaces para rendir cuentas en los ámbitos de la organización, la prestación y el financiamiento de los servicios de salud. A continuación se analizará cómo puede el sistema de salud mexicano cumplir con el primero de estos elementos, asegurar y mejorar la calidad.

Hay que reforzar las actividades de monitoreo y mejora de la calidad en los ámbitos sistémico y organizacional

Mejorar la calidad de la atención sigue siendo una asignatura pendiente a pesar de su importancia. El programa de reformas emprendido por México durante la década pasada priorizó ampliar la afiliación al SP y aumentar el paquete de servicios. En el pasado surgieron iniciativas para monitorear y mejorar la calidad, pero no siempre se aplicaron con constancia ni sobrevivieron por mucho tiempo. Actualmente existen sistemas que miden la calidad de la atención, pero no parecen usarse sistemáticamente para mejorarla. Este debería ser el foco de la siguiente etapa de reforma del sistema de salud.

La Secretaría de Salud, mediante la Dirección General de Calidad y Educación de la Salud, define las políticas y crea los instrumentos para evaluar y mejorar la calidad de la atención. Esta Dirección también establece los estándares de calidad, el monitoreo y la acreditación de las unidades de salud financiadas por el Seguro Popular. A pesar de estos esfuerzos (incluyendo un Foro Anual de Calidad celebrado desde 2003), los principales actores del sistema de salud rara vez consideran la calidad como un principio rector fundamental. Dos de las principales instituciones académicas de salud, como el Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana para la Salud (grupo de expertos privado sin fines de lucro) no han promovido con gran énfasis la mejora de calidad de la atención. Si bien durante muchos años se trabajó en la mejora de la calidad de los hospitales o escuelas de medicina individuales, las iniciativas para aumentar la importancia de la calidad de la atención de la salud como un tema de gobernanza, como la Cruzada por la Calidad, llevada a cabo de 2001 a 2006, no han logrado convertirse en un valor de organización sostenido y central del sistema de salud en su conjunto.

Los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE aplican cada vez más herramientas y políticas sofisticadas que apoyan el monitoreo y la mejora de la calidad en el diseño y la prestación de servicios de salud, tanto a nivel sistémico como institucional (véase el Recuadro 2.2). México podría sumarse a esta tendencia y beneficiarse de un enfoque más sistémico y sostenido para mejorar la calidad adoptando las mejores prácticas internacionales. Esto requerirá un sistema de información enriquecido que permita dar seguimiento al desempeño del sistema en esta materia. Para construir esta cultura de calidad será necesario establecer un gobierno corporativo más sofisticado que garantice, por ejemplo, que los profesionales y los establecimientos de salud se mantengan actualizados. También se requerirá impulsar la certificación profesional, la educación continua, la acreditación de unidades de salud, la definición de estándares y directrices de práctica clínica nacionales, así como la difusión pública de auditorías nacionales de la calidad de la atención.

Recuadro 2.2. **Iniciativas internacionales para medir y mejorar la calidad de la atención a nivel sistémico**

Desde el Estudio de 2005, ha habido importantes avances en cómo definir, medir y mejorar la calidad de la atención. Específicamente, el proyecto de la OCDE sobre Calidad de la Atención en Salud ha encabezado un esfuerzo internacional concertado para desarrollar un conocimiento compartido de las dimensiones de la calidad de la atención de la salud, y un conjunto de indicadores comparables internacionalmente.

Se definieron como dimensiones fundamentales de la calidad de la atención, la efectividad (cubrir las necesidades de salud de los pacientes), la seguridad (evitar daño alguno al satisfacer esas necesidades) y el enfoque en el paciente (asegurando una experiencia positiva de atención). Empleando este marco conceptual, los países acordaron un conjunto de indicadores válidos, útiles y viables para fines comparativos internacionales. La más reciente recolección de datos incluyó cerca de 50 indicadores de calidad que abordaban i) atención primaria; ii) cuidados intensivos; iii) salud mental; iv) atención de cáncer; v) seguridad del paciente y vi) experiencias del paciente. Esta base de datos reúne información de 34 países e incluye a países no miembros de la OCDE como Singapur y Letonia (disponible en oecd.org/els/health-systems/health-data). Asimismo, se realizan actividades de investigación y desarrollo para mejorar continuamente la comparabilidad internacional de estos indicadores.

Recuadro 2.2. **Iniciativas internacionales para medir y mejorar la calidad de la atención a nivel sistémico** (Cont.)

En fecha más reciente, el enfoque se ha dirigido a intentar entender cómo las instituciones y las políticas públicas pueden determinar la calidad de la atención y qué instrumentos pueden utilizarse para mejorarla. En términos generales, los gobiernos han instaurado reformas en la calidad de la atención de través de cuatro mecanismos: (1) asegurar insumos de atención médica de alta calidad, incluidos el personal sanitario y la evaluación de tecnologías; (2) garantizar que existan sistemas de responsabilidad por la calidad de la atención; (3) fijar estándares de atención y tener la capacidad para monitorear la calidad y 4) establecer incentivos para mejorar la calidad de la atención. En el cuadro siguiente se presentan ejemplos de instrumentos de política pública en cada una de estas áreas.

Acciones de política pública para asegurar, monitorear y mejorar la atención de la salud

Política pública	Ejemplos
Diseño del sistema de salud	Rendición de cuentas de principales actores, asignación de responsabilidades, legislación
Insumos del sistema de salud (profesionales, organizaciones, tecnologías)	Certificación profesional, acreditación de organizaciones de atención de la salud, aseguramiento de calidad de medicamentos y dispositivos médicos
Monitoreo del sistema de salud y estandarización de práctica médica	Medición de la calidad de la atención, estándares y directrices nacionales, auditorías e informes nacionales de desempeño
Mejoramiento (programas nacionales, incentivos y programas hospitalarios)	Programas nacionales de calidad y seguridad, pago por desempeño en atención hospitalaria, ejemplos de programas de mejora dentro de las instituciones

La OCDE ha comenzado una serie de publicaciones examinando la arquitectura política que sustenta la calidad de la atención en varios sistemas de salud. El objetivo es identificar temas, retos y oportunidades comunes para fortalecer la arquitectura política en torno al monitoreo y la mejora de la calidad en el ámbito institucional y sistémico (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-reviews.htm>). Esta serie destaca la amplitud y la diversidad de actividades realizadas para reforzar estas funciones. Sin embargo, el común denominador es la tendencia de los gobiernos centrales de adoptar un papel más preponderante en la calidad del gobierno corporativo de los sistemas de salud locales, regionales y nacionales, así como de los prestadores. Usualmente los gobiernos nacionales encabezan estas acciones, aunque organismos independientes o representantes de la sociedad civil pueden jugar también este papel. Esto se explica porque existe una mayor capacidad tecnológica y de información para evaluar comparativamente el desempeño local, regímenes centrales de rendición de cuentas más demandantes, así como tendencias sociales que reducen la sostenibilidad de las diferencias en la calidad de la atención de la salud entre las regiones.

En México, la Secretaría de Salud, junto con las instituciones de seguridad social, está bien situada para encabezar la creación de un nuevo organismo para el monitoreo y mejora de la calidad de la atención. Este organismo nacional —el cual forma parte de la agenda de políticas de la Presidencia— sería responsable de definir los estándares requeridos para una atención segura y efectiva para todos los proveedores del sistema, incluidos los privados, los cuales se abordarán en la próxima sección. Para este organismo será prioritario desarrollar estándares y directrices nacionales de atención para fomentar, monitorear y velar, cuando sea necesario, por que se cumpla la

regulación. Esta última área actualmente no recibe la atención suficiente en el sistema de salud de México. Más aún, esta nueva agencia debe mantener cierta distancia de la Secretaría de Salud para asegurar una regulación independiente y transparente.

Esta nueva agencia debería adoptar algunas de las atribuciones que actualmente sustenta el Consejo de Salubridad General, como el desarrollo y la administración del proceso de certificación hospitalaria. También podría atribuírsele el suficiente poder regulatorio para recabar y analizar información estratégica sobre los servicios prestados (información sobre el desempeño que eventualmente estaría disponible para los compradores de servicios y al público en general), con el fin de monitorear los estándares de calidad y sancionar, en última instancia, a los establecimientos con pobre desempeño. Asimismo, habría que cerciorarse de que ninguna de las actividades que este nuevo organismo lleve a cabo se dupliquen o contradigan los de otros organismos regulatorios ya existentes (como COFEPRIS o CENETEC), aunque, como se describe en el siguiente capítulo, estos se centran en gran medida en la evaluación y regulación de nuevas tecnologías más que en los procesos estándar de atención de la salud.

Recuadro 2.3. Fortalecer la capacidad rectora del sistema de salud italiano

Italia es un país muy heterogéneo en términos sociales y económicos. La provincia autónoma de Bolzano cerca de la frontera austriaca tiene un PIB per cápita de más del doble que el de La Campania. Sus tasas de desempleo son aún más contrastantes, 4.1% y 19.3% respectivamente. Estas diferencias se reflejan en el sistema de salud. Desde que se federalizó la atención de la salud hace una década, se han constituido 21 sistemas de salud distintos, tanto en formas de atención como en resultados. Esto ha provocado una gran movilidad de los italianos hacia regiones y provincias autónomas (RPA), en particular las del norte, donde aparentemente se ofrece un mejor acceso o calidad de la atención.

Más asombrosos que las diferencias en los resultados son los variados enfoques de gestión de los servicios y mejora de la calidad. Todas las RPA han mostrado un creciente interés en estas cuestiones, pero la forma en que lo han implementado ha sido muy heterogénea. Algunos cuentan con sistemas de administración con ricas bases de datos transparentes y con participación del público, mientras que otros usan la información sobre salud con fines epidemiológicos y la emplean poco para medir la calidad y el desempeño, para así sustentar la toma de decisiones sobre políticas locales o la negociación con los prestadores de servicios.

Esta diversidad ha exigido al sistema de salud italiano establecer un conjunto de mecanismos para lograr un desempeño más homogéneo de sus sistemas regionales de salud. Estos incluyen actividades para coordinar los enfoques en todas las RPA y garantizar el diálogo entre las autoridades nacionales y regionales, así como actividades reguladas y dirigidas desde una perspectiva profesional. La tendencia es que el gobierno central y otras autoridades nacionales adopten un papel más destacado en la rectoría de sus sistemas de salud locales. Esta tendencia es común para la mayoría de los sistemas de salud de la OCDE. En particular, la Agencia Nacional para la Atención de Servicios de Salud Regionales (AGENAS) ha sido muy útil para coordinar las actividades de los diferentes niveles de gobierno. Las responsabilidades de esta agencia son apoyar la planeación nacional y regional mediante el análisis de demanda y oferta, evaluar los costos y la efectividad de las intervenciones en salud nacional y apoyar la innovación, la evaluación y la difusión de buenas prácticas en las RPA.

Un buen ejemplo de lo que AGENAS realiza ha sido establecer el Observatorio de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Su objetivo es mejorar la seguridad del paciente en todo el país mediante un modelo cíclico de recolección, clasificación y difusión de actividades que mejora la seguridad en todas las RPA. Cada año, el Observatorio convoca a implementar buenas prácticas y proporciona

Recuadro 2.3. **Fortalecer la capacidad rectora del sistema de salud italiano** (Cont.)

una plataforma donde se registran los contenidos, los resultados y los costos de estas actividades. Las prácticas con evidencia empírica sólida, evaluadas bajo los principios de Mejora Continua de la Calidad y que son sostenibles se difunden en una publicación anual y una base de datos accesible. Dos funciones del Observatorio demuestran cómo debe funcionar una acción coordinada que trasciende las fronteras institucionales. Primera, el Observatorio se diseñó con la participación de múltiples actores: autoridades centrales y regionales, grupos profesionales y científicos. Segunda, la filosofía que lo sustenta es que las acciones de arriba hacia abajo y las de abajo hacia arriba son complementarias en la tarea de mejorar la seguridad de los pacientes.

Fuente: OECD, 2015, *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

Las reformas implementadas en Italia, que históricamente ha tenido que lidiar con un desempeño heterogéneo entre sus 21 sistemas de salud regionales, ofrecen importantes enseñanzas para México. Más específicamente, la recién creada Agencia Nacional para la Atención de Salud Regional juega un papel importante en asegurarse de que los enfoques de calidad y eficiencia converjan en las regiones, sobre todo en el ámbito de la definición, análisis y registro abierto de indicadores. Las regiones más desarrolladas se asocian con las menos desarrolladas para mejorar el desempeño en ciertas áreas, por ejemplo, las altas tasas de cesáreas.

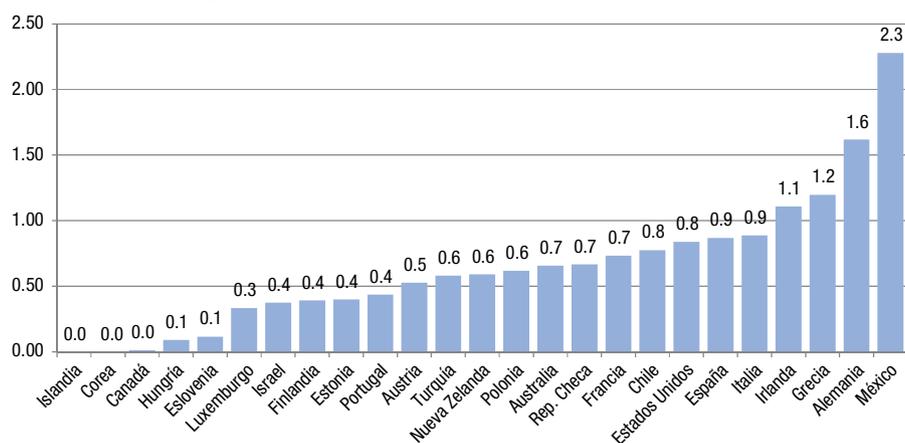
En el Capítulo 5 se analizarán iniciativas adicionales para mejorar la calidad y su monitoreo, enfocadas en reformas a la compra de servicios y las formas de pago de los médicos.

El sector privado puede tener una colaboración destacada en la prestación de servicios si se le regula adecuadamente

La oferta privada de atención de la salud, tanto lucrativa como no lucrativa, constituye un elemento importante de la prestación de estos servicios en México. Su sistema de salud está conformado por 28.6 hospitales privados con fines de lucro por cada millón de habitantes y por 11.4 hospitales públicos por cada millón de habitantes. Esta proporción de 2.3 hospitales privados por cada hospital público es la más alta de todos los países de la OCDE para los cuales existe información (véase la Gráfica 2.3). Sin embargo, la proporción de camas es más cercana al promedio de la OCDE debido a que la mayoría de los 3000 hospitales privados con fines de lucro son muy pequeños, con menos de 20 camas. De hecho, muchos de estos hospitales funcionan más como clínicas ambulatorias, brindando una parte importante de la atención primaria, junto con servicios más especializados de diagnóstico y tratamiento.

Lograr un aprovechamiento eficaz de la capacidad del sector privado puede representar un medio para incrementar el acceso en el sistema de salud de México, siempre y cuando se asegure su calidad y se controlen los precios. El IMSS, por ejemplo, tiene ya contratos con proveedores privados para brindar hemodiálisis a sus derechohabientes. Esta vía debería explorarse para ofrecer algunos otros servicios para los que no existe actualmente capacidad resolutoria. Ya existen planes de contratar servicios con el sector privado para atender la obesidad y la diabetes. Esta innovadora

Gráfica 2.3. **Proporción de hospitales privados lucrativos respecto a hospitales públicos en países de la OCDE, 2001 (o año más reciente)**



Nota: Los Países Bajos informaron que no cuentan con hospitales públicos.

Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

iniciativa sería de interés internacional para otros países de la OCDE, los cuales enfrentan actualmente crecientes tasas de obesidad infantil y adulta.

El uso de recursos públicos para comprar servicios del sector privado o no lucrativo (como instituciones religiosas o de beneficencia) es un área de política pública relativamente nueva en los sistemas de salud de la OCDE, aunque ya algunos países están explorando seguir esa vía. En la mayoría de los casos se celebran acuerdos de prestación de grandes volúmenes de servicios tales como cirugías electivas de rutina (particularmente procedimientos ambulatorios) o pruebas de diagnóstico. Gracias a su éxito, esta práctica se ha ido extendiendo poco a poco a áreas de atención más complejas, tales como rehabilitación o salud mental en ámbitos comunitarios.

Otra importante consideración en el contexto mexicano es que el sector privado está menos estrictamente regulado que en otros sistemas de salud. Aunque actualmente el Seguro Popular requiere cumplir determinados criterios para acreditar su capacidad y fungir como proveedor independiente, los mecanismos de monitoreo aún no son suficientes. Es necesario que las autoridades federales, en conjunto con los proveedores privados y representantes de los pacientes, establezcan un marco regulatorio más amplio que garantice la calidad y la transparencia. La experiencia de otros países de la OCDE resulta útil, en particular en términos de lograr controles de calidad y precios (Recuadro 2.4).

Recuadro 2.4. **Experiencias del sector privado en la atención de pacientes del sector público**

En el Reino Unido, desde 2002 se ha fomentado la operación de centros de tratamiento del sector independiente (ISTC). Al separar mejor el flujo de casos hospitalarios de urgencia de los electivos en su Servicio Nacional de Salud (NHS), se esperaba obtener ganancias en eficiencia y calidad, así como incrementar el acceso y la libertad de elección. El control de calidad se garantizó al requerir a los ISTC ser examinados por la Comisión de Calidad de la Atención (CQC), organismo estatutario independiente. La CQC revisa todos los hospitales públicos (NHS) y privados en Inglaterra para verificar que se cumplan

Recuadro 2.4. **Experiencias del sector privado en la atención de pacientes del sector público** (Cont.)

los estándares nacionales de seguridad, el enfoque centrado en el paciente y la efectividad de la atención. Las tasas de reembolso se basaron en los precios nacionales de referencia, pero se negociaron localmente. Para estimular el desarrollo de los ISTC, los contratos incluyeron un margen de ganancia y un prepagado, es decir, independiente de los volúmenes o la calidad de la atención brindada. Este enfoque generó un intenso debate, aunque una evaluación reportó resultados ligeramente mejores en pacientes tratados en los ISTC comparados con los hospitales del NHS para reparar hernias, realizar cirugías de venas varicosas y cataratas, así como para el reemplazo de caderas o rodillas (Browne et al., 2008). Sin embargo, los pacientes que se atendieron en el sector privado estaban más sanos que los atendidos en el NHS.

En Turquía, uno de los elementos principales de su Programa de Transformación de la Salud para aumentar el acceso a los ciudadanos con aseguramiento público fue recurrir al sector privado. Como en México, los turcos históricamente prefieren acudir a especialistas privados para la atención primaria de salud. Más recientemente, incentivos adicionales han estimulado el desarrollo privado en el ámbito hospitalario, en especial para atender la demanda insatisfecha en regiones periféricas del país. A diferencia de lo ocurrido en Inglaterra, la ampliación de servicios no se limitó a los de “gran volumen”: el sector privado turco creció en el número de unidades y equipo especializados brindando un conjunto cada vez más complejo de procedimientos. Por ejemplo, ahora el número de camas de cuidados intensivos y unidades de hemodiálisis del sector privado es casi equivalente al sector público (fenómeno similar al que empieza a experimentar el IMSS con su uso incipiente de unidades privadas para realizar hemodiálisis). Para proteger a los pacientes financiados por el sector público se pusieron en marcha controles rigurosos de calidad y precio. En la actualidad se aplican 321 estándares (que cubren 621 puntos de auditoría) tanto a hospitales públicos como privados y universitarios, y cada uno es evaluado una vez al año. Los múltiples pagos de bolsillo que solían realizarse han sido reemplazados por un conjunto regulado de cuotas privadas para toda la población turca. Los hospitales privados están autorizados para cobrar hasta 30% por arriba del precio nacional de referencia, diferencia que el paciente paga de su bolsillo (OECD, 2014).

La experiencia de Suecia también es instructiva, dado el contexto de la iniciativa mexicana de subcontratar a clínicas privadas la gestión de la diabetes y la obesidad. Ahí el uso de los proveedores privados lucrativos y no lucrativos se ha enfocado en la atención primaria y comunitaria. Suecia tiene una red de cerca de 1200 centros de atención primaria pública y privada en todo el país, de los cuales cerca de 40% son privados. Las reformas en 2010 buscaban facilitar la entrada a un mayor número de proveedores innovadores, las cuales produjeron más de 200 nuevos servicios, un incremento de más de 20%. Más específicamente, Suecia ha fomentado clínicas de “una sola visita” donde los pacientes tienen acceso tanto a médicos generales como especialistas, así como a algunas pruebas de laboratorio, incrementando con ello la gama de servicios disponibles para los pacientes fuera del ámbito hospitalario. Las clínicas de atención primaria suelen ser establecimientos de múltiples socios con un personal compuesto por un grupo de médicos generales y un equipo multidisciplinario que incluye a enfermeros (muchos de los cuales son especialistas en diabetes y pediatría, entre otras áreas), fisioterapeutas, parteros y psicólogos, quienes proveen una amplia gama de servicios médicos. Debido al carácter fuertemente descentralizado de gobernanza en Suecia, los consejos municipales definen los criterios de acreditación que los nuevos proveedores, incluidos los privados, deben cumplir antes de calificar para recibir financiamiento público. Sin embargo, las tasas de reembolso se acuerdan a nivel nacional (OECD, 2013d).

La participación de las farmacias privadas en la red de distribución de medicamentos prescritos a los asegurados por el sector público es otra área que requiere una regulación efectiva. Las autoridades federales deben crear reglas muy claras de participación, incluyendo estándares mínimos de calidad y ética en el servicio (tales como horarios de operación, plantilla de personal, conflictos de intereses por sus ventas, entre otros). También se deben implementar procesos internos de control para recabar información y monitorear las pautas de prescripción en las farmacias, con medidas explícitas para asegurar que se cumplan los protocolos clínicos establecidos y multas por proporcionar información imprecisa o fraudulenta.

2.3. Hacia un sistema de salud orientado al uso de la información

Mejorar la calidad de manera efectiva y permanente depende de un sistema de información bien diseñado y bien utilizado. Su uso estratégico va más allá del seguimiento y la evaluación: es útil también para brindar atención personalizada y asegurar su continuidad; apoyar la contratación y compra de servicios (mediante una responsabilidad más transparente de resultados), así como para fines de planeación ante necesidades de salud y modelos de atención cambiantes.

En México existe un margen importante para consolidar todos estos usos. Aunque actualmente se genera mucha información en todas las instituciones del sector salud, la forma fragmentada en que se recolecta, valida, analiza y difunde, impide aprovecharla en todo su potencial para la formulación de políticas públicas y la mejora de los servicios. Por ello, será fundamental consolidar toda esta infraestructura de información para lograr la atención de alta calidad centrada en la persona que el sistema podría brindar.

Una mejor infraestructura de información será clave para lograr una atención centrada en el paciente

Un uso primordial de la información en salud radica en impulsar una mayor calidad de la atención y orientar la mejor toma de decisiones. Para ello es fundamental contar con registros personales de salud que permitan seguir las necesidades individuales, los servicios utilizados, los costos asociados y los resultados de la atención. Igualmente importante es compartir estos datos clínicos personales entre todos los proveedores del sistema, lo cual implica contar con Expedientes Clínicos Electrónicos (ECE) en los actuales sistemas de salud.

A mediados de la década de 2000, el gobierno mexicano asumió un claro compromiso de modernizar el sistema de información en salud mediante la implementación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, disponible en www.dgis.salud.gob.mx). Este está conformado por bases de datos sobre la cobertura de la población; la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros; la utilización de servicios; los resultados de salud, y otros indicadores de desempeño. El SINAIS se concibió para apoyar la planeación de políticas de salud al proporcionar información completa y actualizada sobre la localización y características de los establecimientos de salud y sus recursos humanos. Sin embargo, los avances alcanzados en la última década por el SP se han visto reducidos por la falta de consonancia con los procesos administrativos ajenos al sistema de SP y Servicios Estatales de Salud (SESA). Como se analizó en

el Capítulo 2, cada asegurador en el sector público mantiene su propio sistema de información con indicadores de eficiencia como costos unitarios de oferta y existe muy poca comunicación entre ellos. Entre otras consecuencias, esto dificulta que la Secretaría de Salud pueda coordinar acciones para crear una nueva infraestructura de información.

Algo parecido ocurre con la información sobre la calidad de la atención. A pesar de que se ha tratado de promover la estandarización de la calidad de los servicios, iniciativas como la creación de nuevos sistemas de información en esta área (como el Sistema Integral de Calidad en Salud, o SICALIDAD, disponible en www.calidad.salud.gob.mx) han sido también afectadas negativamente por la falta de una infraestructura de información verdaderamente articulada, completa y confiable. Las entidades federativas recolectan cada mes cierta información solicitada por la Secretaría de Salud federal, en particular indicadores de productividad en clínicas y hospitales, así como encuestas sobre la satisfacción de los pacientes en las instalaciones públicas. Sin embargo, no existe una agencia autónoma a nivel federal con el mandato o la capacidad para articular la información y analizarla con profundidad, para retroalimentar a los estados.

La información que registra el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS, disponible en www.dgces.salud.gob.mx/INDICASII) sobre niveles de satisfacción del usuario sólo es proporcionada voluntariamente por establecimientos de salud que deciden participar. Más aún, esta información ha sido utilizada sistemáticamente para premiar el buen desempeño o para mejorar o sancionar el mal desempeño. Si bien las instituciones de seguridad social históricamente han desarrollado sus propios sistemas de información (el IMSS tiene más de 50 millones de registros electrónicos con datos clínicos de los pacientes correspondientes a los últimos diez años, mientras que el ISSSTE registra información de 44 indicadores de eficiencia y calidad de su red de proveedores, que incluye resultados clínicos, productividad hospitalaria y tasas nosocomiales), tampoco estos sistemas están integrados entre ellos o con los sistemas de los SESA, ni se emplean regularmente para mejorar los procesos clínicos, la productividad y la calidad de la atención debido en parte a la falta de capacidad institucional para articular y analizar toda la información generada.

Todos los sistemas de salud en México usan en cierta medida los ECE y ya se han dado los primeros pasos para conformar una infraestructura común que permita compartir estas bases de datos. Desde 2010 se diseñó la arquitectura de una plataforma de interoperabilidad para manejar una base de datos mínima y en 2012 se inició un índice de pacientes común. No obstante, a partir de entonces el avance ha sido lento. Se estima que menos de la mitad de los pacientes tienen un expediente electrónico que cumpla con las especificaciones mínimas de información requeridas y la plataforma de interoperabilidad todavía no está en operación (OECD, 2013b). Mientras tanto, se siguen desarrollando ECE en cada subsistema de manera independiente.

El Sistema Nominal en Salud (SINOS) del Seguro Popular maneja una gran base de datos sobre las condiciones de salud y la utilización de servicios de sus afiliados. Originalmente se concibió como la punta de lanza para establecer un sistema nacional electrónico de información en salud, aunque ahora se limita a usuarios del SP. Su utilidad es limitada debido a que sólo se registra información cuando se afilian y reciben la Consulta Segura (una consulta de revisión para nuevos afiliados). Además, algunos

operadores de los servicios estatales de salud se han quejado de que se trata de un software complicado que rebasa la capacidad local para registrar y administrar toda la información del SINOS. Escalar este sistema a nivel nacional requeriría convertirse en una base de datos “viva”, vincularse con los registros médicos de los proveedores de otras instituciones y modernizar los procesos de captura y gestión de datos (junto con iniciativas proactivas encabezadas en un principio por el gobierno federal, con el fin de desarrollar la capacidad local de gestión de la información).

Por otro lado, la Estrategia Digital del IMSS busca consolidar las diversas bases de datos que maneja el IMSS. Esta iniciativa también podría ser la base de los ECE interoperables o compartidos. Dada esta diversidad de esfuerzos, no está claro cómo seguir adelante. Para mantener la interoperabilidad como principal objetivo, debe emprenderse una revisión estratégica integral de todos los esfuerzos que se están realizando para implementar ECE. Esto requerirá la asesoría técnica de expertos de talla internacional que manejen sistemas de información consolidados. Asimismo, para facilitar el intercambio de información sería recomendable que una organización independiente y no alguna de las actuales aseguradoras públicas fuera la responsable última de las bases de datos y coordinadora del escalamiento de los ECE. Este organismo debería incluir representantes de cada uno de los subsistemas de salud, así como expertos técnicos y legales e integrantes de la comunidad.

Dinamarca empleó un enfoque efectivo para desarrollar ECE, así como para consolidar la rectoría de la infraestructura de sus sistemas de información en salud (véase el Recuadro 2.5).

Recuadro 2.5. **Desarrollo y uso de Expedientes Clínicos Electrónicos (ECE) en Dinamarca**

La mayoría de los sistemas de salud de la OCDE han implementado o empiezan a implementar un sistema nacional de expedientes clínicos electrónicos que contenga o prácticamente integre los registros de múltiples sistemas de datos electrónicos clínicos y de pacientes, de manera que puedan ser compartidos (interoperables) en diversos ámbitos de la atención de la salud.

Dinamarca es un buen ejemplo de una implementación exitosa de expedientes clínicos electrónicos que facilitan la portabilidad de la atención (Protti y Johansen, 2010). Casi todos los médicos que brindan atención primaria en Dinamarca usan expedientes clínicos electrónicos, los cuales están vinculados mediante una red nacional que les permite comunicarse directamente con otros proveedores de atención de salud. Todos los pacientes tienen un número de identificación personal único relacionado con su expediente clínico, a su vez ligado con otros sistemas como el régimen fiscal, lo cual facilita el seguimiento nominal de los pacientes sin importar dónde reciban atención.

Los ECE se implementaron gradualmente en Dinamarca desde la década de 1980, cuando los médicos empezaron a recibir un pago adicional por cada solicitud de reembolso enviada electrónicamente. Esto incentivó un mayor uso de las computadoras en la práctica médica y generó el envío electrónico de mensajes clínicos de los médicos a otros proveedores y, más adelante, de prescripciones médicas a las farmacias. Este fenómeno creció con el apoyo del Ministerio de Salud; para la década de 1990 se desarrollaron plantillas estándares a nivel nacional para el envío más frecuente de información y se estableció una red de datos de atención de la salud. Una organización no lucrativa independiente, MedCom, se encargó de supervisar y escalar este programa de expedientes clínicos electrónicos. Durante todo el proceso el esfuerzo se enfocó en mantener la homogeneidad en todo el sistema. Por ejemplo, aunque existen más de 50 plataformas de expedientes clínicos electrónicos, se emplea un solo formato

Recuadro 2.5. **Desarrollo y uso de Expedientes Clínicos Electrónicos (ECE) en Dinamarca** (Cont.)

electrónico para todas las comunicaciones de los médicos de atención primaria. Esto ha contribuido a evitar la creación de sistemas de información paralelos e incompatibles entre sí.

De forma simultánea, Dinamarca consolidó la rectoría de sus sistemas de información sobre salud. El Instituto Nacional de Datos sobre Salud y Control de Enfermedades funge como una empresa pública adscrita al Ministerio de Salud danés y es responsable de recolectar toda la documentación pertinente dentro del sistema de salud danés y de dirigir un enfoque estratégico al desarrollo de la infraestructura de la información. Esto incluye establecer acuerdos de coordinación sobre metas comunes entre las autoridades centrales para mejorar el uso de los datos y coordinar actividades entre las autoridades centrales y regionales, así como vincularse con el amplio registro nacional de pacientes (OECD, 2013c).

Para tener éxito en esta materia, todos los actores deben participar activamente en el diseño del sistema. Por ello, a partir de su creación, el sistema nacional de información tendría que involucrar a las principales partes interesadas, incluyendo los representantes de los sistemas y los proveedores de atención de salud. También se debe incluir a órganos de gobierno ajenos al ámbito de la salud, especialmente si se adoptan medidas para crear un número único de identificación personal que pueda usarse para fines no exclusivos de salud, como tributación fiscal o pensiones. También será esencial asegurar que el marco legal sobre la privacidad de la información permita compartir datos aportando las medidas de seguridad adecuadas. En fecha reciente la OCDE analizó en detalle los enfoques adoptados por diversos países para lograr este balance. Una de las principales conclusiones de este estudio es que es posible construir la confianza pública que permita el uso de datos de salud si se es transparente respecto a cómo se emplean esos datos. Explicar el proceso de solicitud de acceso a la información, los requerimientos y los pasos para la aprobación de un proyecto, así como los requerimientos legales y prácticos para la aprobación de las solicitudes de información, permite al público informarse sobre todas las bases de datos de salud nacionales, en particular, las personales (OECD, 2013b).

Una mejor información de las actividades y resultados también impulsará la mejora continua de la calidad si es respaldada por la transparencia y la rendición de cuentas

El uso frecuente de sistemas de información para mejorar la atención no parece ser una práctica común. Los administradores de los sistemas de salud, tanto en el ámbito nacional y estatal como en el institucional, muy ocasionalmente pueden señalar proyectos en los que se hayan empleado estos sistemas para identificar áreas de excelencia o deficiencia, o que hayan sido usados como base para mejorar la calidad de los servicios. Un problema relacionado con esto es la escasez de análisis comparativos de los resultados, puesto que en los subsistemas mexicanos no se mide en forma sistemática indicadores tan sencillos como los tiempos de espera. Actualmente se está diseñando e implementando un tablero nacional de indicadores de calidad y eficiencia para todos los aseguradores y prestadores de servicio, aunque este proceso aún se encuentra en una fase inicial.

La creación de un sistema de salud basado en la información debe destacar el monitoreo de la calidad y su mejora continua como actividades estratégicas tanto en las clínicas y hospitales como en el conjunto del sistema de salud. Esta estrategia debe respaldarse con modelos de atención y estándares mínimos de calidad acordados entre las diversas instituciones. Este denominador común podría ser la base para implementar un sistema de registro obligatorio que incluya un subconjunto de los diversos indicadores de calidad que se recolectan actualmente en los sistemas de información de la seguridad social y el propio INDICAS. Inicialmente se debería recoger información básica como listas de espera para ser atendido por médicos especialistas, tasas nosocomiales y experiencias del usuario. Suecia y el Reino Unido aportan una muestra de lo que puede lograrse en esta materia (véase el Recuadro 2.6).

Recuadro 2.6. **Uso de información para impulsar la mejora de la calidad en Suecia y el Reino Unido**

En Suecia, la Junta Nacional de Salud y Bienestar y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales (SALAR) publican regularmente el desempeño municipal a través más de 150 indicadores de calidad y eficiencia de atención de la salud cuya fuente es el conjunto de registros nacionales de pacientes. La Junta Nacional también realiza evaluaciones a profundidad de áreas de atención definidas. Estos informes normalmente examinan entre 20 y 60 indicadores pertinentes presentados en diversos ámbitos de acción (nacional, regional, municipal y por unidad hospitalaria, por ejemplo), así como desglosados por edad, sexo y condición socioeconómica (como nivel educativo). En un apéndice del informe principal se incluyen perfiles de los resultados de desempeño de los municipios y las unidades de atención, en gráficas comparativas con los promedios nacionales de cada indicador. Para cada municipio se sintetizan las áreas de oportunidad y las recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. Esta evaluación también emite recomendaciones nacionales a los prestadores centradas en indicadores donde el desempeño de los indicadores es deficiente (OECD, 2013b).

En el Reino Unido, el Marco de Calidad y Resultados (QOF) actual es un sistema de información sofisticado para la atención primaria. El sistema originalmente se desarrolló como un marco administrativo de desempeño más simple establecido en Inglaterra a principios de la década de 2000. En esencia consistía en crear indicadores básicos de desempeño a partir de registros de datos recopilados de manera rutinaria en seis áreas (acceso, prestación del servicio, mejora de salud, experiencia paciente/proveedor, eficiencia y resultados de salud). Si al analizar estos datos rutinarios surgían resultados inesperados, se realizaba una investigación más detallada de los registros y visitas de campo. La información recabada se empleaba después para sustentar el proceso de contratación, al servir como base de la implementación y revisión de directrices clínicas, protocolos y metas de resultados en algunas áreas, como el porcentaje de pacientes con registros de presión arterial en la zona de captación y tiempos de espera máximos para atención ambulatoria después de la primera referencia. Al funcionamiento de este sistema incipiente de monitoreo de la atención primaria durante varios años le siguió un proceso continuo de mejora e incremento de las mediciones de desempeño monitoreadas, hasta constituirse en el plenamente acabado sistema QOF en todo el Reino Unido (Figueras et al., 2005).

México podría seguir los pasos de Suecia e Inglaterra negociando con los principales actores del sistema un conjunto limitado de indicadores de desempeño —y la metodología precisa para desarrollarlos— sobre los cuales deberán informar periódicamente los prestadores de servicios. Para que este sistema sea viable en el corto plazo, las negociaciones tendrían que identificar indicadores que pudieran construirse a partir de información ya recolectada de forma rutinaria, por ejemplo,

el tiempo de espera para recibir una cita médica y la satisfacción del paciente. Cabe subrayar que el desarrollo de un sistema de información sobre salud completo y consolidado en México probablemente tome varios años y —a juzgar por la experiencia de otros países como los casos de Suecia y el Reino Unido ya mencionados— podría encontrarse con algunos contratiempos en el proceso. No obstante, estas experiencias muestran que su implementación no tiene que representar una reforma “de una sola vez”, sino que es un proceso gradual.

Una infraestructura de la información más desarrollada también facilitaría las compras estratégicas y el monitoreo de los contratos

Aunque el tema de las compras se abordará con mayor detalle en el Capítulo 5, cabe resaltar aquí que un sistema de salud rico en información podría apoyar estas funciones en diversas formas: al entender mejor las necesidades de salud de la población, al mejorar el ajuste de la oferta a las necesidades y el monitoreo de los resultados de los prestadores de servicios. En relación con las necesidades de salud, los ECE interoperables entre todos los compradores y prestadores facilitarían la coordinación y las negociaciones entre compradores. Más específicamente, permitirían una mejor gestión de los flujos de pagos a los usuarios con una cobertura múltiple de aseguramiento. Según datos de la ENSANUT 2012, más de 10.3 millones de mexicanos (cerca de 11% de la población total asegurada por el IMSS, el ISSSTE y el SP) tienen doble o triple cobertura, como se mencionó en el Capítulo 1. Los registros electrónicos permitirían mantener la continuidad de la atención cuando los usuarios cambian de aseguradores o de médicos en unidades ambulatorias, hospitalarias o farmacias. Este asunto se analizará con mayor detenimiento en el Capítulo 5.

Las ganancias más importantes de tener un sistema de información más rico provienen de equilibrar mejor los servicios y los insumos de salud, una vez que se entienda con claridad cuáles son las necesidades de salud. México debe instrumentar mecanismos que permitan registrar el número de pacientes, volúmenes de servicios, costos y resultados para ser analizados por grupos de pacientes específicos y emplear esta información para optimizar la compra y la contratación de servicios. Esta misma información podría usarse para estimar las cambiantes necesidades de servicios de salud y modelar posibles reconfiguraciones de servicios, con el fin de garantizar que el sistema de salud responda adecuadamente a las necesidades de salud de la población. Portugal es un notable ejemplo de los logros alcanzables en calidad y eficiencia mediante compras más inteligentes basadas en información.

Recuadro 2.7. Uso de la información para realizar compras más inteligentes en Portugal

Recientemente Portugal implementó y sigue desarrollando un conjunto de iniciativas cuyo principal objetivo es optimizar tanto el costo como la calidad de la atención. Un área particularmente exitosa de reforma ha sido la reducción del gasto en medicamentos mediante la promoción de los genéricos. La prescripción de genéricos se volvió obligatoria en 2012. El Ministerio de Salud ejerce su poder como monopsonio al fijar anualmente un límite al gasto total en medicamentos (como porcentaje del PIB) y usa como precios de referencia para comenzar las negociaciones, los precios más bajos con los que compran sus medicamentos países como España, Francia o Eslovaquia. Además, el Ministerio está negociando actualmente un nuevo impuesto a las ventas de medicamentos. También se han puesto en

Recuadro 2.7. **Uso de la información para realizar compras más inteligentes en Portugal** (Cont.)

marcha iniciativas dirigidas a los farmacéuticos, al requerírseles la disponibilidad de tres de las cinco fórmulas más baratas para cada medicamento, de modo que puedan vender la de menor precio. Si no lo hacen, son sancionados con severidad. Este amplio y sofisticado conjunto de medidas ha conseguido que Portugal experimente la disminución más importante de gasto en medicamentos en la última década.

Cabe subrayar que esta reducción en el gasto farmacéutico no se logró sólo con estas medidas regulatorias y sanciones. También se instrumentaron estrategias para estimular prescripciones de mayor calidad. Transitar hacia la receta electrónica ha mejorado el monitoreo de la historia de medicación de los pacientes, su apego a la prescripción y sus posibles efectos adversos. Desde 2013, todos los medicamentos son prescritos electrónicamente en el sector público hospitalario y ambulatorio. La implementación de un conjunto de guías de práctica clínica que incluyen la prescripción y otros aspectos administrativos para cerca de 80% de los contactos de atención médica ha generado prescripciones más racionales. De manera paralela, un nuevo formulario nacional, con fecha de publicación en 2014, guiará a los médicos hacia un número limitado de genéricos para cada clase de medicamentos. Datos del Ministerio de Salud muestran que el porcentaje de genéricos recetados en la atención primaria se incrementó de 36 a 44% entre 2010 y 2012.

Un avance clave ha sido integrar estas iniciativas; las directrices y el formulario ya están incorporados en el sistema de prescripción electrónica, el cual emite señales de alerta si los médicos prescriben fuera de estos parámetros. Los médicos también reciben retroalimentación mensual sobre sus patrones de prescripción y se les advierte, por ejemplo, del grado en el cual recetan fuera del formulario nacional. Más aún, se planea una mayor integración con los expedientes de salud de los pacientes, con lo que se lograría un registro completo de la información de las historias clínicas, la prescripción y la distribución electrónicas, los registros nacionales de pacientes y médicos, la base de datos nacional de información en medicamentos y la base de datos de reembolsos. Este sistema de Prescripción Electrónica Médica (PEM) se convertirá en uno de los más avanzados de la OCDE. Se espera entonces consolidar los patrones de prescripción mediante las directrices y el formulario nacional para ampliar su cobertura y lograr una compra más efectiva de los proveedores. Esto ilustra cómo las ganancias en calidad y eficiencia pueden reforzarse mutuamente.

Reformas similares han mejorado la compra consolidada de dispositivos médicos, como desfibriladores cardíacos, prótesis de articulaciones y equipos de diagnóstico. Antes los hospitales compraban sus equipos individualmente. La documentación sistemática de un conjunto de los productos comprados reveló que los hospitales pagaban diferentes precios por el mismo dispositivo. También se detectaron ineficiencias en las compras de productos cuya diferencia se reducía, por ejemplo, simplemente a su color. En la actualidad, la compra consolidada está basada en una lista nacional racionalizada de dispositivos (que cubre 70% de los dispositivos en términos de gasto). Para fines de mediación, la negociación centralizada también establece un precio máximo y una oferta garantizada; así los hospitales pueden negociar un precio menor. Los dispositivos también se prescriben electrónicamente, generando información de volúmenes y duración de uso, la cual puede emplearse para negociar mejores precios en los años siguientes. Con estas iniciativas se han logrado reducciones sustanciales de precios, entre ellas 20% menos en el precio de las pruebas de detección de VIH/SIDA, 23% menos en el precio de algunos marcapasos y 12% menos en el precio del material de curación. En total, la Unidad de Servicios Compartidos del Ministerio de Salud estima un ahorro de más de 29 millones de dólares estadounidenses en los primeros seis meses de 2014 gracias a una compra más eficiente de medicamentos y dispositivos médicos.

En relación con un mejor monitoreo de los resultados de los prestadores de servicios, la experiencia internacional indica la importancia de contar con infraestructuras de

información que brinden una clara rendición de cuentas y una revisión sustentada de los contratos. Esto es particularmente relevante si se permite a los proveedores competir entre sí o suscribir contratos con más de un comprador a la vez. En México, establecer sistemas de documentación de usuarios y de recolección de datos para monitorear el desempeño, acordes con estándares armonizados, podría convertirse en un requisito formal para adjudicar a los prestadores de servicios contratos con el Seguro Popular o las demás instituciones de seguridad social y relacionar una parte de su reembolso con el cumplimiento de un informe obligatorio de calidad. Idealmente, la información proporcionada por los prestadores (sujeta a una auditoría adecuada) deberá cotejarse y ponerse también a disposición de los usuarios, como ocurre, por ejemplo, en el Reino Unido.

Las estrategias de política ya analizada contribuyen sobre todo a brindar atención centrada en la persona, en particular al mejorar el papel de los usuarios como encargados de elegir prestadores de servicios y decidir en última instancia a dónde se destina el dinero. Como se verá en el Capítulo 4, para apoyar la elección del usuario se requeriría un sector fortalecido de atención primaria, que actúe como coordinador de la atención de la salud. Este apoyo será valioso en particular en el contexto mexicano dado los bajos niveles educativos e ingresos de la mayor parte de la población. En este contexto, en la agenda de políticas públicas de los próximos años se tendrán que incluir medidas como la puesta en marcha de un registro obligatorio con un médico general y el apoyo a estos profesionales para que desempeñen una función de coordinación. En el siguiente capítulo se analizará cómo desarrollar esta función coordinadora más sólida para la atención primaria en México.

2.4. Conclusiones

El sistema de salud de México no muestra el desempeño que podría alcanzar. Los logros modestos en esperanza de vida, las tasas crecientes de enfermedades cardiovasculares, el control deficiente de la diabetes y otras enfermedades crónicas señalan que el sistema encuentra dificultades para brindar una atención de salud eficaz. El alto gasto de bolsillo revela una falta de acceso efectivo en el sector público. Los altos costos administrativos y otras fuentes de ineficiencia amenazan su sustentabilidad. Muchas de estas debilidades se desprenden de su organización en múltiples subsistemas, la cual mantiene rígidamente atados el financiamiento y el derecho a la protección de la salud a la condición laboral de la población.

Los mexicanos requieren un sistema de salud renovado capaz de enfrentar las crecientes tasas de enfermedades crónicas y garantizar la protección financiera de las familias, así como la sustentabilidad del sistema en su conjunto. Ahora es el momento oportuno para seguir adelante con la transformación que el sistema necesita con urgencia. La visión que debe guiar e inspirar a sus principales actores deberá ser compartida y basarse en una atención de salud centrada en la persona, no en rigideces institucionales. Este debe ser el punto de acuerdo sobre la necesidad y la dirección de la reforma. Además, se debe involucrar plenamente a las clínicas y hospitales privados en cualquier iniciativa orientada a mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia, para aprovechar su capacidad resolutoria y su aceptación entre la población.

La calidad debe ser reafirmada como el principio organizador central de todo el sistema de salud, al incorporar mecanismos para monitorear resultados y asegurar la mejora permanente de la calidad de la atención en todos los ámbitos. El éxito en este objetivo, así como en la mejora del desempeño del sistema en general, dependerá de la precisión, oportunidad y exhaustividad de la información generada para ejercer la rectoría efectiva de todo el sistema. Por ello, invertir en consolidar la información en salud debe ser otra prioridad.

Los primeros pasos viables para cumplir estos objetivos incluyen los siguientes:

- Establecer una autoridad nacional que monitoree y mejore la calidad de la atención, independiente de la Secretaría de Salud y de las instituciones de seguridad social.
- Trabajar para lograr formas de atención y estándares de calidad mínimos comunes que conformen la base de los indicadores de calidad hospitalarios y fomenten la mejora continua en este renglón.
- Basándose en estos estándares y en experiencias internacionales exitosas, comenzar las negociaciones con todas las partes interesadas, para acordar un conjunto de indicadores nacionales de desempeño.
- Comprometerse a modificar estratégicamente los sistemas de información, para resolver cómo México puede transformar su actual conjunto desarticulado de sistemas de información en un enfoque nacional más estratégico que consolide toda la información.
- Tomar medidas para establecer un ente regulador independiente y sistémico que supervise la ampliación de los registros clínicos electrónicos.
- Dar los primeros pasos para crear un registro o censo de pacientes consolidado con identificadores únicos de pacientes que pueda ser usado por todos los prestadores de salud.
- Desarrollar un sistema integrado de información de la calidad de la atención primaria y hospitalaria.

Bibliografía

- Browne, J. et al. (2008). “Case-mix & Patients’ Reports of Outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS Providers”, *BMC Health Services Research*, vol. 8:78, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-78>.
- Figueras, J. et al. (2005), “Purchasing to Improve Health Systems Performance: Drawing the Lessons”, J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (Eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, capítulo 3, McGraw-Hill International, Berkshire.
- Frenk, J. et al. (1994), *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, Ciudad de México.
- OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.
- OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.
- OECD (2013a), *Getting it Right: Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264190320-en>.
- OECD (2013b), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en>.
- OECD (2013c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OECD (2013d), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>.
- OECD (2007), “Getting it Right: OECD Perspectives on Policy Challenges in Mexico”, OECD Publishing, París, <http://www.oecd.org/economy/38136757.pdf>.
- OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.
- PAHO – Pan American Health Organization (2011), “Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas”, *Renewing Primary Health Care in the Americas* núm. 4, Washington, D.C.
- Protti, D. e I. Johansen (2010), *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A Case Study*, The Commonwealth Fund.
- Secretaría de Salud (2013), “El Programa Sectorial de Salud 2013-2018”, Ciudad de México, http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf.
- WHO (2015), *WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services*, World Health Organization, Ginebra.

Capítulo 3

Prestación de servicios de salud: definición de un paquete de beneficios equitativo y fortalecimiento de la atención primaria

En este capítulo se analiza cómo la prestación de servicios del sistema de salud de México puede evolucionar para satisfacer de forma más equitativa las necesidades de salud individuales y colectivas. Avanzar hacia un paquete más homogéneo con todos los esquemas de aseguramiento público es un compromiso importante que se debe cumplir. Asimismo, se deben tomar medidas para facilitar el acceso y mejorar la calidad de la atención médica.

Sin embargo, lo más importante es renovar los modelos de atención. En particular, existe un margen considerable de oportunidad para fortalecer la atención primaria y situarla como piedra angular del sistema de salud. La atención primaria permite el desarrollo de la atención preventiva, una función que México requiere mejorar urgentemente para enfrentar el rápido avance de las cargas de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Una prioridad de política pública en México es trabajar hacia la igualdad en los servicios de salud que todos los esquemas de aseguramiento proporcionen. El Seguro Popular (SP) tiene un listado definido de manera precisa de las intervenciones disponibles en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y para ciertos tratamientos de alto costo en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Por el contrario, los esquemas de la seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE cubren —al menos en teoría— cualquiera y todas las necesidades de atención médica. En relación con la atención primaria se ha logrado una convergencia importante entre los paquetes del SP y la SS, aunque el FPGC excluye importantes tratamientos de atención secundaria y terciaria. Sin embargo, lo que aparece como un derecho en el papel en la realidad no siempre se lleva a cabo debido a brechas existentes en el acceso y la calidad entre el SP y la SS en la atención primaria y secundaria.

Es necesario trabajar en otras políticas prioritarias de mayor alcance. El modelo de *prestación de servicios* en todos los subsistemas tendrá que transformarse si México quiere satisfacer el rápido desarrollo de las necesidades de atención de la salud de la población de manera eficiente y sostenible. Un objetivo clave debería ser reducir la dependencia del sector hospitalario y centrar la atención médica alrededor de la atención primaria y preventiva, prestada cerca de donde las personas viven y trabajan. Esta es una prioridad en todos los sistemas de salud de la OCDE con el fin de proporcionar una atención proactiva e integral para atender las condiciones de salud de largo plazo.

Este capítulo está estructurado de la siguiente manera. La sección 3.1 establece las diferencias en los derechos, acceso y calidad entre los diferentes esquemas de aseguramiento de salud del país. Se basa en el material presentado en el Capítulo 1 para ilustrar la necesidad urgente de otorgar una atención primaria y preventiva de la salud con calidad para todos los mexicanos. La sección 3.2 hace recomendaciones con el objetivo de lograr un paquete de beneficios más homogéneo entre todos los subsistemas, haciendo hincapié en la importancia de la evaluación de tecnologías para la salud (ETES), incluyendo los análisis de costo-efectividad. La sección 3.3 considera el modelo de atención en detalle. Se centra en la necesidad de fortalecer la atención primaria y, en particular, mejorar la atención preventiva y la atención de condiciones de largo plazo.

3.1. Un sistema de salud centrado en las personas requiere servicios de atención de la salud iguales para todos los mexicanos, enfocados en una sólida atención primaria

A pesar de que las reformas recientes han ampliado la disponibilidad del aseguramiento público en salud, todavía persisten diferencias importantes en el acceso a la atención de la salud. Los tratamientos cubiertos por los diferentes subsistemas no son iguales y el SP excluye del paquete del FPGC enfermedades importantes. Aun cuando los tratamientos están cubiertos por el SP, se observan diferencias importantes en el acceso y la calidad cuando se le compara con la SS.

Sin embargo, con qué grado de eficiencia los subsistemas responden a las necesidades de salud de los mexicanos, sigue siendo una interrogante. Esto es particularmente cierto en la atención preventiva y primaria. Las crecientes tendencias

en los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas y el rápido crecimiento de las clínicas de atención primaria privadas sugieren que es necesario fortalecer esta función clave del sistema de salud.

México se distingue por la falta de un paquete explícito de beneficios más homogéneo para todo el sistema si se le compara con otros sistemas de salud de la OCDE

Pese a que la gran mayoría de los mexicanos tiene cubiertos los costos de atención de la salud por al menos un asegurador público, los subsistemas ofrecen diferentes niveles de cobertura. El conjunto de servicios del CAUSES/FPGC se ha ampliado desde el arranque del SP en 2003 y ahora cubre 95% de las visitas a un hospital o centro de salud (Knaul et al., 2012). En el nivel secundario y terciario persisten exclusiones que implican algunas enfermedades comunes y devastadoras. Ataques cardíacos en personas mayores de 60 años, infartos, diálisis después de fallas renales, esclerosis múltiple y cáncer de pulmón son algunas de las más importantes (Secretaría de Salud, 2014a). También persisten diferencias en el tipo de intervenciones ofrecidas en las condiciones incluidas en el CAUSES/FPGC.

Sin embargo, el proceso para ampliar el CAUSES/FPGC se mantiene activo, como se aborda en la sección 3.2. Además, las personas con alguna enfermedad no incluida en el CAUSES/FPGC pueden presentarse a los SESA a recibir tratamiento y 90% de ellas estarán exentas de pagar cuotas de recuperación a la unidad de salud. No obstante, los individuos que padecen de una de estas condiciones muy probablemente no tengan garantizados sus derechos y un sistema de dos niveles de SS/SP no es algo que México quiera preservar en términos de valores políticos y sociales. El hecho de que alrededor de 35% de los afiliados a la SS o al SP cambie de esquema de aseguramiento cada año debido a una modificación de su condición laboral hace que esto sea especialmente relevante.

México se distingue por la falta de un paquete explícito de servicios si se le compara con otros sistemas de salud de la OCDE. La Encuesta de las Características de los Sistemas de Salud de la OCDE examina si en los sistemas nacionales de salud existe una lista positiva (o negativa) de medicamentos y procedimientos establecida por autoridades centrales, por aseguradores individuales, por prestadores individuales o si no la hay (véase el Cuadro 3.1). Dentro del grupo de países caracterizados por múltiples aseguradores con afiliación automática, México es el único país en el cual algunos aseguradores no tienen definido su paquete de beneficios.

Por ejemplo, en Japón, a pesar de tener múltiples aseguradores, todos ellos utilizan un paquete de beneficios uniforme a nivel nacional, el cual se define por la Lista de Cuotas. Este incluye medicamentos y procedimientos financiados dentro del sistema nacional de salud y también fija una lista de precios para el reembolso. Aun en sistemas con múltiples aseguradores y libertad de elección (como Chile, República Checa o Israel), la práctica usual es tener un paquete de servicios comunes definido a nivel nacional.

Esta situación poco usual de México, en la que algunos aseguradores definen su paquete y otros no lo hacen, significa que la presión política y económica para lograr la igualdad de derechos se mantendrá activa. También puede significar que

Cuadro 3.1. **Uso de listas positivas y/o negativas para definir los paquetes de beneficios en los sistemas de salud de la OCDE**

Fuente principal de cobertura básica de atención de la salud	País	Lista positiva, nivel central	Lista negativa, nivel central	Listas positivas de contribuyentes individuales	Lista negativa de contribuyentes individuales	Lista positiva de proveedores	Canasta de beneficios sin definir	Lista positiva, nivel central	Lista negativa, nivel central	Listas positivas de contribuyentes individuales	Lista negativa de contribuyentes individuales	Lista positiva de proveedores	Canasta de beneficios sin definir
		Productos farmacéuticos						Procedimientos médicos					
Sistema de salud financiado con tributación	Australia	●	○	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Canadá	○	○	●	●	○	○	○	○	●	○	○	○
	Dinamarca	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	España	●	●	○	○	○	○	●	●	●	○	○	○
	Finlandia	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Islandia	●	●	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○
	Irlanda	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Italia	●	●	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○
	Nueva Zelanda	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●
	Noruega	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Portugal	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	RU (Inglaterra)	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Suecia	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Sistema de seguro de atención de la salud, contribuyente único	Corea	●	○	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○
	Eslovenia	●	●	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○
	Estonia	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Hungría	●	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○
	Luxemburgo	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Polonia	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Turquía	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
Aseguradoras múltiples con afiliación automática	Austria	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Bélgica	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Francia	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Grecia	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Japón	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	México	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○
Aseguradoras múltiples con elección de aseguradora	Alemania	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	●
	Chile	●	○	●	○	○	○	●	○	●	○	○	○
	Estados Unidos	○	○	●	●	○	○	○	○	●	●	○	○
	Israel	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Países Bajos	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Rep. Checa	●	○	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○
	Rep. Eslovaca	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
	Suiza	●	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○

Fuente: OECD (en preparación), "How Do OECD Countries Define the Basket of Goods and Services Financed Collectively", *OECD Health Working Paper*, OECD Publishing, París.

los aseguradores sin paquetes de beneficios definidos (esto es, en la SS) tendrán la necesidad de definir un paquete explícito en algún momento del futuro; esto se analiza en la sección 3.2.

La atención primaria permanece poco desarrollada en México

La atención primaria puede definirse como aquellos servicios que proporcionan una respuesta inicial a las nuevas necesidades de atención de la salud de una

persona (en particular, identificar si se necesita atención secundaria), atención continua de enfermedades crónicas (en particular, evitar deterioro agudo que requiera hospitalización), así como acciones de reducción de factores de riesgo y de promoción de la salud personalizada. La atención primaria debe ser continua, integral y coordinada, y sin diferencias por género, enfermedad o sistema (Starfield, 1994). La atención primaria recibe cada vez más inversiones para establecerla como pilar de los sistemas de salud en los países de la OCDE. No debe equipararse con la atención básica, servicios rurales y remotos para grupos marginados. El primer objetivo del PROSESA 2013-2018 es un sistema de salud integrado, de alta calidad y sustentable (Secretaría de Salud, 2014b).

La necesidad de establecer en México un modelo de atención primaria vigoroso y eficiente es urgente. Como se describe en el Capítulo 1, la población está envejeciendo rápidamente: en 2030 habrá 14.1 millones de mexicanos mayores de 65 años, comparado con los 7.5 millones de hoy. México ha avanzado muy lentamente en el aumento de la esperanza de vida en comparación con otros países de la OCDE (con 74.6 años, sigue siendo la más baja) y ciertamente muchos adultos mayores mexicanos tienen mala salud, con tasas de diabetes entre las más altas del mundo. Estas y otras condiciones crónicas asociadas con el envejecimiento demandan una atención primaria continua, así como la promoción de la atención preventiva, que reduzca su incidencia en primer lugar. Estas necesidades, aunadas al hecho de que México tiene mucho menos camas hospitalarias (1.6 por cada 1000 habitantes en comparación con cinco promedio de la OCDE) y estancias hospitalarias mucho más cortas (cuatro días comparado con ocho promedio de la OCDE), quiere decir que en los próximos años se ejercerá una presión significativa sobre la atención primaria y comunitaria para prestar un volumen creciente de atención cada vez más sofisticado.

En la actualidad, parece que México gasta relativamente poco en atención primaria en comparación con otros países de la OCDE. La información proporcionada al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE sugiere que México destina 20% del gasto total en salud a la atención ambulatoria (DGIS, 2013), comparado con el promedio de la OCDE de 33%. Por el contrario, el porcentaje de médicos generales, 35.4%, se reporta más alto que el promedio de la OCDE de 29.4% para todos los médicos (OCDE, 2015). No obstante, esto probablemente se explica por la falta de comparabilidad de las definiciones, ya que los médicos generales en México también trabajan en hospitales de atención a pacientes internados.

Por otra parte, la estructura académica e institucional parece estar bien establecida. El Colegio Mexicano de Medicina Familiar (colegiomexicanomedfam.org.mx), fundado en 1994, reúne a 36 asociaciones estatales y colegios de médicos de atención primaria. El Colegio está afiliado a organismos internacionales como la Organización Mundial de Médicos Generales/Médicos Familiares (WONCA) y tiene como objetivos promover la especialidad de medicina familiar, organizar actividades educativas como conferencias regionales y nacionales, patrocinar la investigación mediante la publicación de una revista científica y realizar otras actividades. Algunas universidades tienen departamentos de medicina familiar y el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (www.consejomedfam.org.mx) ofrece a los médicos especialistas en medicina familiar una certificación a través de exámenes teóricos y prácticos.

Sin embargo, los indicadores de calidad y acceso recolectados a nivel local alertan sobre retos importantes. Alrededor de uno de cada ocho usuarios de los servicios de atención primaria declaran que evitarían esta atención en el futuro debido principalmente a los tiempos de espera inaceptables, al maltrato o a que no observan mejoría en su salud. El mismo indicador entre los encuestados que pagan el servicio de forma privada es 8% (ENSANUT, 2012). Los tiempos de espera promedio en las clínicas de atención primaria del SP y de la SS es algo superior a la hora y media, mientras que en las clínicas privadas es sólo superior a 25 minutos (ENSANUT, 2012). Se reporta que las clínicas de atención primaria usualmente cierran por las tardes, tienen personal médico temporal y con frecuencia carecen de personal o equipo (INSP, 2014). Puede, por tanto, no ser sorprendente que alrededor de 30% de los afiliados al SP y SS busquen atención ambulatoria en el sector privado. Una expresión clara de esto es el crecimiento de 130% entre 2010 y 2012 de las farmacias que ofrecen consultas médicas (Secretaría de Salud, 2014b). Además de las preocupaciones sobre los conflictos de interés y la regulación inadecuada, su creciente popularidad debe tomarse como una señal de la falla del funcionamiento del sistema de atención primaria actual.

Los programas actuales de atención preventiva tienen dificultades para ser efectivos, en particular para las condiciones crónicas

Una mejor prevención de las enfermedades es una prioridad en México y la atención preventiva de la salud ha recibido recursos importantes en los últimos años. De acuerdo con los datos proporcionados al informe de la OCDE *System of Health Accounts* [Sistema de Cuentas de Salud], 3.3% del gasto nacional total en salud se destina directamente a la prevención y a la salud pública (equivalente a 6.4% del gasto público), cifra mayor que el promedio de la OCDE de 3%. Sin embargo, dado el bajo nivel de gasto global, en términos absolutos esto implica un bajo gasto per cápita (véanse las Gráficas 3.1 y 3.2).

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud administra 35 programas nacionales con un presupuesto en 2014 de 3 810 millones de pesos (213 millones de euros, 260 millones de dólares estadounidenses) (AFASPE, 2014). Los programas nacionales son una combinación de programas de salud pública (enfocados a VIH/SIDA, cáncer de mama, diabetes o salud mental, por ejemplo) e iniciativas de atención preventiva basada en la persona (en casos de envejecimiento, riesgos cardiovasculares, escuelas saludables, entre otros). Varios de los programas enfocados en la enfermedad abordan enfermedades transmitidas por vector, como la enfermedad de Chagas, el dengue y el paludismo, que continúan siendo un problema importante de salud pública. En el Recuadro 3.1 se proporcionan mayores detalles.

Recuadro 3.1. Principales actividades de salud pública y promoción de la salud

- **Mortalidad materna y planificación familiar:** El principal objetivo del Programa de Salud Materna y Perinatal es mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutoria de las unidades médicas para la atención de las emergencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia, así como facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes. Los grupos de

Recuadro 3.1. Principales actividades de salud pública y promoción de la salud (Cont.)

mayor riesgo y que representan las mayores razones de mortalidad materna se encuentran en los extremos de la vida reproductiva, por ello se han instrumentado nuevas estrategias para incrementar la prevención del embarazo en adolescentes, y en las mujeres mayores de 35 años, en las cuales, se previenen y controlan enfermedades concomitantes relacionadas con un incremento en las muertes maternas indirectas.

Con respecto al problema de salud pública que representa el embarazo adolescente se ha diseñado la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, que mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales enfrenta tanto las condiciones que lo motivan, sus determinantes económicos, sociales y culturales, como sus causas subyacentes. La Secretaría de Salud tiene un papel relevante al coordinar esfuerzos para que los adolescentes reciban Servicios Amigables para la planificación familiar y la prevención de infecciones de transmisión sexual. En estos servicios se da acceso a métodos anticonceptivos modernos y se proporciona orientación a los adolescentes acorde a sus necesidades y con pleno respeto a los derechos humanos.

- **Vigilancia epidemiológica:** A través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es posible conducir las políticas y estrategias en materia de vigilancia, diagnóstico y referencia de laboratorio, investigación epidemiológica, capacitación y desarrollo técnico en epidemiología y salud pública. La operación del SINAVE se establece por medio de relaciones formales y funcionales en las cuales participan coordinadamente las instituciones del Sistema Nacional de Salud y una amplia red de hospitales privados mediante la notificación sistemática de casos de más de 150 enfermedades de interés epidemiológico para llevar a cabo de manera oportuna y uniforme la vigilancia epidemiológica, con el fin de orientar las intervenciones de prevención, control de enfermedades y promoción de la salud, así como la evaluación de su impacto en beneficio de la población mexicana y de la salud pública internacional.
- **Programa de vacunación:** La vacunación gratuita y universal ha logrado erradicar o controlar varias enfermedades infecciosas graves como la poliomielitis, la difteria, el sarampión, la tuberculosis, la influenza, el neumococo y el tétanos neonatal. Gracias a diversas acciones como los Días de Vacunación, las Semanas Nacionales de Salud y las respuestas oportunas a brotes, se han logrado mantener las coberturas de vacunación actuales. A partir de 2012, el esquema protege contra catorce enfermedades al universalizarse la aplicación de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en niñas de 5° año de primaria y 11 años de edad, no escolarizadas, y se agrega en mujeres embarazadas al menos una dosis de Tdpa (vacuna contra el tétanos, difteria y pertussis acelular). En 2013 se introdujo la aplicación de la de hepatitis A, a los niños de un año de edad inscritos en estancias infantiles y guarderías del país.
- **Control del dengue y otras enfermedades producidas por vectores:** El Programa de Prevención y Control de Dengue promueve la participación social y de los diferentes actores públicos y sociales involucrados, con un enfoque intersectorial y de corresponsabilidad en los que se reconoce la multiplicidad de factores socioeconómicos que determinan y condicionan la incidencia de dengue y la dificultad en su abordaje desde el ámbito de acción exclusivo del sector salud. Las acciones de control integral del vector están fortalecidas mediante la incorporación de herramientas tecnológicas que permiten visualizar la vigilancia epidemiológica y entomológica en línea. La sistematización de esta información proporciona elementos importantes para el establecimiento de acciones preventivas por riesgo entomológico y una mayor oportunidad al contar con la georreferencia de casos antes de que estos sean confirmados por laboratorio.
- **Accidentes y seguridad vial:** El Programa de Seguridad Vial tiene un enfoque integral y un abordaje multisectorial; su prioridad es realizar acciones transversales en diferentes niveles de

Recuadro 3.1. Principales actividades de salud pública y promoción de la salud (Cont.)

autoridad, focalizando el desarrollo de intervenciones cuya efectividad cuente con evidencia científica, en grupos y prácticas de riesgo, garantizando la efectividad y el costo-beneficio de sus acciones (CENAPRA, 2009).

La Estrategia Nacional de Alcoholimetría, derivada de la colaboración multisectorial, busca disuadir a los conductores de manejar en estado de ebriedad mediante la aplicación de controles de alcohol en aliento, acuerdos entre la Secretaría de Salud, Tránsito y Vialidad y sus equivalentes en estados y municipios.

- **Protección de la salud ante emergencias sanitarias y desastres naturales:** La geografía de México lo vuelve vulnerable a lluvias torrenciales, huracanes y otros desastres naturales. En décadas recientes se han implementado varias acciones para anticipar y atender oportunamente a estas emergencias. Estas incluyen vigilancia epidemiológica, atención a través de unidades móviles de salud, albergue a través de refugios temporales, servicios de salud mental y actividades dirigidas a prevenir brotes de infecciones gastrointestinales y respiratorias, particularmente en los refugios donde se alojan temporalmente grandes números de personas.

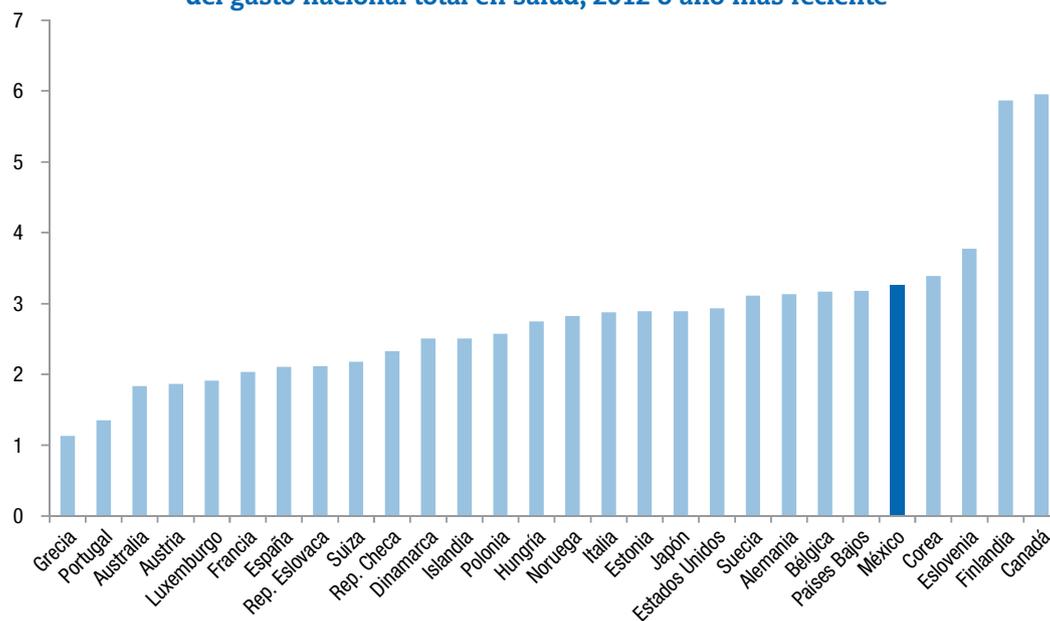
La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de dirigir las acciones de preparación y respuesta adecuadas ante este tipo de emergencias, a través del Comité Nacional para la Seguridad en Salud y los correspondientes Comités Estatales. A nivel operativo, en la zona afectada se instala el Comando Operativo para la Seguridad en Salud (COSS), instancia donde participan todas las instituciones públicas de salud y las relacionadas con protección civil.

- **Programas de salud pública orientados a la comunidad:** Estos se diseñaron en conjunto con comunidades locales y autoridades municipales con el fin de crear ambientes saludables en escuelas, parques, mercados y otros espacios públicos. La Secretaría de Salud generó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud el cual opera a través de un servicio integrado de Promoción de la Salud, cuyas intervenciones van de lo individual a lo poblacional. Este servicio privilegia a la población más vulnerable para lograr con ello mayor equidad entre las regiones del país (Secretaría de Salud, 2006).

El Programa pretende acercar los servicios de promoción de la salud al ámbito más local de acción y atender a toda la población a través de herramientas como las Cartillas Nacionales de Salud (CNS) y los Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud con acciones específicas como la eliminación de criaderos del vector que transmite el dengue y la fiebre chikungunya, así como la promoción de entornos y estilos de vida saludables que fomenten la actividad física, poniendo especial atención a grupos vulnerables, tales como la población indígena, migrantes y escolares, con un enfoque intercultural.

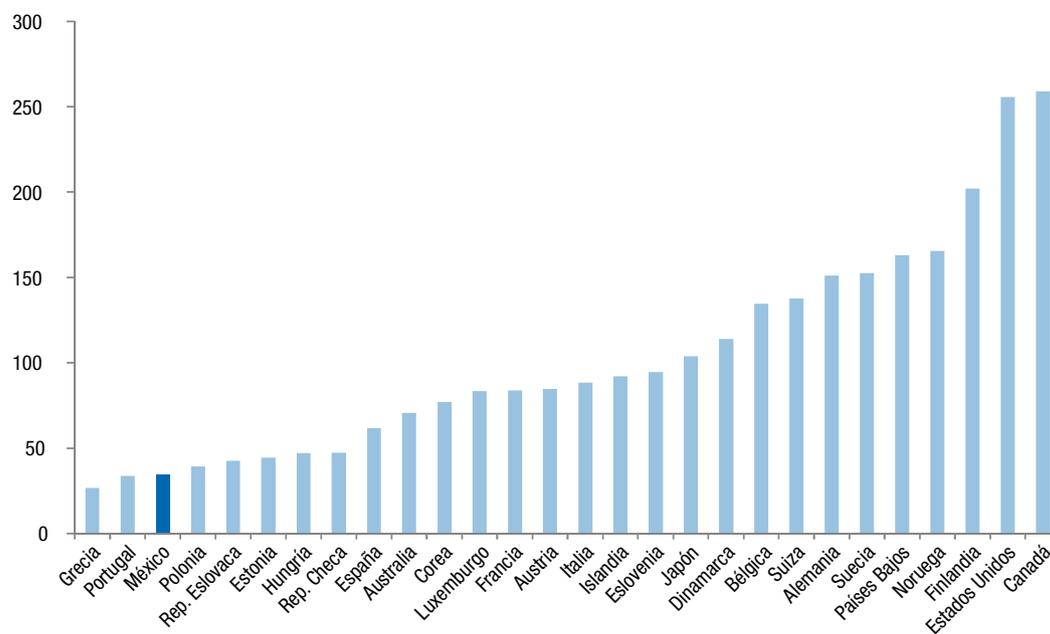
- **Respuesta al VIH sida:** Estimaciones recientes realizadas por ONUSIDA y Censida, señalan tendencias alentadoras para México, ya que se muestra un comportamiento prácticamente estable de la prevalencia de VIH (UNAIDS, 2012). En la última década se han desarrollado y mejorado varios sistemas y fuentes de información, entre ellos, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y Sida, el Sistema para Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), indispensables para el seguimiento y evaluación del Programa. Actualmente, se cuenta con 136 unidades médicas y servicios que otorgan atención especializada e integral en atención en sida e infecciones de transmisión sexual; en ellos se instrumentan los programas de prevención, atención médica y promoción de la salud. El tratamiento con antirretrovirales es universal y gratuito para todos los pacientes que acuden a las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Gráfica 3.1. **Gasto en servicios de prevención y de salud pública como porcentaje del gasto nacional total en salud, 2012 o año más reciente**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Gráfica 3.2. **Gasto per cápita en servicios de prevención y de salud pública, 2013 o año más reciente**
Dólares estadounidenses PPA



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Los acuerdos entre el SP y las entidades federativas estipulan que estas deberán gastar por lo menos 20% de la transferencia total por afiliado en actividades de prevención. De la cuota de 6.4% del gasto público total que se reporta como gasto en prevención en el informe *System of Health Accounts*, el dato más reciente indica que casi un tercio (2.2%) se gasta en salud materna e infantil, menos de un tercio en enfermedades transmisibles (1.6%) y menos de un tercio en enfermedades no transmisibles (1.6%). Los países de la OCDE varían significativamente en la manera en que asignan el gasto entre actividades preventivas y de salud pública. Como puede esperarse por los perfiles epidemiológicos, algunos países gastan proporcionalmente más que México en enfermedades no transmisibles. Australia y Corea, por ejemplo, reportan que gastan más de la mitad del presupuesto de prevención y salud pública en enfermedades no transmisibles.

A pesar de las inversiones, indicadores clave de la salud de la población son causa importante de preocupación. En particular, como se describió en el Capítulo 1, las tendencias en los estilos de vida se observan bien establecidas en la población mexicana. Las tasas de obesidad para adultos y niños son de las más altas de la OCDE y el consumo de alcohol per cápita se incrementó 11% entre 2000 y 2012, comparado con un decremento de 6% en promedio para los países de la OCDE (aunque el consumo de alcohol en México se ubica por debajo del promedio de la OCDE). Afortunadamente, las tasas de consumo de tabaco, en 11.8%, son menores que el promedio de la OCDE de 19.8%, aunque no ha disminuido tan rápidamente en años recientes como en otros países de la OCDE (OECD Health Data, 2015).

Quizá como resultado de estos factores de riesgo adversos, las muertes por enfermedades cerebrovasculares (derrames) han bajado sólo 38% en las dos décadas pasadas, una baja modesta si se compara con la reducción de 54% en los países de la OCDE. Más desconcertante resulta que las defunciones debidas a enfermedades del corazón solamente han disminuido 1%, en contraste con la reducción de 48% observada en los países de la OCDE (OECD, 2015a). El incremento en México podría atribuirse en alguna medida a los cambios en los estilos de vida y a factores ambientales, así como la detección tardía y los tratamientos inadecuados. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (ENSANUT) proporciona información preocupante a este respecto. De las personas con hipertensión arterial (un factor de riesgo importante y tratable para accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos), durante la entrevista 47.3% no sabían que tenían esta condición. De los que lo sabían, sólo 73.6% recibía tratamiento y menos de la mitad de ellos tenían la presión arterial adecuadamente controlada. De igual manera, de las personas diabéticas, 14.2% (más de 900 000 mexicanos) no había acudido a un médico para el control de rutina en el último año. La diabetes parece tratarse muy mal a nivel de la población: 24.7% de las personas diabéticas estaban en alto riesgo y 49.8% en riesgo muy alto de sufrir complicaciones como accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, deficiencias renales, pérdida de visión (ENSANUT, 2012).

México ha sido ampliamente reconocido por su enfoque ambicioso e integral para tratar la diabetes, la hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas por medio de programas y de políticas públicas de salud. Iniciativas como el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria; el Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas; la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (con su muy difundida campaña Chécate, Mídete, Muévete); reformas constitucionales que prohíben los alimentos poco saludables en las escuelas; impuestos al consumo y otras

normas y regulaciones; mayor claridad en el etiquetado de alimentos y, más recientemente, las restricciones a la publicidad de alimentos poco saludables en los horarios infantiles de televisión y en los cines, han captado la atención internacional. Estos programas de prevención primaria deben profundizarse y extenderse. No obstante, las tendencias adversas en la mortalidad cardiovascular y los hallazgos alarmantes de la ENSANUT sugieren que aún queda mucho por hacer para tratar mejor a las personas con diabetes, enfermedades del corazón y otras condiciones crónicas (prevención secundaria).

Encargar una revisión del gasto y su balance entre las acciones de prevención parece pertinente. La revisión debería considerar los programas de prevención públicos y las iniciativas de prevención basadas en la persona, puesto que estas dos iniciativas deben estar coordinadas. En particular, conviene centrar el debate en el mayor porcentaje (financiamiento adicional) que debería asignarse a enfermedades no transmisibles y la prevención secundaria, dado el alarmante proceso y los resultados de salud asociados a estas enfermedades. El establecimiento de un modelo de atención primaria más proactivo y eficaz será fundamental para fortalecer la atención preventiva, como se analiza en la sección 3.3.

3.2. Lograr un mismo paquete de beneficios entre los aseguradores

Si bien se ha logrado un alto grado de convergencia entre los paquetes de servicios ofrecidos por el SP y la SS, especialmente para los servicios de atención primaria y comunitaria, persisten diferencias importantes. Es muy probable que la continua expansión de las necesidades de atención cubiertas por el CAUSES y el FPGC requieran mayores recursos y un uso más eficiente, temas abordados en detalle en los Capítulos 4 y 5. El proceso para determinar la expansión también puede mejorarse. En ocasiones esto se ha desviado debido a la presión de grupos con intereses particulares, lo cual señala que hay que fortalecer el proceso de decisión para evitar errores similares en el futuro.

Sin embargo, además de ampliar el CAUSES y el FPGC, México debe considerar una definición más explícita de los servicios de salud cubiertos por las instituciones de la seguridad social. Esta ha sido la ruta seguida por la mayoría de los sistemas de seguridad social de la OCDE. Además, dado que el SP tiene un paquete de beneficios bien definido (y sería erróneo abandonar el esquema), definir más claramente los beneficios de la SS es el único camino lógico por el cual se puede lograr el objetivo de igualarlos. El derecho a la salud establecido en la Constitución de México no prohíbe el establecimiento de beneficios explícitos, como se manifiesta en muchos países de la OCDE. Los servicios que se consideran de valor marginal y que no se incluyen en el paquete de beneficios podrían ofrecerse mediante un seguro complementario. Esto, de nuevo, se observa con frecuencia en los sistemas de salud de la OCDE.

El proceso para decidir qué padecimientos cubrir por el Seguro Popular no siempre ha sido sólido

México implementó un sistema explícito de definición de intervenciones aseguradas por el SP, mediante la lista de inclusión del CAUSES. Este enfoque tiene múltiples ventajas, como la clara enunciación de los derechos de los pacientes, el evitar el uso exclusivo de otros mecanismos menos transparentes de racionamiento (tales como las listas de espera o la discreción profesional), y ser un medio para asegurar la sustentabilidad

financiera. La principal desventaja, por supuesto, es que algunos grupos de pacientes encuentran que sus necesidades de atención a la salud están excluidas.

La Ley General de Salud establece lineamientos para actualizar y ampliar la lista de necesidades de salud cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La inclusión de enfermedades en la lista se decide por el Consejo de Salubridad General (CSG). El CSG es el principal organismo de coordinación y regulación del Sistema Nacional de Salud, en el cual participan todos los subsistemas. Las deliberaciones del CSG se basan en los costos y en estudios de priorización que lleva a cabo la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Los estudios incluyen una evaluación económica desde la perspectiva social que considera formalmente la carga de la enfermedad, el grado en que los grupos en desventajas sufran la carga, las opciones de tratamiento y si existe una guía de práctica clínica, entre otros elementos. La CNPSS toma la decisión final sobre qué enfermedades serán financiadas por el FPGC.

Sin embargo, algunos tratamientos han sido financiados a pesar de no cumplir con los requisitos, debido al éxito de grupos de presión de pacientes. El ejemplo más claro se refiere a los medicamentos antirretrovirales para la infección por VIH. La evaluación económica estableció un límite al conjunto de medicamentos a ser financiado. Sin embargo, se ganó una concesión de tal manera que ahora se financia *cualquier* antirretroviral para VIH, incluidas las fórmulas futuras (las cuales pasarán sin evaluación económica). Como resultado de esto, ahora los antirretrovirales absorben 38% del FPGC (CNPSS, 2013) y se prevé que lo consumirán por completo en 2019.

Esta situación implica que otros grupos de pacientes resultan perjudicados. Debe encontrarse una solución para esta inminente crisis e incorporar mecanismos que eviten que se enfrente la misma situación de nuevo. En primer lugar, hay que fortalecer las políticas preventivas que reduzcan la trasmisión del VIH. Implementar una lista positiva de medicamentos financiables o de copagos específicos puede ser una opción adicional de política. Escuchar e incorporar la perspectiva de los pacientes es un elemento esencial en la legitimización del proceso de ETES. Sin embargo, al mismo tiempo, México tiene un margen considerable para consolidar y mejorar la forma en que se evalúa el valor de los medicamentos y las tecnologías, como se explica en la siguiente sección.

El sistema de salud de México requiere una evaluación más eficaz de tecnologías para la salud

Reforzar la capacidad de México para evaluar las tecnologías para la salud será central para el financiamiento de la atención a la salud en un futuro. Por el momento, esta función la realiza el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, véase el Recuadro 3.2), aunque se encuentra limitada al ámbito de equipos e instrumental médico y con frecuencia se centra en los servicios para los no asegurados. CENETEC se instituyó al mismo tiempo que el SP. A pesar de que la intención original era que funcionara como la agencia de ETES (siguiendo de alguna forma el modelo del Instituto Nacional de Excelencia Clínica, NICE, de Reino Unido), la mayor parte del trabajo que desempeña de hecho se relaciona con la promoción del buen uso y manejo de las tecnologías en salud, como la telemedicina. CENETEC además apoya una red de alrededor de 70 expertos que enseñan y promueven el uso de la ETES, pero, de forma más directa, la ETES realizada por CENETEC se limita a nuevos equipos e instrumental (aunque gradualmente se está ampliando al incluir algunos medicamentos).

Recuadro 3.2. **Evaluación de tecnologías para la salud (ETES) en el sistema de salud de México**

El sistema de salud de México utiliza la evaluación de tecnologías para la salud (ETES) como parte del proceso para determinar la inclusión de nuevas tecnologías en el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS). El proceso de inclusión es coordinado por el Consejo de Salubridad General (CSG). Participan representantes de todas las instituciones públicas del sistema de salud en una comisión llamada Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CICBCISS), la cual reporta al CSG. El proceso de ETES evalúa la evidencia que se presenta en tres dimensiones: seguridad, eficacia/eficiencia y evaluación económica, adaptando las mejores prácticas internacionales al contexto de salud mexicano, así como comparándolas con otras intervenciones ya financiadas en México.

Las consideraciones de seguridad y eficacia/eficiencia se basan en el contenido del registro sanitario emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Este contiene información científica que aborda ambas dimensiones, así como información de los procesos de farmacovigilancia y tecnovigilancia, de acuerdo con la tecnología que se evalúa. Para la evaluación económica, el fabricante desarrolla estudios que cumplen con los requerimientos del CSG. Una vez que se emite la revisión, cada institución miembro del CICBCISS da su opinión respecto a la posible inclusión. En caso de inclusión, la decisión se publica en el Diario Oficial de la Federación. En caso de rechazo, se entrega al fabricante un informe sobre los componentes que deben fortalecerse si desea someter la tecnología al proceso de inclusión de nuevo.

Una vez aprobado por el CBCISS, el fabricante debe llevar a cabo una segunda presentación de la evidencia a los distintos aseguradores, para su posible inclusión en los cuadros básicos institucionales. Es común que esta segunda presentación se enfoque en los impactos en el presupuesto. En este paso suele revisarse en mayor detalle la información de la evaluación económica para determinar la relevancia de las tecnologías sujetas a comparación, así como la fortaleza de los supuestos de eficacia y efectividad. Se llevan a cabo análisis de minimización de costos, comparando la nueva tecnología con opciones terapéuticas disponibles. Las instituciones de seguridad social aceptan o rechazan la tecnología considerando los resultados de la ETES y del presupuesto disponible. Por tanto, la inclusión de una nueva tecnología en el CBCISS no obliga a las instituciones a comprarla. En algunas ocasiones el CSG u otro órgano le pide al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud o a la Unidad de Análisis Económico que realice algún análisis de ETES cuando la tecnología puede tener un impacto sectorial. Estos estudios frecuentemente se centran en revisiones sistemáticas de la evidencia de eficacia y efectividad, así como en hacer una evaluación económica que incluya análisis del impacto en el presupuesto y análisis de costo-efectividad para determinar los umbrales de precios que permitirían incluir la tecnología. Los resultados de estas ETES se presentan a los órganos de gobierno para que, en conjunto con otros criterios, se tome la decisión de incluir o modificar la tecnología en el programa nacional. La inclusión de nuevas vacunas al esquema básico del Programa Nacional de Vacunación, la tecnología a ser usada en la detección del virus del papiloma humano del Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico-Uterino y la definición de un grupo de intervenciones preventivas para combatir el sobrepeso y la obesidad como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, son ejemplos de este proceso.

Fuente: *Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud*, documentos técnicos desarrollados por CENETEC y UAE.

Las resoluciones de estos acuerdos un tanto limitados representan una oportunidad para que el país fortalezca su capacidad en ETES. El CENETEC debería reforzarse y asumir un papel más protagónico en la ETES para apoyar en la toma de decisiones

de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (véase el Recuadro 3.2). No sólo deberán analizarse los nuevos tratamientos, sino también los ya existentes, para promover el valor por el dinero en todo el sistema. En lugar de que el CENETEC enfoque sus competencias únicamente en los servicios para la población no asegurada, podría aumentarlas para cubrir los institutos de la SS. La expansión de la función del CENETEC requerirá mayor inversión y la modificación de su estatus legal. Ahora, opera como un órgano descentrado dentro de la Secretaría de Salud y se encuentra limitado para hacer contratos con organismos externos. Por ejemplo, no puede contratar trabajos con institutos de investigación o participar con facilidad en colaboraciones internacionales. El establecimiento del CENETEC como un Organismo Público Descentralizado, (OPD) resolvería este asunto y muy probablemente fortalecería y legitimaría el trabajo del CENETEC. La experiencia internacional demuestra la importancia de la ETES, al ser un ejercicio técnico sólido llevado a cabo por instituciones independientes de los organismos financiadores de la atención de la salud.

Las instituciones de seguridad social deberían tomar medidas para definir su paquete de beneficios con mayor claridad

Como se muestra en el Cuadro 3.1, en casi todos los sistemas de salud de la OCDE se utiliza un paquete de beneficios explícitamente listados (y definidos en términos positivos o negativos), lo cual tiene claras ventajas en términos de planeación y manejo de costos. Con justa razón, no existe una discusión en el sentido de que el SP abandone su esquema de beneficios para los afiliados definidos de forma explícita. Dado que sería equivocado, de hecho imprudente, hacer una recomendación al SP para que abandone los beneficios definidos, el único camino lógico por el cual se puede lograr que el SP y la SS converjan es hacer más explícitos los beneficios cubiertos por los sistemas de la SS. Esta situación no se contrapone con el derecho constitucional que sustenta a las instituciones de seguridad social.

En casi todos los países de la OCDE existen contratos sociales bien establecidos para el cuidado de la salud, tal como es el caso en México. Sin embargo, la crisis financiera mundial de 2008 orilló a que muchos países exploraran opciones para reducir el paquete de beneficios financiado públicamente. Estonia abolió los beneficios en efectivo para revisiones dentales para adultos, por ejemplo. Portugal excluyó de su lista algunos medicamentos de venta libre y Grecia introdujo de nuevo una lista positiva de cobertura para medicamentos. La República Checa está revisando todos los medicamentos para determinar cuáles deben ser financiados y cuáles no.

Para México, un paso inicial posible en esta dirección sería desarrollar una lista positiva nacional de intervenciones para enfermedades de alto costo (como el VIH o ciertos tipos de cánceres) que se usan en el SP y en la SS. La situación actual respecto a los antirretrovirales puede de hecho facilitar el camino para esto ya que la situación es claramente inestable. Es fundamental realizar una revisión jurídica, para aclarar la legitimidad de un paquete de beneficios explícito. El precedente internacional puede ser muy útil y permitirá apoyar la definición de un paquete de beneficios explícitos, con pocas excepciones. Por ejemplo, casi todos los países de la OCDE tienen una lista nacional definida de medicamentos cubierta por sus aseguradores.

Un enfoque alternativo y complementario para definir un paquete de beneficios común sería empezar por la atención primaria y preventiva. Los derechos en los dos

subsistemas ofrecidos por el SP y la SS ya prácticamente convergieron, lo que facilita la definición de un paquete común. Pueden especificarse algunas intervenciones puntuales (como las inmunizaciones o el apoyo para dejar de fumar), así como cierta expectativas, como asignar a un médico la responsabilidad general de la atención individual, listas de espera para una cita, estándares de comunicación, entre otros temas. Esto permitiría elevar el perfil de la atención preventiva y primaria, situándolo en el centro del sistema de salud y ofrecer una oportunidad para establecer las responsabilidades, obligaciones y derechos de los pacientes.

Es recomendable que las instituciones de seguridad social mexicanas consideren que un número creciente de sistemas de salud de la OCDE han ido incluso más allá de una lista positiva o negativa *ad hoc*: han establecido estrategias de desinversión para los tratamientos que se demuestra que no son rentables. Estas decisiones se basan en el supuesto de que existe una oportunidad potencial de ahorro o una agenda de reasignación de inversiones capaz de mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud (Pearson y Littlejohns, 2007). Se han puesto en marcha estrategias de desinversión de acuerdo con diversos modelos. Un enfoque consiste en apoyarse en los organismos de ETES y asignarles responsabilidad de la estrategia de desinversión. En cambio, la desinversión puede decidirse a nivel regional (véase el Recuadro 3.3).

Recuadro 3.3. **Estrategias de desinversión en los sistemas de salud de la OCDE**

Los organismos de ETES responsables de las estrategias de desinversión

En Suecia, la reevaluación de tecnologías para la salud es parte del mandato del Consejo Sueco para la Evaluación de Tecnologías en Salud (SBU), es decir, “proporcionar información científica y confiable sobre el valor de la tecnología ya establecida y nueva en la medicina como base para las potenciales desinversiones y el establecimiento de prioridades en la atención de la salud” (Jonsson, 2009). El SBU se ha centrado en la identificación, evaluación y priorización de tecnologías posiblemente obsoletas.

En Inglaterra, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) lleva a cabo un papel similar. Para mejorar el acceso a la información de desinversiones estableció recomendaciones en negativo (“No se haga esto”), las cuales han sido concentradas en una base de datos accesible a los especialistas clínicos, y otra página con guías que, de ser implementadas, ahorrarían dinero al Servicio Nacional de Salud (NHS). En la actualidad se incluyen alrededor de 800 tecnologías en la lista “No se haga esto”. Se ha estimado que las recomendaciones de la lista permitieron al NHS ahorrar alrededor de 600 millones de libras esterlinas (Legett *et al.*, 2012). La lista también se usa para evaluar las necesidades locales y las oportunidades de desinversión.

De igual forma, en Escocia, el Grupo Escocés de Tecnologías de Salud (GTSE) es responsable de las iniciativas de evaluación y reinversión. El GTSE proporciona asesoría a los catorce consejos del Servicio Nacional de Salud en Escocia. Históricamente, el GTSE se ha enfocado en evaluar nuevas tecnologías de salud emergentes al explorar el horizonte y colocar a la reevaluación y la reinversión como funciones secundarias. Sin embargo, en fecha reciente el GTSE se ha enfocado cada vez más en la revaloración y la reinversión (SHTG, 2012).

En Australia, a nivel nacional, el gobierno federal introdujo el Sistema para el Manejo Integral de Paquete de Beneficios de Medicare (PBM), que sistemáticamente revisaría las partidas del PBM para asegurar que los beneficios incluidos continúan ofreciendo mejores resultados de salud para los pacientes y representen una buena relación calidad-precio. En el presupuesto 2013-2014, el gobierno australiano encargó continuar con la revisión sistemática del PBM bajo este esquema. El propósito de

Recuadro 3.3. **Estrategias de desinversión en los sistemas de salud de la OCDE** (Cont.)

la revisión es asegurar que el PBM refleje la evidencia, mejore los resultados de salud de los pacientes y represente una buena relación calidad-precio. Desde la puesta en marcha del Manejo Integral en 2011, veintitrés tratamientos del sistema del Manejo Integral han sido revalorados o están en proceso de revaloración. Los resultados potenciales de una revisión incluyen correcciones a la descripción de la tecnología de tal forma que incorpore mejor los grupos de pacientes que se benefician de los procedimientos; un incremento o decremento de las cuotas de mantenimiento, o una suspensión del financiamiento público para esa tecnología (Hodgetts et al., 2014). Como parte de este programa, dos estudios recomendaron no continuar con el financiamiento de algunos procedimientos.

Las agencias regionales de ETES desempeñan un papel importante

En España, las estructuras legales apoyan la ETES a nivel nacional. Las Comunidades Autónomas tienen el derecho de decidir sobre el contenido del paquete de beneficios de sus territorios más allá de la canasta mínima de servicios que debe estar disponible para todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Un Decreto Real de 2006 estableció el procedimiento para las revisiones periódicas y la actualización del paquete de beneficios común del SNS al establecer inclusiones y exclusiones del paquete de beneficios común con base en análisis de costo-efectividad (García-Armesto et al., 2013). Como resultado, dos agencias de ETES regionales han reevaluado tecnologías en salud (RTS): la oficina vasca de ETES (OSTEBA) y la agencia gallega de ETES (Avalia-t). Por ejemplo, OSTEBA desarrolló el primero y el único modelo actualmente disponible para guiar el proceso de ETES. El documento que describe este modelo publicado en 2010 se conoce como *Guía para la no financiación de tecnologías sanitarias* (GuNFT), incluye pautas que pueden usarse para identificar si una tecnología es candidata a excluirse de la práctica. Además, la GuNFT divide la ETES en cinco fases: identificación, priorización, valoración, toma de decisiones y plan de acción con una variedad de pasos intermedios en cada una de las fases.

En Australia, a nivel regional, dos estados han demostrado su compromiso de desarrollar la revaloración y reinversión en tecnologías en salud: Victoria y Queensland (Legget et al., 2012). El Comité Asesor de la Política en la Práctica Clínica y la Tecnología (CAPPCT) se formó como una organización asesora en 2004 por el Departamento Victoriano de Servicios Sociales. El CAPPCT se estableció para conducir la evaluación de tecnologías en salud. Victoria arrancó el proyecto Sustentabilidad de la atención médica por asignación efectiva de recursos (SHARE) en Southern Health, el cual busca realizar procesos rigurosos basados en evidencia para implementar tecnologías seguras, eficaces y rentables, así como la discontinuación o limitación de procedimientos dañinos, ineficaces o ineficientes a nivel local. El programa formal de ETES del Departamento de Salud de Queensland comenzó en 2009 y hasta fecha reciente, ha gestionado sobre todo su programa de evaluación y financiamiento de nuevas tecnologías. Este programa valora el potencial de financiar nueva tecnología para la salud, y al hacerlo, proporciona la oportunidad de desinvertir en tecnología comparable o reemplazar intervenciones clínicas con la nueva tecnología.

Es importante notar que la racionalización de la cobertura no es una actividad exclusiva del gobierno o de los aseguradores. Los grupos de profesionales y de pacientes dirigen cada vez más el proceso para promover y asegurar atención de mejor calidad. Por ejemplo, en Noruega, el Ministerio de Salud estableció el Consejo Noruego para la Mejora de la Calidad y Prioridades en Salud en 2008, un participante clave en el proceso de evaluación (www.kvalitetogprioritering.no). El Consejo reúne a hospitales, prestadores de atención primaria de salud, académicos, pacientes y autoridades

nacionales para discutir la redefinición del paquete de beneficios con base en la mejor evidencia disponible. El Consejo no tiene poder regulatorio, pero ha sido muy útil para demostrar que fijar prioridades a veces implica restringir el acceso a otras intervenciones, como los nuevos medicamentos costosos contra el cáncer (Mørland et al., 2010).

Existe otra campaña que México podría considerar: Elegir Sabiamente (*Choosing Wisely*), campaña dirigida por los médicos para reducir el desperdicio, el uso excesivo y el daño. La campaña empezó en Estados Unidos y simplifica directrices clínicas complejas en “recomendaciones de ‘No haga esto’ basadas en evidencia”. La idea es que el material sea compartido y analizado con los pacientes, para evitar alarmas respecto al racionamiento (consúltese ejemplos en www.choosingwisely.org). Un ejemplo es el uso de la resonancia magnética en la región lumbar en las primeras seis semanas de un dolor de espalda sin complicaciones. *Choosing Wisely* es un camino muy prometedor hacia la mejora de la eficiencia de los programas de salud hospitalarios y ha dado lugar a que se inicien programas en varios países europeos, entre ellos Suiza, Inglaterra y los Países Bajos.

Seguros de salud privados complementarios pueden dar derecho a servicios excluidos del paquete de beneficios

El aseguramiento de salud privado complementario puede desempeñar una función importante para preservar el acceso a servicios que se consideran de valor marginal (desde la perspectiva social), pero que no obstante tienen valor para las personas. Este tipo de aseguramiento privado es diferente de los seguros privados en el mercado que proporcionan cobertura primaria para la atención básica de la salud. Los seguros privados de cobertura primaria disponibles en el mercado pueden tener las ventajas de la elección, la flexibilidad y la innovación, aunque se corre el riesgo de incurrir en altos costos administrativos, disminuir el poder de negociación de los aseguradores, incentivar la selección adversa y afectar negativamente la equidad. En México, el aseguramiento de salud primario privado es un fenómeno relativamente poco importante, que representa sólo 6% del gasto total nacional en salud (OECD, 2013).

El aseguramiento de salud complementario (del cual existen muchos ejemplos presentados en el Recuadro 3.4) está presente en casi todos los sistemas de salud de la OCDE. En Francia, por ejemplo, 94% de la población estaba cubierta por aseguramiento complementario, que cubre principalmente el coaseguro en el sistema de seguridad social. En los Países Bajos, el aseguramiento secundario cubre beneficios complementarios, como atención dental, fisioterapia, anteojos y lentes de contacto, y algunas terapias alternativas. En Italia, el aseguramiento secundario también cubre el coaseguro de las pruebas de diagnóstico, consultas con especialistas, medicamentos y atención de largo plazo. De particular importancia dada su estructura similar a la de México, en Israel es muy común el aseguramiento secundario, adquirido por 80% de la población para servicios no cubiertos en el paquete básico.

Recuadro 3.4. **Definición de funciones del seguro de salud privado (complementario)**

Cobertura suplementaria: seguro privado de salud que proporciona cobertura por servicios adicionales de salud no incluidos en el paquete básico de beneficios. Dependiendo del país, incluye servicios que están excluidos del sistema público de salud, como atención de largo plazo, atención dental, algunos medicamentos, rehabilitación, medicina alternativa o complementaria, mejores servicios y amenidades de hospital aun cuando otras partes del servicio (por ejemplo, el componente médico) esté cubierto por el sistema público.

Cobertura complementaria: cobertura privada que complementa los bienes y servicios incluidos en la cobertura básica primaria de los sistemas, cubriendo la totalidad o parte de los costos residuales (coaseguro) que de otra forma no son reembolsables (como los copagos).

Cobertura duplicada: aseguramiento privado que ofrece cobertura para servicios de salud que ya están incluidos en la cobertura básica pública de salud. Por lo común, la cobertura duplicada no exime a las personas de contribuir al seguro público de salud. La cobertura duplicada puede usarse en dos formas:

- Cobertura de acceso a prestadores cuyos servicios no son elegibles para ser financiados por la cobertura básica primaria.
- Cobertura de bienes y servicios prestados por proveedores cuyos servicios son elegibles de ser financiados por la cobertura en salud (para “saltar la fila” o para escoger el tratamiento médico, por ejemplo).

Fuente: *OECD Health Systems Characteristics Survey (2012)*.

Con base en estas prácticas internacionales, las autoridades mexicanas deberían avanzar en los aspectos legales, financieros y logísticos para ofrecer seguros secundarios a los afiliados del SP y de la SS para ciertos servicios. Un buen primer paso sería llevar a cabo un estudio sobre cómo operan (y cómo se implementaron estos seguros en sistemas de salud similares, como el de los Países Bajos o el israelí. En paralelo, debería detectarse qué servicios sería más viable políticamente y efectivo económicamente eliminar del paquete de beneficios en México. Esto ofrece una excelente oportunidad para identificar las intervenciones de bajo valor (como el uso de medicamentos de marca cuando existe un genérico equivalente más barato) y ubicarlo fuera del paquete de beneficios básicos. Sin embargo, los riesgos de instaurar el aseguramiento secundario deben considerarse con mucho cuidado, incluyendo los impactos adversos en la equidad y en el gasto de bolsillo.

Los copagos deben utilizarse en contadas ocasiones y aplicarse con precaución

Los copagos se usan en algunas ocasiones para mantener la disponibilidad de servicios que no están incluidos (o totalmente incluidos) en el paquete de beneficios. En México, los copagos pueden permanecer como una opción activa de política pública, debido a que en algunas áreas del sistema de salud de México ya se acostumbra cobrar cuotas de recuperación y las restricciones fiscales son cada vez mayores. Sin embargo, la evidencia internacional indica que deben aplicarse en raras ocasiones. Los coaseguros se asocian con menores tasas de tratamiento con medicamentos,

menos respeto al uso de los medicamentos apropiados y necesarios así como a tratamientos no esenciales (Aron-Dine *et al.*, 2012; Kijl y Houlberg, 2014). Pérdidas de bienestar, así como pérdida de protección financiera e impactos en la equidad también son consecuencias reconocidas (Smith, 2013). Estos riesgos en México pueden acentuarse dado que el gasto de bolsillo es muy alto.

Los copagos pueden ser una opción de política en ciertos casos si se realiza una selección inteligente, se vigilan los impactos y —más importante— se concatenan los copagos con otras iniciativas para reducir el gasto público en medicamentos (como la renegociación de precios). La experiencia reciente en Portugal, por ejemplo, sugiere que una política bien diseñada y sofisticada de coaseguros no impide la atención apropiada y necesaria (OECD, 2015b). A pesar de que los copagos se han incrementado para algunos grupos, los pacientes enfrentan menores costos si usan los centros de atención primaria en lugar de los servicios de urgencias hospitalarios y medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca. Cerca de la mitad de la población está exenta, incluso niños, mujeres embarazadas, jubilados con bajos ingresos y las personas en desventaja económica. En particular, se observa que el incremento en copagos, equivalente a 105 millones de euros en todo el sistema de salud, es más que compensado con los 250 millones de euros de ahorros debidos a la reducción de precios pagados en medicamentos por los pacientes. Esto significa que los resultados para los pacientes son mejores, en general. En México, los copagos, con las excepciones apropiadas y junto con otras medidas para reducir su incidencia, pueden ofrecer una solución de corto plazo a la crisis de financiamiento de los antirretrovirales para VIH antes descrita.

3.3. Fortalecimiento de la atención primaria y preventiva

Ante la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y las preocupaciones por las presiones fiscales, en todos los países de la OCDE se exige que los sistemas de atención primaria asuman un papel más protagónico y demuestren una mejor relación calidad-precio. De igual manera, México debería buscar fortalecer este sector para que contribuya más a satisfacer las necesidades de atención de la salud de los mexicanos. La prevención de la enfermedad tendrá que ser la prioridad.

Desarrollo de la especialidad de atención primaria

En los países de la OCDE existen diversos modelos de atención primaria. En México, como en muchos países, el servicio se presta por una combinación de médicos semigenerales/ semiespecialistas, esto es, médicos que abandonan la práctica hospitalaria después de un periodo no especificado para establecerse como médicos generales en su comunidad. Sin embargo, los países cambian cada vez más a un modelo en el que la atención primaria es prestada por una fuerza laboral de especialistas que han estudiado programas definidos de posgrado en medicina familiar o atención primaria y que operan en los distintos estados de la atención primaria. Se cree que el modelo tiene múltiples ventajas, entre ellas la reducción de la dependencia de la atención hospitalaria y mejoras en la continuidad de la atención, en particular para condiciones de largo plazo, como la diabetes.

Recuadro 3.5. **Los beneficios de la atención primaria especializada para los pacientes y los sistemas de salud**

En la mayoría de los países de la OCDE, los sistemas de atención primaria se caracterizan por enfocarse en las personas y no en la enfermedad, por prestar una atención integral (particularmente para las necesidades de primer contacto) y por la continuidad de la atención (Starfield *et al.*, 2005). La prestación de servicios de este tipo es un reto, y muchos países han desarrollado un sector especializado dentro de su sistema de salud para un mayor éxito del modelo.

Un sector de atención primaria especializado trae beneficios a los pacientes y a los sistemas de salud. Esto aplica en particular en el contexto del envejecimiento de la población, cuando más y más personas tendrán necesidades de atención médica múltiples, de largo plazo y complejas; la necesidad de “médicos generales expertos” o “expertos en multimorbilidades”, en lugar de especialistas en enfermedades, nunca ha sido mayor. Los médicos de atención primaria están idealmente ubicados para ejecutar este papel, no sólo porque los pacientes con frecuencia empiezan a recibir servicios médicos mediante la atención primaria y mantienen contacto a lo largo de todo el proceso, sino porque su orientación holística es mejor que su visión orientada en la enfermedad (Masseria *et al.*, 2009). La continuidad y la coordinación de la atención se han identificado como elementos clave de la atención primaria, que se relacionan con mejoras en la calidad, resultados de salud y satisfacción de los pacientes (Kringos *et al.*, 2010). En 2011, la encuesta a los pacientes con necesidades complejas del Commonwealth Fund, encontró que en 11 de los países encuestados la atención estaba coordinada de manera deficiente (Schoen *et al.*, 2011). Sin embargo, los adultos atendidos en prácticas en las cuales su médico conocía su historia clínica y se coordinaba el trabajo de manera proactiva, calificaron mejor la atención que recibían y tendían menos a experimentar vacíos en la coordinación o a reportar errores médicos.

Desde el punto de vista del sistema, un sector de atención primaria especializada ha demostrado que contribuye a mejorar la calidad, coordinación, capacidad de respuesta y costo-efectividad de los sistemas de salud, en particular en lo que se refiere a las condiciones de largo plazo (Shi *et al.*, 2002; Boerma *et al.*, 1998; Kringos *et al.*, 2010). De igual manera, un estudio del Commonwealth Fund sobre gestión de programas de atención que abarcó diferentes entornos de servicios médicos y en el que participaron equipos interdisciplinarios de todas las áreas de atención detectó que los enfoques multifacéticos de amplio alcance se relacionaban con una disminución de uso y readmisión de hospitales (McCarthy *et al.*, 2013). El sector de atención primaria especializada también puede promover la salud y el bienestar de la población relacionada con la práctica (Thorlby, 2013; Goodwin *et al.*, 2011).

Esta evidencia fortalece las razones para pasar de un modelo de atención primaria vagamente definido en el que trabajan médicos semiespecializados y semigenerales a un modelo de atención primaria especializado que se vea a sí mismo como el centro de un conjunto más amplio de atención, con responsabilidad de coordinar las necesidades de salud, como servicios más allá de la atención médica (Goodwin *et al.*, 2011). Mirando a futuro, el Colegio Real de Médicos Generales del Reino Unido considera que la evolución constante de su especialidad aportará una fuerza laboral calificada, flexible, adaptable y multidisciplinaria que ofrezca estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades a las poblaciones locales, que gestione multimorbilidades y coordine la atención compleja más allá de sus fronteras (Royal College of General Practitioners, 2013).

Dada la rapidez con la cual evolucionan las necesidades de salud de la población, el modesto avance en el combate a las enfermedades crónicas y las restricciones fiscales, México debería desarrollar la atención primaria como una especialidad médica distinta. Valdría la pena invertir bastante tiempo y esfuerzo en desarrollar una visión nacional de atención primaria, para eliminar cualquier concepción errónea de que la atención

primaria es atención médica básica, para los pobres o para las zonas rurales. El desarrollo de esta visión debe incluir a la profesión médica, a los prestadores de atención médica en general, a los aseguradores de salud y a grupos de la sociedad civil de México.

Al definir una nueva especialidad médica de atención primaria, la tarea más importante será distinguir a la cohorte actual de profesionales de la salud que trabajan como médicos generales comunitarios de los futuros especialistas en atención primaria. Esta distinción debe ser evidente para los pacientes y otros profesionales de la salud, y basarse en el mayor conocimiento, habilidades y responsabilidades de los médicos de atención primaria. La aplicación de criterios claros para otorgar licencias debe apuntalar el esquema en la práctica. Otros pasos esenciales será desarrollar directrices de práctica clínica para condiciones que se atienden totalmente o casi totalmente en la atención primaria, crear departamentos académicos de atención primaria, y poner énfasis en cómo articular esta nueva especialidad con los especialistas hospitalarios. La experiencia reciente de Turquía y Japón puede ser muy ilustrativa a este respecto (véase el Recuadro 3.6).

Recuadro 3.6. **Definición y promoción de la especialidad de atención primaria en Turquía y Japón**

Turquía y Japón ilustran aspectos útiles de cómo fortalecer la atención primaria. En Turquía, el Programa de Transformación de la Salud (PTS) tenía como objetivo central fortalecer la medicina familiar y la atención primaria. Las reformas buscaron revitalizar la especialidad de medicina familiar (MF), la cual se definió en 1983 pero no se fusionó con la prestación de atención primaria. Las reformas del PTS en 2005 definieron a los MF como equipos compuestos por un médico familiar, enfermeras y asistentes profesionales a quienes se les asignaba una lista nominal de pacientes y a quienes se les hacía responsables de realizar un conjunto clave de tareas, centrados en la salud materna e infantil. A los MF de todo Turquía se les requiere que presten un conjunto definido de servicios apegados a un conjunto estándar de normas y remunerados de acuerdo con términos y condiciones nacionales, a diferencia de la práctica de MF definida vagamente. Tanto el número absoluto de médicos de atención primaria y su distribución han mejorado significativamente desde la instrumentación del PTS. Entre 2000 y 2008, la fuerza laboral creció de 41.1 médicos por cada 100 000 habitantes a 52.6, y la razón entre el área mejor atendida y la peor atendida mejoró de 8.3:1 a 2.8:1. Este logro se alcanzó con una considerable inversión adicional etiquetada y las mejoras en las condiciones de trabajo y los salarios jugaron un papel relevante (Gunes y Yaman, 2008). La fuerza laboral de médicos generales y de atención primaria representa 33% de todos los médicos, lo cual coincide con el promedio de los países de la OCDE de 30% (OECD, 2014c).

En Japón muy pocos médicos que trabajan en atención primaria han participado en formación especializada en práctica general o medicina familiar, como sucede en México. Por muchos años se ha debatido cómo fortalecer la atención primaria. Uno de los mecanismos clave para impulsar la reforma es la lista nacional de pagos por servicio, que aplica a médicos de atención primaria y secundaria. Recientes adiciones a la lista, dirigidas a ampliarla y mejorar la calidad de la atención primaria, incluyen pagos por el establecimiento de planes de atención comunitaria al dar de alta al paciente, por proporcionar información a los pacientes sobre la autogestión, por establecer planes de tratamiento de cáncer, y por prestar servicios médicos domiciliarios. Además, las reformas recientes implementaron un pago si el médico brinda recomendaciones de estilos de vida saludables y un manejo coordinado de pacientes con dos o más de las siguientes condiciones: hipertensión, diabetes, dislipidemia o demencia. Basado en estos cambios incrementales, Japón anunció que en 2017 establecerá una fuerza laboral especializada en atención primaria en todo el sistema de salud (OECD, 2015c).

Existe mucha literatura útil para definir cómo deberá ser el modelo de atención primaria moderna en México y lo que deberá lograr. El Proyecto de Seguimiento de la Actividad de Atención Primaria para Europa (PHAMEU), por ejemplo, identificó un conjunto de cinco dimensiones de las características de la atención primaria:

- Estructura, es decir, un conjunto de políticas y regulaciones que aseguren la cobertura equitativa de la población, el desarrollo de la fuerza laboral y la capacitación, etcétera.
- Accesibilidad, es decir, sistemas de citas bien organizados y de atención fuera de horario, así como servicios asequibles y aceptables según la percepción de los pacientes.
- Continuidad, es decir, sistemas de registro de pacientes, expedientes clínicos electrónicos y otros instrumentos que faciliten la relación duradera entre el médico y el paciente.
- Coordinación, es decir, colaboración con otros proveedores, integración del sistema de salud pública y otros elementos que faciliten al paciente el uso de otras partes del sistema de salud.
- Integralidad, es decir, un amplio rango de servicios disponible en atención primaria.

El proyecto PHAMEU también desarrolló un conjunto de indicadores ligados a cada una de estas características para medir la fortaleza y el desarrollo de la atención primaria (Kringos *et al.*, 2013).

Una función clave en un sistema con una atención primaria moderna debe ser un manejo efectivo de pacientes con condiciones de largo plazo. Tanto las enfermedades con una gran carga individual descritas en el Capítulo 1, como la multimorbilidad serán un problema creciente en México. Estos pacientes requieren complejos sistemas de salud que giren alrededor de la atención primaria. La atención primaria está posicionada para identificar a las personas en riesgo de contraer enfermedades crónicas, valorar la necesidad de intervenciones, así como iniciar, coordinar y proporcionar seguimiento de largo plazo en el manejo de los factores de riesgo y las condiciones de largo plazo. A continuación se considera cómo asegurar que el modelo de atención primaria en México pueda satisfacer estas expectativas.

Situar la atención preventiva en el centro de la atención primaria

En México se ha reconocido ampliamente la necesidad de un enfoque renovado en la atención preventiva de la salud y el manejo de condiciones de largo plazo a nivel nacional. En términos de la atención primaria, mediante actividades de promoción de la salud y de la salud pública, México está a la vanguardia de lo que se realiza en los países de la OCDE. El conjunto de campañas de salud pública, restricciones de publicidad, etiquetado de alimentos y cambios en los programas de nutrición escolar no tienen paralelo y proporcionan un modelo a seguir por otros países de la OCDE. Sin embargo, hay que trabajar más en prevención secundaria, esto es, el manejo de factores de riesgo ya establecidos como la obesidad y la hipertensión arterial.

En teoría, la prevención secundaria podría gestionarse a través de clínicas de consulta externa hospitalaria o mediante la atención primaria, pero la tendencia es cambiar la atención del ambiente hospitalario y situarla en el contexto donde se cuenta con los expedientes clínicos completos y la historia médica; por tanto, parece más lógico que la tarea sea asumida por la atención primaria. Una función clave de la especialidad de la atención primaria debe ser la prestación de una atención holística, enfocada en la prevención y el manejo de las condiciones de largo plazo. Para apuntalar esto habrá que desarrollar guías de práctica clínica, indicadores e incentivos.

Es conveniente utilizar el total de las capacidades de la fuerza de trabajo de atención comunitaria y preventiva. Se han comprobado los beneficios de ampliar la función de los enfermeros de atención primaria en el manejo de las condiciones de largo plazo, incluidas la prevención primaria y secundaria. Se ha demostrado que con una formación apropiada los enfermeros pueden desempeñar muchas funciones de la atención primaria (sobre todo en lo que respecta al manejo y la coordinación de una o más condiciones de largo plazo) con tanta eficacia como los médicos, a menor costo y con mayores niveles de satisfacción de los pacientes. Los consultorios adyacentes a las farmacias ofrecen otro posible avance y México empieza desde una interesante posición, dado que cada vez más se presta la atención primaria en este ambiente. En Noruega, los farmacéuticos suelen ofrecer revisiones de salud cardiovascular en un programa bien recibido por la Asociación de Diabetes de Noruega y otros grupos de pacientes. Estos cambios deben acompañarse por programas de formación y estructuras de dirección adecuados que permitan asegurar la calidad de los servicios brindados por enfermeros y otros nuevos grupos de prestadores.

Registrarse con un médico de atención primaria, quien puede servir como el punto focal para coordinar e integrar la atención, puede también impulsar una mejora de la atención a los pacientes con necesidades complejas y es una reforma que México podría considerar en el futuro. El manejo inadecuado de las enfermedades crónicas, tal como se analiza a continuación, representa un claro argumento para llevarlo a cabo. Un sistema de registro trae beneficios significativos más allá de la posibilidad de coordinar la atención individual. Con los registros, el especialista de atención primaria puede construir un perfil de las necesidades de salud de su población adscrita para que los recursos armonicen mejor con las necesidades de salud. Sin embargo, puede ser un reto que las personas se registren con un médico (y para el médico tomar un papel más proactivo en la coordinación de la atención). Algunos países de la OCDE han encontrado formas de hacerlo mediante la regulación o los incentivos fiscales.

Las reformas recientes en Japón instauraron el cuasi-registro para pacientes con dos o más de las siguientes condiciones: hipertensión, diabetes, dislipidemia o demencia. A los médicos se les paga un reembolso fijo si ofrecen recomendaciones sobre estilos de vida saludable y hacen un manejo coordinado de estos pacientes. Se requiere el consentimiento del paciente, el cual efectivamente designa al médico como su médico de atención primaria e implementa lo que es, en efecto, un sistema de registro de estos pacientes. Noruega cambió de una situación similar a la de Japón (donde las personas podían ver a cualquier especialista de atención primaria de su elección) a un sistema de registro. Aunque había preocupaciones respecto a la pérdida de libertad, las reformas han sido populares (véase el Recuadro 3.7). Turquía hizo lo mismo en su Programa de Transformación de la Salud.

Recuadro 3.7. Implementación del registro obligatorio con un médico general en Noruega

La reforma del médico general regular (MG) (*Fastlegeforskriften*) de principios de la década de 2000 obligó por primera vez a todos los ciudadanos a registrarse con un médico general de su elección (OECD, 2014). La reforma además establecía que los MG serían los principales responsables de prestar o coordinar las actividades de prevención, investigación y tratamiento de las necesidades de salud de cada persona, incluida la autorización para su referencia a la atención secundaria. También se especificó la responsabilidad de la relación con la seguridad social y los servicios sociales. El número máximo de pacientes que cada MG podía tener en su lista se fijó en 1500 (con reducción proporcional para quienes no trabajan tiempo completo). La reforma también especificó que los MG deberían mantener una variedad de trabajo balanceado y participar en actividades de salud pública, atención de urgencias, atención fuera de horario de trabajo, así como supervisión de estudiantes y médicos en formación.

Antes de la reforma, los ciudadanos noruegos podían consultar a uno o varios MG sin restricción. Sin embargo, las discusiones desde mediados de la década de 1980 se centraron cada vez más en la posibilidad de que la falta de una relación uno a uno promoviera la sobreactividad y amenazara la coordinación de la atención, especialmente para aquellos con necesidades complejas o los menos hábiles para describir sus necesidades. La reforma se orientó a mejorar la calidad de la atención al fortalecer la relación entre el paciente y su MG, brindando nuevos derechos y oportunidades para ambos.

En 1993 se llevó a cabo en cuatro municipios una prueba piloto llamada Sistema de MG, antes de la instrumentación nacional en 1995. A pesar de las dificultades anticipadas de la instrumentación en diferentes regiones geográficas y de estatus social, la implementación fue un éxito. Cerca de 100% de los noruegos ahora están registrados con un MG, lo que demuestra la popularidad de la reforma. En una encuesta reciente de actitudes del público hacia servicios financiados públicamente, los MG fueron la segunda institución más votada después de las bibliotecas públicas. La reforma también sirvió para fortalecer los lazos entre las autoridades municipales y los médicos locales debido a que las autoridades municipales tenían que firmar contratos con un número significativo de MG para atender las necesidades de la población.

Demostrar la relación calidad-precio en la atención primaria y preventiva

Un elemento fundamental dentro del fortalecimiento de la atención primaria en México sería la infraestructura de datos capaz de monitorear las actividades y los resultados de forma consistente. La retroalimentación regular a los prestadores sobre la calidad y los resultados, así como, en un momento dado, la publicación abierta, impulsarían una mejora continua. Algunos países también han relacionado pagos con desempeño, en un esfuerzo para incentivar los resultados deseados, como se describe en el Recuadro 3.8.

La experiencia de Israel es muy informativa en este sentido. Como ya se mencionó, Israel es de particular interés debido a la existencia de cuatro fondos de salud, cada uno ligado verticalmente con su red de prestadores, en un sistema parecido al de México. Los cuatro fondos impulsaron reformas impresionantes en la década pasada que ayudaron a consolidar los servicios de atención primaria en equipos y mejoraron el apoyo a los pacientes que vivían con enfermedades crónicas. Los aseguradores también desempeñan un papel muy activo en llevar a cabo acciones de mejora continua de la calidad en el servicio con base en un conjunto de datos sobre si se están llevando a cabo buenas prácticas y cuáles son los resultados de los pacientes. La suma

Recuadro 3.8. **Experiencia internacional con esquemas de pago por desempeño en la atención primaria**

Desde que se implantó en Estados Unidos, Reino Unido y Australia hacia finales de la década de 1990 y principios de la de 2000, el programa de pago por desempeño es cada vez más popular como un mecanismo de remuneración en la atención primaria en los países de la OCDE. De hecho, el pago por desempeño se usa más ampliamente en la atención primaria que en la secundaria. El programa opera en cerca de la mitad de los países, se centra primordialmente en la atención preventiva y en la atención de enfermedades crónicas. Los programas varían bastante, desde los relativamente simples en Nueva Zelanda (10 indicadores) o Francia (16 indicadores) a la complejidad del Marco de Calidad y Resultados (QOF) del Reino Unido, el más amplio en operación en la actualidad. El QOF cubre más de 100 indicadores en 22 áreas clínicas y se instrumenta a lo largo de todo el país.

Dada su escala y a que se trató de una reforma para todo el sistema, el programa QOF ha sido sujeto a una intensa actividad de investigación enfocada en analizar los impactos del QOF. Gillam *et al.* (2012), en una revisión sistemática que cubrió 124 artículos publicados, notaron que la evaluación era compleja debido a la falta de un grupo de control y a la dificultad de aislar las diferencias en la práctica clínica o los resultados (cada uno con importantes determinantes) de las intervenciones complejas como las incluidas en el QOF. No obstante, al analizar en general la mejora de la calidad, los autores reportaron que la calidad para las condiciones sujetas a incentivos durante el primer año de implementación mejoró a una tasa mayor que en el periodo previo al QOF, aunque subsecuentemente, la mejora retornó a las tasas de mejora previas. Dado el costo del QOF (mil millones de libras esterlinas por año), se ha generado un gran debate respecto a su costo-efectividad. Gillam *et al.* presentaron evidencia modesta de reducciones costo-efectivas en la mortalidad y admisiones hospitalarias en algunas áreas como la epilepsia. Sin embargo, hay que observar que el trabajo de Walker *et al.*, no encuentra relación entre el tamaño de los pagos en un dominio clínico (que variaban de 0.63 libras a 40.61 libras esterlinas por paciente), lo cual sugiere ganancias sustanciales en eficiencia al reducir la brecha entre estas cifras.

En una encuesta de 22 revisiones sistemáticas que analizaban programas de pago por desempeño internacionales (no limitados a la atención primaria), Eijkenaar *et al.* (2013) encontraron que el pago por desempeño habría llevado a una mejora de 5% en el rendimiento de la atención de la salud sujeta a este programa. Los efectos siempre fueron mayores en la atención primaria que en la atención secundaria; no obstante, dada la variación en los hallazgos y las limitaciones en el diseño de los estudios, los autores concluyeron que la evidencia era insuficiente para apoyar o no apoyar el uso del pago por desempeño en la calidad de la atención preventiva y crónica en atención primaria.

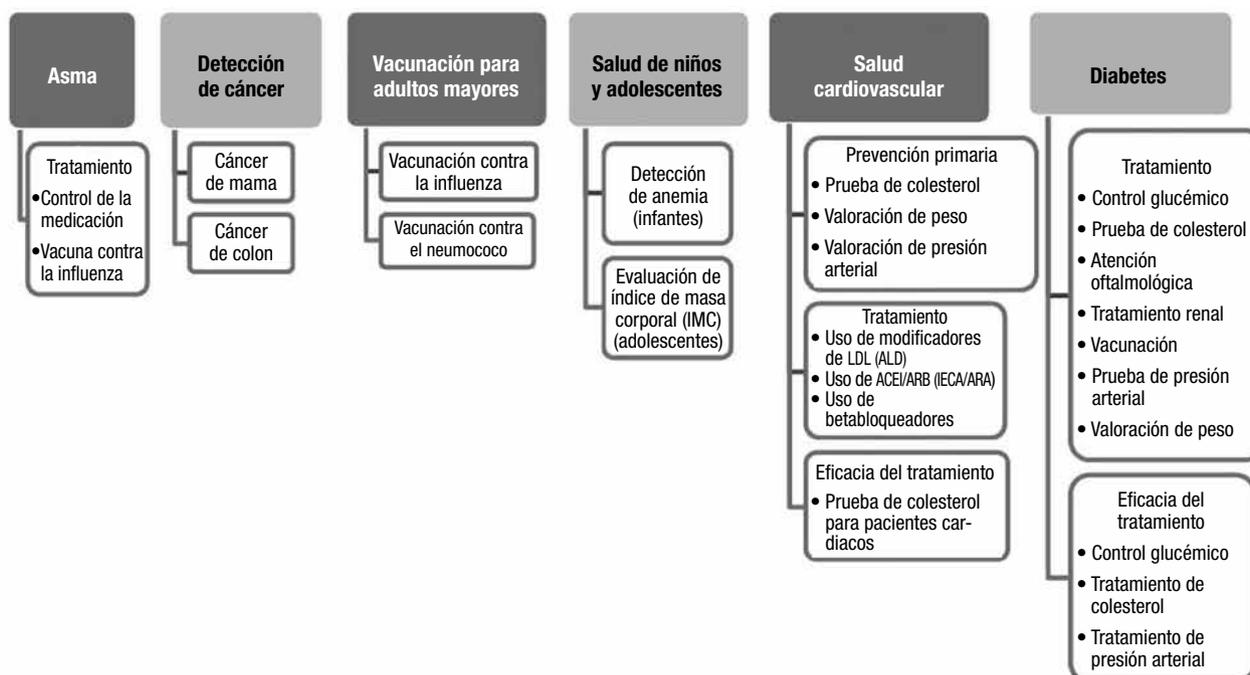
Más allá de las medidas de efectividad y las medidas de eficiencia en el área clínica, el pago por desempeño se ha vinculado con mejoras como el cierre de brechas de calidad entre zonas pobres y no pobres (Doran *et al.*, 2008): el fortalecimiento del sistema al extender el uso de la práctica basada en las TIC, el registro de pacientes, los procedimientos de llamadas y recordatorio, de auditorías y de la ampliación de funciones y competencia de las enfermeras, incluidas mejores condiciones en el trabajo en equipo. Los programas también pueden contribuir a un mayor diálogo entre compradores y prestadores, promover el debate público y, por tanto, aclarar los objetivos de los servicios de atención primaria (Cashin C. *et al.*, 2014). También se han comprobado efectos negativos como la postergación de actividades no sujetas a los incentivos o la fragmentación en la continuidad de la atención.

El pago por desempeño en atención primaria no debe contemplarse como el modelo ideal, pero sí como una herramienta útil en un sistema de pagos mixto, sobre todo donde puede impulsar otras actividades como el desarrollo de indicadores de calidad y mejoras en el seguimiento. Como recientemente se estableció en una nota editorial que prevenía sobre la entusiasta adopción de estos esquemas, “la elección no debe ser pago por desempeño o no pago por desempeño, sino más bien qué tipo de pago por desempeño debe utilizarse y con qué otras intervenciones de mejoras en la calidad” (Roland, 2012). Fundamentalmente, el pago por desempeño debe considerarse como parte de los medios hacia una mejora de las compras (incluyendo, en este caso, el tiempo de los MG) en la que la calidad tiene una función prominente.

de estos esfuerzos destaca el sistema de salud de Israel entre los países de la OCDE como particularmente bueno para identificar de forma temprana las enfermedades crónicas de los pacientes y apoyarlos en su condición, con el fin de evitar visitas hospitalarias innecesarias. La atención al diabético es un ejemplo revelador del buen desempeño del sistema de salud de Israel. Los esfuerzos del gobierno para prevenir y controlar la diabetes han contribuido a bajar el número de admisiones hospitalarias por diabetes no controlada entre los países de la OCDE, mientras que la reducción en complicaciones demuestra los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes con diabetes (OECD, 2012).

El Programa Nacional de Indicadores de Calidad y Cuidado Médico Comunitario de Israel (QICH, por sus siglas en inglés) ha sido factor en el logro de estas mejoras. El programa QICH captura más de 35 indicadores de la calidad de la atención médica sobre medidas de prevención, uso de la atención recomendada y efectividad de la atención. Hay datos disponibles sobre casi toda la población de acuerdo con su edad, sexo y un indicador para la condición socioeconómica. El QICH es un recurso importante para las actividades de mejora de calidad llevadas a cabo por los aseguradores y prestadores en Israel. Estos se basan en información proporcionada por el QICH para evaluar su propio desempeño e identificar posibles áreas de oportunidad. Los aseguradores/prestadores han desarrollado programas innovadores que incluyen iniciativas de educación y empoderamiento del paciente y han desarrollado programas dirigidos que permiten dar mayor acceso a servicios de alta calidad a grupos de pacientes específicos (OECD, 2012).

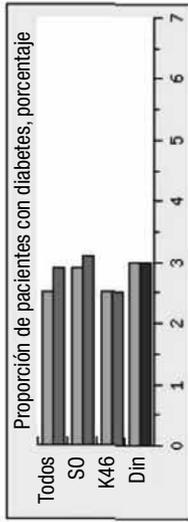
Gráfica 3.3. **Estructura de los indicadores del Programa Nacional de Indicadores de Calidad y Atención Médica Comunitaria (QICH) de Israel**



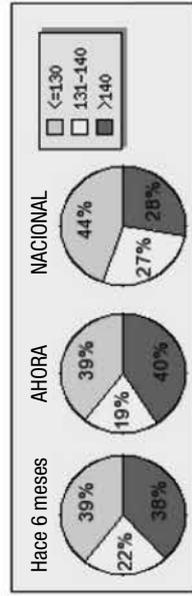
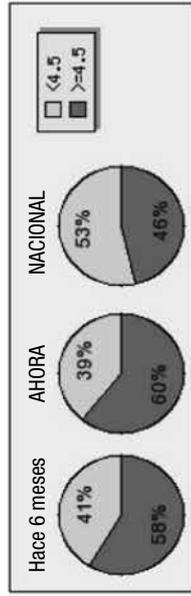
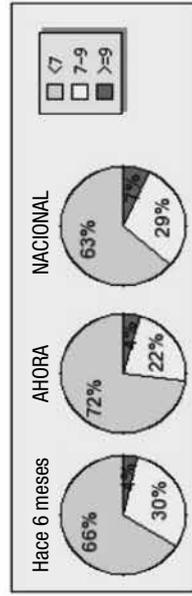
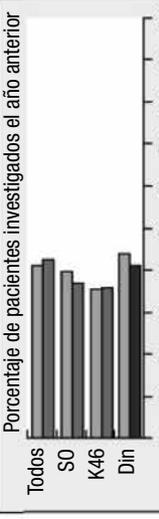
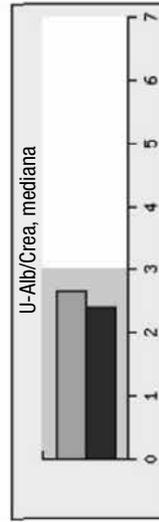
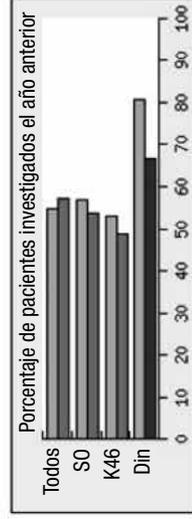
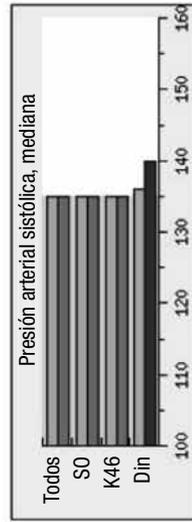
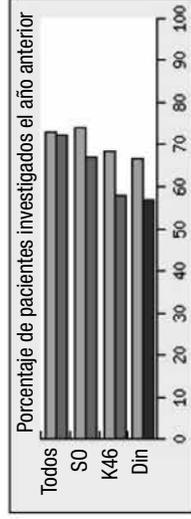
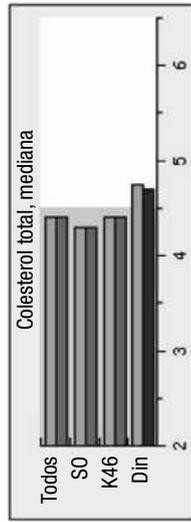
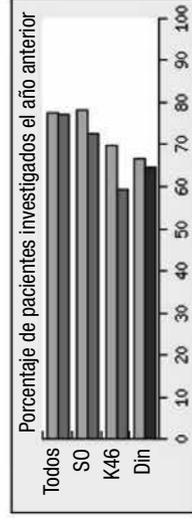
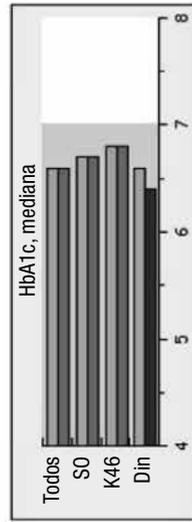
Fuente: OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012 – Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en>.

Gráfica 3.4. Resultados del DAMD que permiten a los MG comparar su práctica con la de sus pares

Su tratamiento de diabetes en comparación con otras prácticas
Las barras grises muestran el valor de seis meses atrás



Todos = Todos los pacientes tratados por un MG que utiliza
captura de datos
Reg SO (Región Sur)
K 461 (Municipio de Odense)
Din (Región Sur)
Las barras grises muestran el valor de un año atrás



Fuente: www.dak-e.dk.

También es útil el enfoque para demostrar ganancias de eficiencia en el caso de la atención primaria danesa. En Dinamarca, un sistema conocido como DAMD captura de modo automático datos que incluyen diagnósticos, procedimientos, medicamentos prescritos y resultados de laboratorio. Desde abril de 2011, cada médico tiene la obligación de participar en él. Los MG pueden acceder a los informes de calidad desde su propia práctica para el manejo de las enfermedades crónicas, incluidas la diabetes y la insuficiencia cardiaca, así como otras áreas clínicas de atención primaria. En la Gráfica 3.4 se muestra un ejemplo de la retroalimentación, en lo que se refiere al manejo de diabetes. El sistema permite identificar con facilidad a los pacientes individuales que han sido tratados de forma deficiente y comparar su práctica con la de otros prestadores. Los análisis de la calidad de la atención primaria señalan importantes mejoras en el porcentaje de diabéticos que toman medicamentos antidiabéticos, antihipertensivos y reductores de lípidos (OECD, 2013a). Es importante notar que ni el QICH ni el DAMD están ligados a incentivos financieros, lo que impulsa la mejora del desempeño es sólo el incentivo de información o de reputación.

3.4. Conclusiones

Una prioridad de política pública, tal como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo, es avanzar hacia la igualdad en los beneficios ofrecidos por los diferentes esquemas de aseguramiento público y reducir al mínimo las diferencias entre la SS y el SP. Se debe continuar la expansión incremental de los tratamientos cubiertos por el paquete del SP, aunque fortalecidos por un proceso más robusto de ETES de lo que ha sido en el pasado.

Sin embargo, a la vez que se amplían el CAUSES y el FPGC, México debe considerar definir más explícitamente la cobertura de atención de la salud en las instituciones de seguridad social. Este es el único camino lógico para hacer realidad la ambición de igualar los beneficios. Además, en los países de la OCDE casi nunca se opera con un paquete de beneficios y seguridad social no definido y la definición explícita, de acuerdo con estos precedentes internacionales, no contraría el derecho constitucional a la salud. Los servicios que pueden ser de valor marginal y son excluidos del paquete de beneficios pueden ofrecerse por coberturas de aseguramiento complementarias. Esto se observa también en los sistemas de salud de la OCDE.

No obstante, todavía no es posible conocer en qué medida los subsistemas de salud en México satisfacen las necesidades de salud de forma eficiente. Esto es particularmente cierto en la atención primaria y preventiva. El rápido crecimiento de las clínicas privadas de atención primaria y las preocupantes tendencias en factores de riesgo importantes sugieren la urgente necesidad de fortalecer estas funciones clave del sistema de salud. En consecuencia, un paquete de beneficios iguales entre todos los aseguradores debe acompañarse por el compromiso de fortalecer la atención primaria y ponerla firmemente en el centro del sistema de salud. Este cambio es fundamental para que México sea capaz de enfrentar de manera efectiva la carga de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y con el estilo de vida.

Los primeros pasos que de forma realista se pueden dar para igualar los beneficios entre la SS y el SP y al mismo tiempo fortalecer la atención primaria son los siguientes:

- Empezar el debate sobre un paquete de beneficios nacional, que podría iniciar con una lista positiva (o negativa) de medicamentos de alto costo. Un enfoque alternativo y complementario sería empezar con la atención primaria y preventiva.
- Empezar discusiones sobre la visión nacional de la atención primaria, incluidos los médicos, los aseguradores y grupos de la sociedad civil.
- Considerar qué elementos de las infraestructuras de gobernanza e información sería necesario fortalecer para facilitar que todos los mexicanos estén registrados con un especialista de atención primaria de su elección, que se convertiría en el principal responsable de coordinar el manejo de las enfermedades crónicas.
- Encargar una revisión del gasto en salud en atención preventiva, con un enfoque particular en valorar si puede asignarse una mayor proporción a enfermedades no transmisibles, y la prevención secundaria, en particular.
- Establecer al CENETEC como un organismo público descentralizado.
- Estudiar a profundidad otras experiencias nacionales como las de los Países Bajos e Israel, los cuales han desarrollado con éxito sistemas de aseguramiento complementario para tratamientos de valor marginal.

Bibliografía

- AFASPE (Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados) (2014), “Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas”. Disponible en <http://www.spps.gob.mx/convenios-afaspe.html>.
- Aron-Dine, A. et al. (2012), “The RAND Health Insurance Experiment Three Decades Later”, *Working Paper 18642*, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA, <http://www.nber.org/papers/w18642>.
- Boerma, W.G.W. et al. (1998), *The Role of General Practice in Primary Health Care*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Browne, J. et al. (2008), “Case-mix and Patients’ Reports of Outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS Providers”, *BMC Health Services Research*, vol. 8:78, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-78>.
- CNPSS (2013), *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2013*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México.
- DGIS (General Direction of Health Information) (2013), “Health Accounts at Federal and State Level, 2013”, *Bulletin of Statistical Information*, vol. IV, Financial Resources, núm. 33.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2012), “Encuesta nacional de salud y nutrición”, Instituto Nacional de Salud, México, <http://ensanut.insp.mx>.
- García-Armesto, S. et al. (2013), “Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System”, *Health Policy* 110, pp. 180-185.
- Goodwin, N. et al. (2011), “Improving the Quality of Care in General Practice: Report of an Independent Inquiry Commissioned by The King’s Fund”, The King’s Fund, www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011_0.pdf.
- Gunes, E.D. y H. Yaman (2008), “Transition to Family Practice in Turkey”, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 28, núm. 2, pp. 106-112.
- Hodgetts, K. et al. (2014), “Disinvestment Policy and the Public Funding of Assisted Reproductive Technologies: Outcomes of Deliberative Engagements with Three Key Stakeholder Group”, *BMC Health Services Research*, vol. 14:204.
- INSP (2014), *Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud: Diagnóstico estratégico de la situación actual*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- Kijl, A. y K. Houlberg (2014), “How Does Copayment for Health Care Services Affect Demand, Health and Redistribution? A Systematic Review of the Empirical

- Evidence from 1990 to 2011”, *Eur J Health Econ*, vol. 15, núm. 8, pp. 813-828, noviembre, <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-013-0526-8>.
- Knaul, F.M. et al. (2012), “The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico”, *The Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X).
- Kringos, D.S. et al. (2010), “The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of Its Core Dimensions”, *BMC Health Services Research*, vol. 10:65, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.
- Kringos, D.S. et al. (2013), “The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study”, *British Journal of General Practice*, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X674422>.
- Masseria, C. et al. (2009), “Primary Care in Europe”, Policy brief, Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E1 - Social and Demographic Analysis, Comisión Europea.
- Mørland, B. et al. (2010), “Supporting Tough Decisions in Norway: A Healthcare System Approach”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 26:4, pp. 398-404.
- OECD (2015a), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
- OECD (2015b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.
- OECD (2015c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OECD (2014a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.
- OECD (2014b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.
- OECD (2014c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.
- OECD (2014d), “Lessons from the Health Care Quality Reviews: Balancing Governance for Health Service Performance Across Central and Local Authorities”, *Health Committee Paper DELSA/HEA2014(4)*, OECD, junio.
- OECD (2014e), “Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?”, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OECD (2013a), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- OECD (2013b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.

- OECD (2013c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en>.
- Pearson, S. y P. Littlejohns (2007), “Reallocating Resources: How Should the National Institute for Health and Clinical Excellence Guide Disinvestment Efforts in the National Health Service?”, *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 12, núm. 3, pp. 160-165.
- Schoen, C. y R. Osborn (2011), “The Commonwealth Fund 2011: International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eleven Countries”, www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2011/Nov/IHP%20Survey/PPT_Schoen_2011_survey_ARTICLE_chartpack.ppt.
- Secretaría de Salud (2014a), *Catálogo universal de servicios de Salud*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México.
- Secretaría de Salud (2014b), *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf (consultado el 17 de noviembre, 2014).
- SHTG (Scottish Health Technologies Group, Health Improvement Scotland) (2012), “Making Choices Spending Wisely (MACSWise)”, http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/technologies_and_medicines/shtg_ad_hoc/macswise_report.aspx.
- Shi, L.B. et al. (2002), “Primary Care, Self-rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health”, *Health Services Research*, vol. 37, pp. 529-550.
- Smith, P. (2013), “Universal Health Coverage and User Charges”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 8, núm. 04, pp. 529-535.
- Starfield, B. (1994), “Is Primary Care Essential?”, *The Lancet*, vol. 344, núm. 8930, pp. 1129-1133.
- Starfield, B. et al. (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *Milbank Quarterly*, vol. 83, pp. 457-502.
- Thorlby, R. (2013), “Reclaiming a Population Health Perspective: Future Challenges for Primary Care”, Nuffield Trust, www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130425_reclaiming-a-population-health-perspective.pdf.

Capítulo 4

Realignar el financiamiento para cubrir mejor las necesidades de la atención de la salud individual

El enfoque fragmentado de México al financiamiento de la atención de la salud refuerza la estructura igualmente dividida del sistema de salud, lo cual impide la eficacia en la generación y asignación de los recursos. Es de especial urgencia implantar en el país un enfoque más articulado, dado que cada año un gran número de personas transitan entre las instituciones de seguridad social y el Seguro Popular debido a cambios en su situación laboral y esto interrumpe la continuidad en la atención. Empezar esfuerzos hacia un financiamiento más integrado —o el equivalente funcional— permitiría que la atención se transfiera con mayor facilidad entre aseguradoras y podría conducir a mejoras en la eficiencia.

Si bien los principales actores del sistema concuerdan en la necesidad de consolidar en cierta medida los recursos financieros, el reto es crear un fondo común de recursos que proporcione beneficios al sistema y a la vez resulte políticamente aceptable. En este capítulo se examina la generación de más recursos financieros para la salud, la redistribución de fondos de manera más equitativa y los mecanismos que permitan a los mexicanos cambiar de empleo sin perder continuidad en su atención.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

México es el país de la OCDE que menos recursos nacionales asigna para la salud y la evidencia sugiere que los recursos que se gastan no siempre se utilizan de manera eficiente para lograr beneficios para la salud. Si bien contribuyen diversos factores, una razón clave para los niveles y distribución de recursos inadecuados es la fragmentación: el sistema de salud de México se caracteriza por esquemas separados de aseguramiento que tienen sus propias estructuras de gobierno y rendición de cuentas, sólo ofrecen acceso a sus afiliados a los servicios a través de redes separadas de proveedores y son financiados mediante mecanismos distintos.

Como resultado de la estructura del sistema, existe una coordinación limitada para recaudar ingresos adicionales y para garantizar que los recursos se asignen de modo proporcional a las necesidades de todo el sistema. La asignación de recursos deficiente genera variabilidad en la atención, así como obstáculos de acceso en áreas con escasa capacidad. Estas cuestiones son particularmente importantes ya que los afiliados no tienen la posibilidad de elegir a su asegurador, mantener a este asegurador cuando cambia su situación laboral, ni recibir atención gratuita en el punto de servicio de los proveedores que no pertenecen a su esquema (los que puede considerar que ofrecen una mejor calidad de servicios, están mejor ubicados, o tienen horarios de trabajo más flexibles). Esto ocasiona que muchas personas paguen de su bolsillo por servicios en el sector privado.

Para abordar estas inquietudes, el uso de enfoques unificados de financiamiento, como un fondo mancomunado de los recursos, es de gran interés para diversos actores interesados. Si bien la creación de un fondo común único que distribuya recursos entre los esquemas de acuerdo con las necesidades puede ser un objetivo de largo plazo para algunos de estos actores, en la práctica hay una serie de obstáculos importantes para su consecución en el corto plazo, como la existencia de una gran fuerza laboral informal que impide la recaudación de impuestos y la posición muy arraigada de los esquemas de seguridad social actuales como instituciones propias. Sin embargo, un fondo común único definido estructuralmente no es una necesidad absoluta; en la práctica, el objetivo político de mejorar la equidad en el acceso puede lograrse mediante reformas alternativas de financiamiento gradual que funcionalmente articulen los esquemas desde el punto de vista del usuario.

En este capítulo se revisan cuestiones relacionadas con la generación y la asignación de recursos financieros para el sistema de salud. En la primera sección se analiza la necesidad de contar con más recursos financieros para la salud y la posibilidad de obtener ingresos adicionales. La sección 4.2 se centra en la distribución del gasto y examina enfoques para asignar eficazmente los recursos según las necesidades. La sección 4.3 trata de separar la afiliación al seguro de salud de la situación laboral, de modo que las personas puedan conservar a su asegurador, sin importar cambios en ella. Aun reconociendo las barreras políticas y financieras para la reestructuración de los arreglos institucionales actuales, puede empezarse a emprender reformas graduales que funcionalmente aseguren algunos beneficios de contar con un fondo común, sobre todo el uso más amplio de convenios de intercambio de determinados servicios entre los subsistemas.

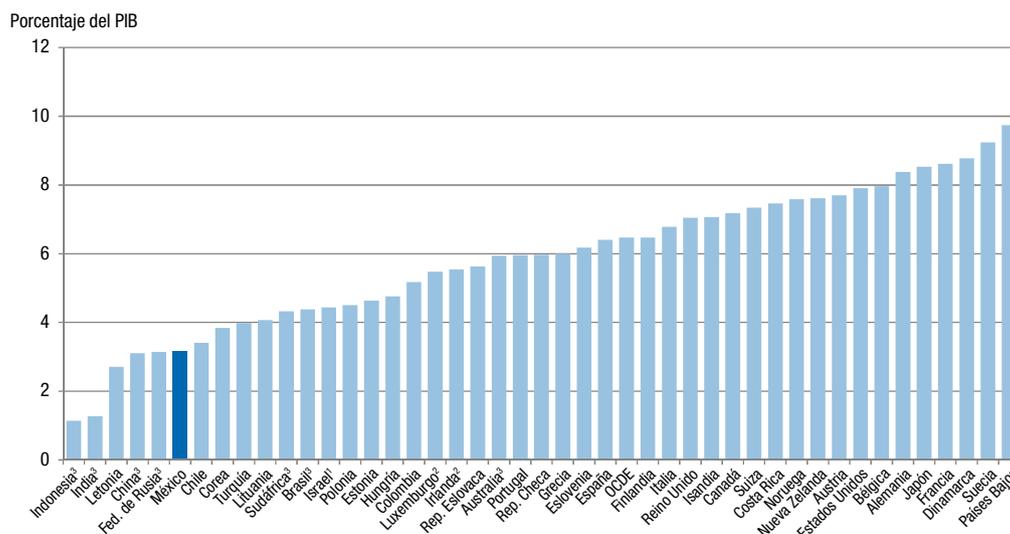
4.1. El bajo nivel de gasto público destinado a la salud contribuye a la mala calidad de los servicios y a desigualdades en el acceso

En esta sección se revisa el gasto en salud de México en el contexto de otros países de la OCDE y se demuestra que el nivel del gasto público del país en este rubro es comparativamente bajo. Como resultado directo de la falta de financiamiento del sistema de salud, hay un exceso de gasto de bolsillo para obtener atención de la salud en el sector privado. Para mejorar el nivel y la seguridad del financiamiento, México debe considerar un cambio hacia una mayor dependencia de financiamiento basado en impuestos, por ejemplo, para subsidiar las aportaciones de los asegurados que cambian su situación laboral, pero que quieren mantener su aseguradora actual. En otra sección de este capítulo y en otros capítulos se analizan las reformas para generar una mayor eficiencia.

El gasto público en salud debe incrementarse para acercarse a los niveles encontrados en otros países de la OCDE

Los sistemas de salud deben contar con recursos suficientes para salvaguardar y promover la cobertura universal de salud y para satisfacer las necesidades de salud de sus poblaciones. En comparación con el gasto público de otros países de la OCDE, el gasto público total en salud en México es bastante bajo. Como porcentaje del producto interno bruto de México es el más bajo de los países de la OCDE (3.2% del PIB). Según los datos más recientes, para coincidir con los niveles de gasto en salud per cápita promedio de la OCDE (Australia), México tendría que incrementar su gasto en salud por persona por más de 2000 dólares estadounidenses PPA, o más de cuatro veces su gasto actual por persona (aunque los niveles absolutos de gasto son, por supuesto, afectados por los precios locales).

Gráfica 4.1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2013 (o año más reciente)



Nota: Se excluyen las inversiones a menos que se indique lo contrario.

1. Estimaciones preliminares.
2. Los datos se refieren a 2012.
3. Incluye inversiones.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; y WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>.

Con el sistema actual existen barreras para obtener recursos adicionales para el sector salud. Es importante destacar que algunos encargados de tomar decisiones informan que el nivel de gasto no es necesariamente insuficiente, sino que hay un problema más fundamental: que los niveles existentes de financiamiento no se utilizan de manera correcta, lo que contribuye a resultados de salud pobres, como la baja esperanza de vida (seis años por debajo de la media de la OCDE), las tasas de mortalidad materna e infantil, que son las más altas entre los países de la OCDE (37.4 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos y 12.7 muertes infantiles por 1 000 nacidos vivos en 2014) y las altas tasas de mortalidad por enfermedades crónicas. Aumentar los niveles de gasto sin mejorar la manera como se gasta el dinero puede no generar, por sí solo, mejores resultados de salud.

Demostrar el uso eficiente de los recursos es una estrategia común utilizada por otros países para persuadir a los Ministerios de Finanzas de aportar fondos adicionales (World Health Organization, 2010). Aunque el incremento del gasto no conducirá por sí solo a mejoras en la eficiencia, la ineficiencia tampoco justifica los bajos niveles de gasto. Desde una perspectiva política, puede ser más factible incrementar la asignación de recursos para la salud si el sector salud es capaz de demostrar que puede alcanzar el mayor costo-beneficio en algunos aspectos dados sus recursos actuales. Como resultado, se deben hacer esfuerzos para llevar a cabo una evaluación completa del rendimiento del sistema de salud para generar esta evidencia. El IMSS recopila algunos indicadores de eficiencia (como los Indicadores Médicos de Coordinación de Programas Integrados de Salud). Sin embargo, hay que actualizar un estudio realizado previamente al Seguro Popular para evaluar el desempeño estatal en áreas como la cobertura y la protección financiera, e incluir medidas de eficiencia las cuales no parecen haberse incluido en el análisis original (Gakidou *et al.*, 2006). Al medir el desempeño es probable que se fomente la mejora, pues como suele decirse “lo que se mide, se hace”.

Aparte de la percepción de que el sistema de salud puede hacer más con su nivel actual de recursos al mejorar la eficiencia, existen barreras importantes para aumentar los ingresos adicionales que se encuentran fuera de la esfera de influencia del sector salud. En particular, la dificultad de cobrar efectivamente impuestos a la nómina y al consumo a los grandes sectores informales como el de México reduce los ingresos gubernamentales. Se ha establecido bien las ganancias fiscales que podrían obtenerse al reducir la informalidad en México (Flores *et al.*, 2004). Por ejemplo, actualmente hay una reforma pendiente de aprobación en el Senado que busca mejorar el cumplimiento tributario al homogeneizar las definiciones de impuestos a la nómina y compensación salarial en la Ley del Seguro Social y la Ley del Impuesto sobre la Renta, respectivamente. Si se aprueba, este sería un primer gran paso para reducir la informalidad en México. También ha habido reformas fiscales para incrementar los ingresos públicos mediante la desaparición de lagunas fiscales, la reducción de subsidios a la gasolina e incentivos al trabajo formal al subsidiar temporalmente las aportaciones a la nómina para nuevos trabajadores. El incremento en la formalización de la fuerza laboral (mediante el registro de trabajadores en los regímenes de seguridad social, por ejemplo) o la mejora en el cumplimiento de la recaudación de impuestos son reformas importantes, que generarían recursos considerables que podrían utilizarse para la salud. Las políticas para promover la formalidad, reducir la

corrupción e impulsar el crecimiento económico se analizan con mayor detalle en el *Economic Survey of Mexico 2015* (Estudio Económico de la OCDE para México 2015) (OECD, 2015).

Otra barrera importante para aumentar el nivel de gasto en salud es el límite actual propuesto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público que no permite más de 2% de crecimiento anual para presupuestos operativos en todos los sectores del gobierno federal. Sin quitar este límite, o llevar a cabo una revisión del gasto en el sector salud, será difícil aumentar los recursos del sistema de salud en forma sustancial en el corto plazo. Otros países tienen límites de gasto similares para poder controlar el gasto excesivo; sin embargo, hay enfoques más flexibles. En Francia, por ejemplo, los límites de gasto se determinan cada año (Chevreul *et al.*, 2010). Desde 1996, el Parlamento francés ha aprobado un límite nacional anual máximo para el gasto del seguro de salud obligatorio (en virtud de un método de asignación de recursos conocido como el *Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie* (Objetivo Nacional de Gastos del Seguro de Salud – ONDAM), mediante el cual el gobierno propone la tasa máxima de crecimiento para el siguiente año. Históricamente se ha permitido que la tasa de crecimiento varíe cada año; entre 1997 y 2008 ha variado de 1% a 5.3%. Para limitar el gasto excesivo en Francia, se estableció en 2004 un Comité de Alerta y en 2010 se creó un grupo de control estadístico del ONDAM, el cual puede recomendar planes de intervención o rescate financiero en caso de gasto excesivo. De conformidad con la experiencia de Francia, México debería adoptar una disposición menos rígida determinando su límite de gasto sobre una base anual que refleje los cambios en las necesidades.

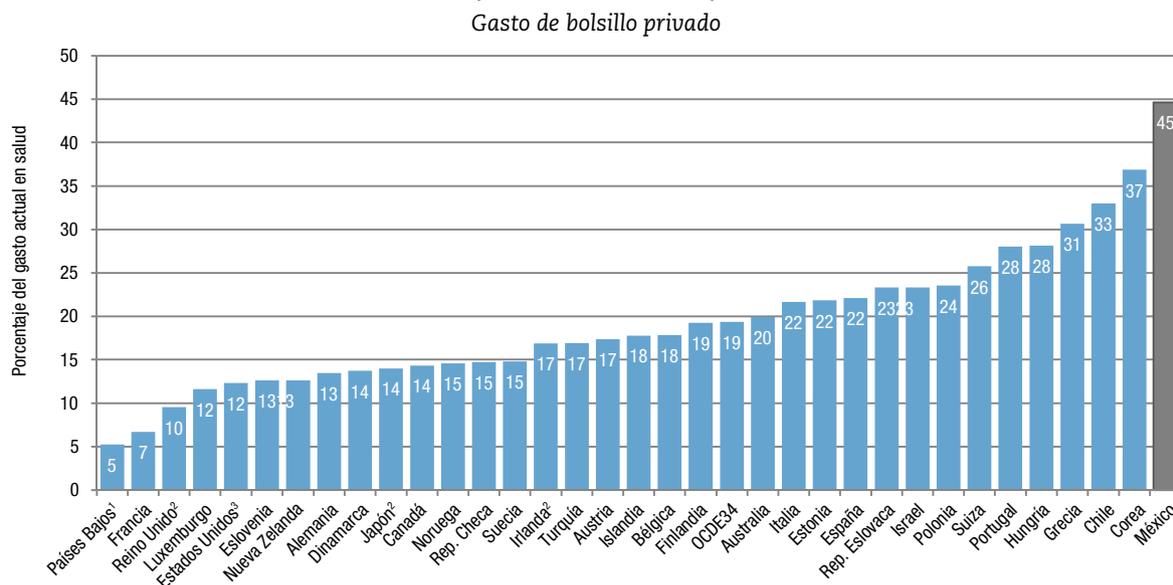
Debe disminuirse la elevada proporción de gasto de bolsillo mediante el aumento de la capacidad del sector público

Una consecuencia de los bajos niveles de gasto público en salud es que gran parte de la atención de salud en México se obtiene del sector privado. Casi toda esta asistencia privada se financia con gasto de bolsillo, ya que el aseguramiento privado constituye un segmento muy pequeño del mercado (aproximadamente 4% del total del gasto en salud en 2012). México tiene el mayor gasto de bolsillo como porcentaje del PIB entre los países de la OCDE (Gráfica 4.2).

Los países de la OCDE que dedican más fondos públicos a la salud como porcentaje del PIB tienen un menor gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (Gráfica 4.3).

El alto gasto de bolsillo también es característico en países que no son miembros de la OCDE que luchan para generar ingresos fiscales suficientes, como los antiguos países soviéticos de Europa del Este (Rechel y McKee, 2009). Es comúnmente aceptado que el gasto de bolsillo es la fuente menos equitativa de financiamiento en salud pues no existe un fondo común entre personas y el acceso a la atención se otorga sólo a aquellos con capacidad de pago, y no necesariamente a los que tienen la necesidad; es, de hecho, un impuesto sobre los enfermos. En México, los hogares situados en el quintil más alto de ingresos incurren en un gasto de bolsillo casi tres veces mayor que los hogares en el quintil de ingresos más bajo (Cuadro 4.1).

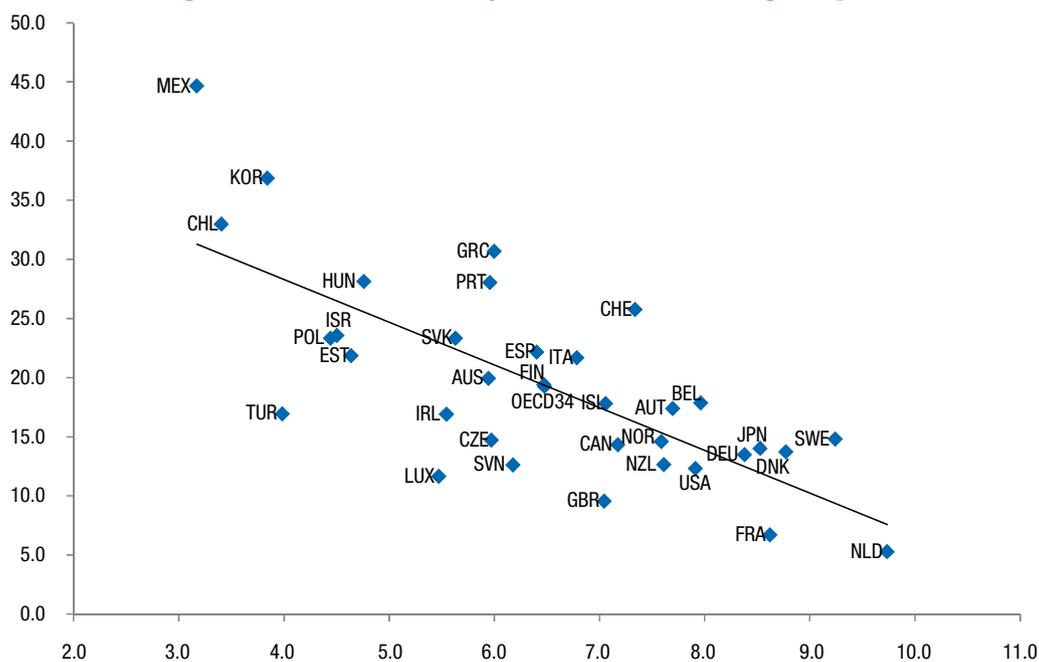
Gráfica 4.2. **Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2013**
(o año más reciente)



1. Los Países Bajos reportan un coaseguro obligatorio en el seguro de salud y en la Ley de Gastos Médicos Excepcionales de la seguridad social en lugar de gasto de bolsillo privado, lo que significa una subestimación del porcentaje del gasto de bolsillo.
2. Los datos se refieren al gasto total en salud (= gasto en salud actual más formación de capital).
3. La seguridad social se reporta junto con el gobierno general.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Gráfica 4.3. **El gasto de bolsillo disminuye al incrementarse el gasto público en salud**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Cuadro 4.1. **Gasto de bolsillo por quintil de ingreso de las familias, 2012**

En pesos

Quintil de ingreso	Gasto de bolsillo (trimestral) Promedio por hogar
I	707
II	717
III	1 221
IV	1 213
V	2 033

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2012.

La dependencia del gasto de bolsillo para financiar la atención de la salud impide que las personas con bajos ingresos obtengan atención médica y puede generar niveles catastróficos o empobrecedores de gasto. La investigación sugiere que si el gasto de bolsillo comprende más de 20% del gasto total en salud, el porcentaje de hogares con gasto catastrófico (definido como gasto de bolsillo mayor a 40% de la capacidad de pago) aumenta sustancialmente (Xu et al., 2010). Claramente, esto parece ser un tema importante en México, donde 45% del gasto en salud es gasto de bolsillo.¹ Si bien la incidencia de gasto catastrófico se ha reducido en México como resultado del Seguro Popular, estudios recientes sugieren que aún existe una variabilidad significativa en el gasto catastrófico en función del lugar donde viven los afiliados y el tipo de instalaciones que son accesibles (Grogger et al., 2014).

La propensión de las personas a buscar atención en el sector privado es muy similar en todos los esquemas de aseguramiento, lo que significa que los determinantes del gasto de bolsillo no son específicos de un esquema en particular, sino más bien, son un indicativo probable de deficiencias de todo el sistema. Por ejemplo, según datos de la ENSANUT 2012, PEMEX tiene el porcentaje más bajo de afiliados que buscan atención ambulatoria en el sector privado (para quienes 27.2% de los servicios son privados), mientras que los afiliados del Seguro Popular son sólo ligeramente más propensos a buscar atención privada (31.1%) (Programa Sectorial de Salud 2013-2018). Aunque podría suponerse que las personas prefieren el sector privado porque los servicios públicos disponibles son de mala calidad, el grado en que los servicios del sector público son en realidad de menor calidad que los del sector privado o se perciben de menor calidad no está claramente documentado. De acuerdo con datos de la ENSANUT, la percepción de mala calidad en la atención en el sector público no es generalizada, no varía de manera considerable entre los distintos esquemas, y no se reporta sustancialmente más que en el sector privado (Cuadro 4.2).

En muchos países, reducir el porcentaje de gasto de bolsillo puede implicar reducir los niveles de copago o incrementar las exenciones de atención gratuita en el punto de servicio. Sin embargo, en el caso de México, el coaseguro del sector público comprende únicamente una pequeña porción del gasto de bolsillo; a menudo, los afiliados pagan para obtener atención en el sector privado por razones que incluyen, además del tema de la calidad antes mencionado, el acceso reducido a los servicios debido al horario limitado de las instalaciones públicas, la falta de unidades en los alrededores y la incapacidad para visitar proveedores fuera de la red de un esquema (véase el tema

de la portabilidad de los servicios en el Capítulo 5). Por ejemplo, dentro del Seguro Popular, los servicios de atención primaria por lo general sólo están disponibles de las 8:00 a.m. a las 3:30 p.m.

Cuadro 4.2. **Percepción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud, 2012**

	Porcentaje de usuarios que reportaron que los hospitales ofrecen mala calidad	Porcentaje de usuarios que reportaron que la atención ambulatoria es de mala calidad
IMSS	7	6
ISSSTE	7	6
Instalaciones públicas	6	4
Privadas	3	1
Otros	3	1

Fuente: Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Además, cerca de una quinta parte de la población no tiene acceso fácil a los centros de salud debido a su ubicación geográfica. Es posible reducir el porcentaje de gasto de bolsillo en este sentido al focalizarse en los factores que hacen que las personas no acudan al sistema de salud público. Esto es importante, ya que la eliminación de cuellos de botella o la actualización de procesos pueden ofrecer ganancias en calidad y eficiencia a un precio relativamente bajo. El aumento del acceso a servicios públicos mediante el incremento de financiamiento del sector público (véase más adelante), el aumento de horas de trabajo en las instalaciones públicas y una mayor regulación de la atención privada otorgada por personal del sector público de salud —también conocida como doble práctica— serían estrategias efectivas para mejorar el acceso a los servicios públicos de salud, reduciendo con ello el gasto de bolsillo (Recuadro 4.1).

Recuadro 4.1. **Estrategias que disuaden a los pacientes de evitar usar el sistema público: experiencias internacionales**

Realizar pagos de bolsillo para evitar usar el sistema público es común en algunos países, en particular cuando en el sector público se utilizan largas listas de espera para racionar implícitamente los servicios de salud (Gotsadze y Gaál, 2010; Tambor *et al.*, 2014). Por tanto, las estrategias para reducir el gasto de bolsillo deben centrarse en mejorar el acceso a los servicios de salud del sector público, por ejemplo, aumentar sus horas de trabajo y regular de manera más estratégica los servicios privados ofrecidos por personal del sector público de salud.

Aumentar horas de trabajo en instalaciones públicas

Una estrategia eficaz para reducir el gasto de bolsillo sería aumentar las horas de trabajo en las instalaciones del sector de salud público, con el fin de que las personas no busquen atención privada. Evidencia de Estados Unidos señala que los beneficiarios de Medicaid que estaban afiliados a proveedores de atención primaria que ofrecían al menos 12 horas de atención en la tarde-noche eran 20% menos propensos a evitar a su proveedor y buscar atención más costosa que los beneficiarios de Medicaid cuyos proveedores de atención primaria no ofrecían horarios extra de atención (Lowe *et al.*, 2005).

Recuadro 4.1. **Estrategias que disuaden a los pacientes de evitar usar el sistema público: experiencias internacionales** (Cont.)

Regular la prestación privada por trabajadores del sector público de salud

El alto gasto privado en salud es una característica destacada en países donde los proveedores del sector público están autorizados para ofrecer también atención privada. Conocido como doble práctica, este tipo de acuerdo tiene varios beneficios, incluyendo la mayor facilidad para contratar proveedores calificados para el sector público, pero puede dar lugar a que estos se remitan a sí mismos a pacientes que podrían haber sido atendidos con recursos públicos (García-Prado y González, 2007). Para mejorar el acceso a la atención de las personas que no tienen la capacidad de realizar pagos de bolsillo, se pueden utilizar varias estrategias. Por ejemplo, los proveedores públicos que deseen practicar también en el sector privado podrían ser alentados a desarrollar sus prácticas privadas dentro de las instalaciones públicas, a cambio de horas adicionales de trabajo en el sector público atendiendo a pacientes de bajos ingresos. En países europeos se han puesto en marcha enfoques similares, entre ellos Italia, Austria, Alemania, Francia e Irlanda, lo que permite monitorear más estrechamente las actividades de los proveedores en el sector privado y garantizar el acceso de los pacientes que no pueden permitirse el lujo de pagar de su bolsillo. En el Capítulo 5 se analiza la doble práctica con mayor detalle.

Realizar inversiones para apoyar horarios de trabajo más largos en instalaciones públicas o incluso una atención de 24 horas sería un método eficaz para reducir el gasto de bolsillo. Puede haber restricciones legales que compliquen trabajar horas extra dentro del Seguro Popular. Sin embargo, parece no haber resistencia para hacerlo en el IMSS, donde un pequeño programa piloto, Consulta de Séptimo Día, ofrece servicios de medicina general los fines de semana. El ISSSTE también tiene algunos proveedores que trabajan horas extra, aunque los arreglos dependen de las negociaciones con los sindicatos. Este tipo de programas deberán ampliarse dado su aparente éxito.

Además, el fomento de más alianzas público-privadas podría ser una buena manera de ampliar la infraestructura y al mismo tiempo mejorar el acceso a servicios públicos. Por ejemplo, podría usarse financiamiento privado para la construcción de una instalación pública y dedicar una parte del edificio a servicios públicos, y otra a servicios privados, pero con algún tipo de contratación con el sector público.

Depender más de ingresos por impuestos generales para financiar la atención de la salud mejoraría la confiabilidad del financiamiento

De acuerdo con datos de la OCDE, en 2013, 28.7% del total del gasto en salud fue pagado con fondos de la seguridad social, mientras que 22.4% fue financiado con fondos generales del gobierno.² Las fuentes precisas de los fondos varían según el esquema. Para el Seguro Popular, el financiamiento que se proporciona a los estados proviene de los ingresos fiscales generales, mientras que las instituciones de seguridad social se financian con ingresos fiscales generales, y con aportaciones a la nómina de trabajadores públicos y privados con empleo formal, respectivamente. Alrededor de dos tercios de los fondos del IMSS se derivan de las aportaciones sobre la nómina, un tercio proviene de impuestos generales, y el resto se cubre con las reservas.

Habría muchos beneficios al depender en menor medida de las aportaciones a la seguridad social para financiar las instituciones de seguridad social y, más bien, cambiar a un financiamiento basado en impuestos generales, sobre todo en lo que respecta a nuevos ingresos para el sistema de salud. En primer lugar, es importante que los sistemas de salud garanticen la estabilidad y previsibilidad de los ingresos para mantener la calidad de los servicios de salud. En este sentido, las aportaciones a la seguridad social pueden ser fuentes de financiamiento menos confiables que los impuestos generales, sobre todo si hay fluctuaciones en los niveles de empleo. Durante la reciente crisis financiera en Europa, en muchos sistemas de salud que dependen de las aportaciones a la seguridad social se redujo el nivel de sus recursos; algunos de estos países son Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Eslovenia, Estonia, Hungría, Lituania, Macedonia, Moldavia, Montenegro, Polonia, la República Eslovaca, Rumania, Serbia y Suiza (Thomson, 2014). Este es un tema de especial relevancia en México donde muchos trabajadores se desplazan dentro y fuera del gran sector informal, en el que la mayoría de las personas no aportan a la seguridad social.

La investigación también ha demostrado que los impuestos directos tienen un efecto redistributivo más fuerte que el seguro social de salud (Van Doorslaer et al., 1999). Una razón de ello es que cuando los esquemas de aseguramiento son responsables de recolectar sus propias aportaciones de los afiliados, puede ser más difícil redistribuir los recursos en función de las necesidades y garantizar la equidad para toda la población. Hasta cierto punto esto se debe a que las personas que pagan en un esquema de salud sienten que deben recibir mejores beneficios, incluso si no tienen grandes necesidades (Kutzin, 2001). Depender más de impuestos generales alejaría la generación de ingresos de los propios esquemas, lo que haría políticamente más factible asignar los recursos según las necesidades.

Otros países con bajos salarios y grandes sectores informales también enfrentan a menudo dificultades para recaudar las aportaciones de los seguros (Rechel y McKee, 2009). Esto puede obstaculizar mucho los esfuerzos para hacer cumplir la afiliación obligatoria de las personas autoempleadas y otros trabajadores informales. En este escenario, el gobierno desempeña un papel importante. Corea, por ejemplo, implementó con éxito la afiliación obligatoria de los trabajadores autónomos a un seguro de salud. La experiencia de Corea fue excepcional, ya que fue impuesta por un régimen político autoritario durante un periodo de rápido desarrollo económico, lo que permitió que se instauraran subsidios gubernamentales de gran escala para que los pobres pudieran obtener cobertura de salud y así elevar la afiliación (Kwon, 2009). Sociedades de seguros de salud locales para los trabajadores autoempleados jugaron un papel decisivo para asegurar el cobro de las primas.

Es poco probable que el uso de aportaciones a la seguridad social para financiar las instituciones de seguridad social cambie en un futuro cercano. Sin embargo, el cambio hacia un financiamiento basado en impuestos no requiere un cambio completo inmediato en el enfoque del financiamiento. Muchos países han utilizado estrategias variables para depender en mayor medida de impuestos generales; Lituania ofrece un estudio de caso interesante que podría aplicarse en México, aunque el sector informal mexicano podría dificultar la implementación de este modelo de manera efectiva (Recuadro 4.2).

Recuadro 4.2. **Estabilizadores automáticos para cambiar hacia un financiamiento más basado en impuestos: estudio de caso de Lituania**

Una reforma política que podría ser eficaz en México para depender en mayor medida de ingresos fiscales generales sería la creación de un sistema estabilizador automático que contrarreste las fluctuaciones de las aportaciones a la seguridad social. Por ejemplo, en Lituania el presupuesto del Estado realiza aportaciones al fondo del seguro de salud en representación de los desempleados y de quienes no pertenecen a la fuerza laboral (Murauskiene *et al.*, 2013). Los niveles de aportación se determinan con base en los niveles salariales promedio de las personas en los últimos dos años, lo que incrementa la estabilidad de los ingresos durante periodos de alto desempleo. También se requiere que el fondo del seguro de salud acumule reservas en los periodos en que las aportaciones son altas. Para apoyar esta política, en 2009, Lituania puso en marcha una reforma fiscal que aumentó los ingresos fiscales generales y a la vez disminuyó el tamaño del sector público. El empleo de este enfoque contra cíclico al financiamiento de la salud ayudó a Lituania a mantener su financiamiento del sistema de salud durante la crisis financiera y podría utilizarse en México para pagar las aportaciones a las instituciones de seguridad social de las personas que de otra forma se ven obligadas a abandonar su aseguradora, por ejemplo, debido a cambios en su situación laboral.

También surgen diversos cuestionamientos sobre la forma precisa de financiamiento basado en impuestos que sería más adecuado en México. Si bien la elección entre impuestos al consumo o al ingreso es relevante más allá del sector salud, debido a la gran fuerza de trabajo informal, es más probable que los impuestos al consumo generen ingresos. Aunque México ya cuenta con impuestos a las bebidas gaseosas, al tabaco y al alcohol, puede haber margen para aumentar los impuestos a conductas no saludables y destinar estos impuestos “al pecado” para la salud. Por ejemplo, en 2013 Francia estableció un impuesto a la cerveza, que fue etiquetado para la salud y se espera que genere 480 millones de euros (Thomson, 2014). Otros países se han centrado en otras conductas no saludables, incluidos alimentos con un alto contenido de grasa. Sin embargo, esto puede ser difícil en el corto plazo, ya que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se comprometió a evitar nuevos impuestos o aumentos de los impuestos existentes hasta el año 2018.

No obstante, la evidencia sugiere que etiquetar no sólo reduce la flexibilidad en la manera de utilizar los recursos (Heller, 2006), sino que puede también provocar reducciones de fondos no etiquetados para la salud si la Secretaría de Hacienda y Crédito Público decide que los nuevos impuestos etiquetados están generando suficientes ingresos. Esto ocurrió, por ejemplo, a finales de la década de 1990 en Kazajistán, donde los ingresos de un nuevo impuesto sobre la nómina fueron compensados con disminuciones en los ingresos de gobiernos locales (Kutzin *et al.*, 2010). Por consiguiente, esta “compensación” anula el propósito de etiquetar en primer lugar. Una estrategia para evitar esto es establecer legislativamente el porcentaje del gasto público total que se asigna al sector salud; esta estrategia se adoptó en la República de Moldavia y ha demostrado ser efectiva para asegurar que se mantenga el gasto en salud.

4.2. Los recursos financieros deben distribuirse y asignarse de manera más eficiente para reflejar las necesidades de salud

Mejorar la asignación de recursos es de gran importancia, sobre todo si hay poco o ningún espacio fiscal que permita ingresar más recursos al sistema de salud en el corto plazo. En esta sección se describe cómo mejorar el proceso de distribución de los recursos. El análisis se centra sobre todo en la asignación de fondos para el Seguro Popular entre las entidades federativas pues bajo el sistema actual, las instituciones de seguridad social son responsables de su propio financiamiento y de las decisiones de asignación de recursos; no hay mecanismo alguno para reasignar los fondos entre los sistemas. Se necesita una mejor asignación de recursos entre los otros sistemas, aunque antes de considerarla se requiere contar con un fondo común o el equivalente funcional que permita que los recursos se distribuyan de manera efectiva en todas las instituciones (ver sección 4.4). No obstante, el análisis presentado en esta sección sobre la asignación de recursos ofrece lecciones importantes y análogas para la redistribución de recursos a lo largo de los sistemas, suponiendo que se dispone de un fondo común o su equivalente funcional.

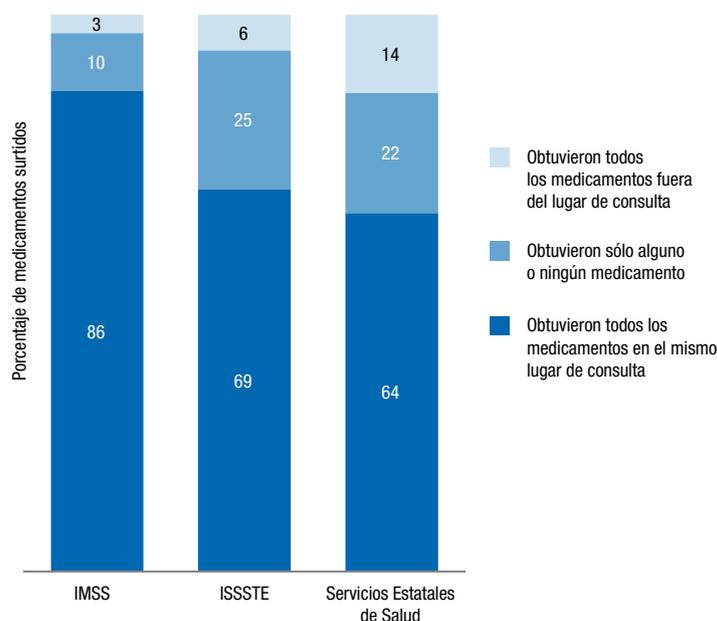
Las transferencias a las Secretarías de Salud estatales deben llevarse a cabo en las fechas programadas para mejorar la previsibilidad de la disponibilidad de recursos

La manera en que los fondos llegan a los estados es compleja; primero, se transfieren de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a la Tesorería del estado, la cual después los traspasa a la Secretaría de Salud del estado. Sin embargo, hay inquietud respecto a que las transferencias federales a los estados no se realizan sin complicaciones, y los estados a menudo se quejan de que los recursos no les llegan a tiempo. La falta de previsibilidad de los recursos financieros ha contribuido históricamente a diferencias en calidad entre las regiones, así como a una considerable variación entre los diferentes sistemas y regiones en cuanto a capacidad y oferta. Por ejemplo, de acuerdo con la encuesta a los hogares ENSANUT 2012, 36% de los usuarios de los Servicios Estatales de Salud no obtuvieron todos los medicamentos necesarios en la unidad que visitaron debido a su desabasto (Gráfica 4.4). Entre los usuarios del IMSS y del ISSSTE, el 13% y el 31%, respectivamente, tampoco obtuvieron todos los medicamentos en el establecimiento debido a escasez en el suministro (aunque cifras de las instituciones de seguridad social sugieren tasas más altas de surtimiento completo de recetas médicas).

Una causa importante de esta imprevisibilidad es el momento en que se realizan las transferencias a las Secretarías de Salud estatales. La intención es que los pagos realizados a estas se realicen cada trimestre, pero en la realidad a menudo se llevan a cabo de forma irregular. Debido a que hay dificultades con la recaudación efectiva de impuestos en México, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público no realiza proyecciones que abarquen más allá de un año y en ocasiones hay periodos donde los ingresos generales no están disponibles. Asimismo, dado que los estados no siguen los requisitos contables correctamente, se ha informado que las transferencias por parte de la Secretaría de Hacienda a diferentes administraciones del sector público a veces se retrasan. Esto crea cargas tanto en el nivel federal como en el estatal porque,

si bien las secretarías federales y estatales tienen un plan anual de lo que van a necesitar en términos de flujo de caja, no se sabe la fecha exacta en que recibirán los recursos, por lo que es difícil planear con precisión, lo que puede dar paso a problemas de suministro. De acuerdo con la Dirección General de Financiamiento del Seguro Popular, a la larga esto puede provocar que los estados no utilicen todos sus recursos.

Gráfica 4.4. **Surtimiento de medicamentos recetados por institución**



Fuente: ENSANUT 2012.

Históricamente, también ha habido retrasos en las transferencias de fondos en el nivel estatal, de las Secretarías de Finanzas a las Secretarías de Salud. Como parte de la reforma del 4 de junio de 2014, la Secretaría de Finanzas del estado debe enviar los fondos a la Secretaría de Salud, también del estado, en cinco días. Si bien esta reforma reciente mejoró las transferencias de fondos desde la Secretaría de Finanzas estatal a su homóloga de Salud, estableciendo límites en cuanto al tiempo que la Tesorería puede mantener los fondos antes de transferirlos a Salud, hay margen de mejora adicional. México debe asegurarse de que las transferencias a las Tesorerías estatales se realicen en un tiempo predefinido, por lo regular cada trimestre. De otra manera, las grandes variaciones en la previsibilidad del financiamiento público hacen que sea difícil planificar y mantener la calidad y el acceso a bienes y servicios de salud.

Las fórmulas de asignación de recursos deben reflejar mejor las diferencias en las necesidades de salud

Existen tres tipos de financiamiento disponibles para que los estados administren el Seguro Popular:

- 1) La Cuota Social, que proporciona el mismo nivel de financiamiento federal per cápita para cada persona afiliada.

- 2) La Aportación Solidaria Federal, que toma en cuenta cuatro factores (descritos más adelante) y proporciona, en promedio, 1.5 veces la Cuota Social.
- 3) La Aportación Solidaria Estatal, que proporciona recursos asignados por cada entidad federativa de su propio presupuesto. Por ley, se supone que las entidades federativas deben entregar una asignación igual a 0.5 veces la Cuota Social.
- 4) Al establecer estas asignaciones sobre una base per cápita, el Seguro Popular pretende promover una mayor equidad en el financiamiento entre los estados. Además, la asignación específica per cápita del estado de la Aportación Solidaria Federal puede variar según una fórmula que toma en cuenta cuatro factores:
 - i) Un componente per cápita.
 - ii) Una asignación ajustada a las necesidades de salud per cápita.
 - iii) Un componente que asigna recursos de acuerdo con las aportaciones adicionales realizadas por las entidades federativas de sus propios presupuestos.
 - iv) Un componente de desempeño.

Durante los primeros diez años del Seguro Popular, la ponderación asignada a estos factores fue: 80%, 18.5%, 0.25% y 1.25%, respectivamente; esto refleja la prioridad dada a mejorar la equidad en el financiamiento. Si bien este modelo de asignación de recursos fue efectivo en un principio porque motivaba a los estados a afiliarse a más personas, ahora los niveles de financiamiento se han estancado porque la mayoría de los mexicanos elegibles ya están afiliados al Seguro Popular.

En la práctica, la cantidad que se asigna a cada estado de acuerdo con la fórmula de la Aportación Solidaria Federal se compara con los fondos que ya recibe cada estado a través del FASSA (Ramo 33) para financiar los servicios de salud a la persona (FASSA-P) y diversos programas de salud (estos recursos existentes se conocen comúnmente como alineables). Sólo se transfieren recursos adicionales a los estados cuando los alineables son menores a los recursos mandados por la fórmula de la Aportación Solidaria Federal; es decir, cuando los estados ya cuentan con recursos superiores a la cantidad determinada por la fórmula, no se proporcionan recursos adicionales. Ya que los alineables no pueden redistribuirse fácilmente entre los estados, el impacto de la fórmula se ha reflejado sobre todo en los estados que previamente no contaban con fondos suficientes.

Después de más de diez años de implementación del Seguro Popular, vale la pena reconsiderar si la fórmula actual de la Aportación Solidaria Federal se puede utilizar para reflejar mejor las diferencias en las necesidades de salud, o bien, para impulsar un mejor desempeño. Esto se haría al ajustar las ponderaciones dadas a cada factor en la fórmula. Sin embargo, mientras los recursos existentes (alineables) no puedan redistribuirse entre los estados, se espera que el componente per cápita se mantenga alrededor de 80%, lo que limita el impacto redistributivo de la fórmula.

Mejorar el uso de los recursos requiere una fórmula de asignación de recursos más cuidadosa que tome en cuenta las diferencias en las necesidades de salud. Por lo regular se han usado métodos de asignación de recursos ajustados por riesgos en mercados competitivos para reducir la probabilidad de selección de riesgos entre los fondos de enfermedad, por ejemplo en Bélgica, Países Bajos, Israel y Alemania (Saltman

et al., 2004). En el caso de México, donde no hay competencia entre los estados (o los esquemas de aseguramiento), el propósito de la asignación de recursos ajustada por riesgos es asegurar que los recursos se asignen con base en las necesidades de la población y no en la demanda de la población. A medida que se realizan esfuerzos para mejorar la fórmula de asignación de recursos utilizada por el Seguro Popular para capturar la variación regional de las necesidades, puede aprenderse de la experiencia del Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés, el cual tiene una larga historia implementando métodos de asignación de recursos basados en necesidades en un entorno de mercado no competitivo (Recuadro 4.3).

Recuadro 4.3. **El NHS inglés ofrece enseñanzas para métodos ponderados de asignación de recursos per cápita**

El NHS inglés ha dedicado mucha atención al diseño de métodos de asignación de recursos (Smith, 2008). Desde 1976 se utiliza una fórmula de capitación ponderada, cuando el *Resource Allocation Working Party* recomendó que la asignación de recursos se basara en el tamaño de la población en cada área de salud (es decir, en diferentes momentos, estas “áreas” de salud eran Autoridades de Salud, Grupos de Atención Primaria, Fideicomisos de Atención Primaria o Grupo Clínico Comisionado), ajustado por necesidades diferenciadas en función de características regionales como la edad y otros factores relacionados, así como ajustes por las diferencias regionales en precios. Desde su creación, se han realizado varios ajustes a la metodología, incluyendo el uso de la Fórmula York (1994), AREA (Asignación de Recursos a Zonas Inglesas) (2002) y CARAN (Combinación de Necesidades Relacionadas con la Edad y Necesidades Adicionales) (2008).

En el NHS, la cantidad de financiamiento objetivo que cada área de captación debe recibir se calcula con base en el tamaño de la población desglosado por edad y sexo, con ajustes por diferencias en el uso y el costo de la atención de salud de acuerdo con la distribución por edad, factores de necesidades como las características socioeconómicas y demográficas de la población (como tasas de mortalidad, tasas de natalidad, medidas de morbilidad, etc.) y variaciones regionales en los costos. Esta cantidad objetivo se compara con el nivel real de financiamiento; si los niveles objetivo están por encima de los reales, es probable que esa región reciba financiamiento extra, dependiendo de la disponibilidad de fondos y compromisos previos. Se utilizan costos y fórmulas unitarios separados para calcular las asignaciones para los diferentes servicios de salud, como atención hospitalaria o de prescripción, que se ponderan para determinar la asignación total de recursos.

La experiencia de Inglaterra ofrece importantes lecciones respecto a los indicadores basados en necesidades adecuados para asegurar que no se refuerce alguna desigualdad en el acceso como consecuencia del método de asignación de recursos (Asthana et al., 2004; Vallejo-Torres et al., 2009). Por ejemplo, si se recurre a datos de utilización para medir las necesidades, pero regiones que desde antes eran más ricas utilizan más servicios de salud como resultado de su capacidad de pago, la asignación de recursos adicionales a estas áreas sería innecesaria y daría lugar a nuevas desigualdades. Del mismo modo, si ciertos grupos no utilizan el nivel de atención que se necesita, una fórmula de asignación de recursos agravaría su necesidad insatisfecha. Podrían surgir problemas similares si los datos de prevalencia se usan para reflejar las necesidades, pero no se ajustan para captar la gravedad; si dos regiones tienen la misma prevalencia de enfermedad, pero una de ellas tiene casos mucho más severos, la región con mayor gravedad puede no recibir los recursos que necesita. Ha habido intentos para tomar en cuenta algunas fuentes de variabilidad, incluyendo esfuerzos en Inglaterra para ajustar por la posibilidad de que la baja utilización de la atención de la salud en algunas áreas se deba a la escasa disponibilidad de servicios generales e intensivos (National Health Service, 2013).

Si bien hay iniciativas en curso para mejorar la fórmula de asignación de recursos en el SP, establecer una fórmula particular de asignación de recursos depende de la disponibilidad de datos. Un primer paso es que la Secretaría de Salud determine los indicadores apropiados para incluir en la fórmula para capturar la variación en la demografía, necesidades de salud y costos de atención de la salud. Cualquier fórmula de asignación de recursos debe intentar explicar la mayor variación de las necesidades de salud de los individuos, aunque cuando no sea posible medir de manera individual, es apropiado utilizar datos regionales (por ejemplo, podrían ser útiles datos de vigilancia epidemiológica). Un movimiento hacia la asignación de recursos basada en las necesidades sería una notable mejora de los métodos de asignación actuales que operan en el Seguro Popular, sin embargo, hay que trabajar para asegurar que los indicadores de necesidades (por lo general medidas de utilización) no exacerben las desigualdades existentes; para esto, la fórmula debe tomar en cuenta las diferencias regionales de la gravedad de la enfermedad y la capacidad de atención de la salud.

Al mismo tiempo, se percibe que los métodos de asignación de recursos per cápita no han proporcionado los incentivos adecuados a los estados para mejorar el desempeño; como resultado, México está en proceso de revisión de su fórmula de asignación de recursos, según lo observado en 2014 cuando el peso del componente de las necesidades de salud se redujo a 14.9%, y se dio mayor peso a los componentes de esfuerzo (0.4%) y desempeño (4.7%) de los estados, respectivamente.

No obstante, también sería relevante especificar cuál es el objetivo final, ya que dirigir el objetivo hacia la equidad y la eficiencia mediante una sola fórmula puede ser difícil. Cuando se asignan recursos a los estados, tomar en cuenta las diferencias regionales ciertamente concuerda con los principios de equidad, mientras que asignar los recursos privilegiando el desempeño puede implicar una reducción de asignaciones a los estados con mayor necesidad pero desempeño más pobre. En cualquier caso, se puede buscar mejorar la eficiencia en el contexto de la separación entre comprador y proveedor, y la implementación de un marco más exigente de rendición de cuentas del desempeño. Hay margen para explotar los mecanismos de pago con el fin de mejorar el rendimiento dentro de los estados. Sin embargo, reducir el financiamiento a los estados con un desempeño ineficiente sólo deteriorará más la prestación de servicios.

Una mejor asignación de recursos también puede mejorar la calidad de la atención, sobre todo si los recursos se dirigen al apoyo de infraestructura y recursos humanos en las áreas de mayor necesidad y con baja capacidad en el Seguro Popular, y eventualmente a otros esquemas de aseguramiento. Por ejemplo, muchos actores clave en México informaron que el sistema de salud en general se beneficiaría de los programas de formación de personal de salud. Algunas estimaciones sugieren que 70% del personal de salud de atención primaria no ha recibido educación continua desde que obtuvieron su título académico. Programas de capacitación ejecutiva en servicios de salud también podrían ser útiles para que los proveedores puedan utilizar más eficientemente los recursos. Aunque se han planeado algunos programas de capacitación, no hay programas de capacitación de nivel nacional o estatal; como se sugiere en el Capítulo 5, se requiere un programa de capacitación financieramente sostenible que construya la capacidad de gestión tanto a nivel federal como local. También hay informes de que no hay suficientes especialistas en las áreas rurales,

lo que puede indicar que el gasto adicional se justifique para recompensar a los proveedores ubicados en estas áreas.

En Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda, los incentivos financieros han tenido éxito en la contratación de médicos para zonas rurales, aunque permitir a los médicos amortizar sus préstamos de manera anticipada y “comprar” su compromiso con la práctica rural, como ocurre en muchos programas en Estados Unidos, puede disminuir la eficacia de estos programas (Sempowski, 2004). La evidencia de un programa en Japón que ofrece un subsidio completo para estudiar medicina para médicos que practiquen en zonas rurales con servicios deficientes durante los seis años siguientes al término de su licenciatura, sugiere que los médicos que participan en este tipo de programas tienen mayor probabilidad de practicar en zonas rurales más adelante en su carrera (Matsumoto, Inoue *et al.*, 2010). Es importante evaluar las necesidades para entender con más precisión dónde están las brechas en las capacidades de los recursos humanos antes de diseñar programas de fortalecimiento de recursos humanos.

Más adelante, los métodos de asignación de recursos basados en las necesidades también podrían utilizarse para asignar los recursos no sólo mediante los programas de los Servicios Estatales de Salud, sino de una manera más eficiente y equitativa en todos los esquemas de aseguramiento, como es el caso de muchos otros países, entre ellos Alemania, Corea, Israel y los Países Bajos, donde los recursos financieros se reúnen en un solo fondo. Sin embargo, antes de considerar enfoques de ajuste de riesgo o de compensación de riesgos entre los sistemas es necesario contar con una fuente de financiamiento compartida o algún tipo de equivalente funcional (véase la sección 4.4 sobre un fondo común).

Es importante disponer de más información sobre cómo las entidades federativas ejercen sus recursos para seguir rindiendo cuentas

Cuando los fondos llegan a la Tesorería del estado, no se sabe si se utilizarán de manera efectiva para apoyar a los servicios de salud, debido a la falta de rendición de cuentas a nivel estatal. Esto ocurre por varias razones. Primero, las transferencias de la Tesorería del Estado a la Secretaría de Salud del estado suelen hacerse con lentitud. Del mismo modo, se presentan informes limitados de cómo se ejercen los fondos, lo que deja abierta la posibilidad de que los fondos destinados a la salud se utilicen para otros fines. Ha habido varias denuncias de alto perfil de corrupción y mal uso de los recursos estatales.

Según la legislación mexicana vigente, los estados tienen la responsabilidad de decidir cómo gastar sus recursos, lo que significa que la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público no saben cómo se gastan los fondos y no pueden garantizar eficiencia o calidad a este respecto. No obstante, hay normas generales sobre cómo pueden utilizar los recursos los estados, lo cual es importante tomando en cuenta las variaciones en la capacidad administrativa y de gestión entre los estados. No se puede destinar más de 40% de los recursos del Seguro Popular a recursos humanos, no más de 30% se puede gastar en productos farmacéuticos y un mínimo de 20% puede utilizarse en actividades preventivas. Sin embargo, más allá de estas cifras, no hay una estrategia clara de asignación de recursos a nivel estatal, lo cual deja a las entidades federativas la responsabilidad de cómo ejercer los recursos dentro de estas restricciones. La única excepción es para las intervenciones de salud

pública, donde los estados toman decisiones en conjunto con la Secretaría de Salud sobre cómo deben asignar su gasto en actividades de prevención. Métodos similares de toma de decisiones en conjunto podrían emplearse para otro tipo de gastos, particularmente en estados con limitaciones en su capacidad de gestión.

La limitada disponibilidad de información sobre cómo las Secretarías de Salud estatales asignan sus recursos es una preocupación importante. Se requiere aún contar con una mejor rendición de cuentas de cómo se utilizan los fondos para la salud y con incentivos e indicadores para asegurar que el dinero se utilice de manera correcta. Si bien existen algunos datos, en particular en el Seguro Popular, donde es obligatorio informar sobre algunas áreas como el gasto en medicamentos cubiertos, otros rubros de gasto como el paquete básico y las intervenciones de salud pública, no se suelen reportar. El cambio legislativo del 4 de junio de 2014 aborda este tema, pero todavía no se conoce la eficacia de la reforma. Sin embargo, deberá haber mayor acceso a los datos sobre cómo se gasta el dinero de los estados.

Una opción para mejorar la rendición de cuentas es incentivar financieramente a los estados para que presenten mayor información. Por ejemplo, Italia también ha enfrentado una situación comparable con la de México, al tener una variación significativa en la capacidad administrativa y de gestión ente las regiones en un entorno muy descentralizado (Tediosi *et al.*, 2009). Desde comienzos de la década de 2000, el gobierno central ha dado incentivos a las regiones para que mejoren sus informes. Ha habido acuerdos entre el gobierno central y las regiones mediante los cuales estas últimas pueden obtener recursos adicionales condicionados a mejores informes. En 2007, se exigió a las regiones altamente endeudadas que recibían fondos adicionales presentar informes trimestrales que describieran el grado en que se cumplían los objetivos de política predeterminados.³

Si no se mejora la rendición de cuentas, es posible que los estados terminen por perder gran parte de su autonomía sobre el gasto en atención de la salud. Como respuesta al mal manejo del financiamiento, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha realizado esfuerzos recientes para obtener un mayor control al mantener los recursos fuera de las tesorerías locales, y en su lugar, dejarlos en la Tesorería federal y pagar directamente a los proveedores. Esto establecería, en esencia, tres formas de transferir el dinero: mediante transferencias en especie, mediante depósitos del tesoro nacional, y mediante transferencias directas a los sistemas locales. Si los fondos se mantuvieran en la Tesorería federal, el gobierno federal podría realizar pagos directos a los trabajadores, laboratorios y servicios de limpieza de los estados. Los estados todavía podrían tomar decisiones en materia de contratos, pero la Secretaría de Hacienda y Crédito Público pagaría las facturas. Si bien estas señales de que a la SHCP le preocupa la posibilidad de que las instituciones estatales hagan mal uso de los fondos, el plan también puede ser problemático debido a que esta Secretaría actualmente no tiene la capacidad para operar un sistema de este tipo. Sin embargo, un marco para este enfoque ha recibido recientemente la aprobación del Congreso y puede implementarse en el futuro si las entidades federativas no rinden buenas cuentas.

4.3. Promover la continuidad en la atención al permitir que los mexicanos conserven su afiliación al cambiar su situación laboral y al apoyar la portabilidad de la información

Dentro del sistema de salud, la portabilidad puede referirse a tres áreas: portabilidad de aseguradora, portabilidad de servicios y portabilidad de información. La portabilidad de servicios se analiza a profundidad en el Capítulo 5. En esta sección, se discute la portabilidad de afiliación a una aseguradora y la portabilidad de información. La portabilidad de la afiliación a una aseguradora es importante ya que un gran porcentaje de mexicanos cambian de sistema en el transcurso de un año si su situación laboral cambia, lo que puede afectar su acceso a la atención. Muchas de estas personas preferirían mantener la afiliación con su aseguradora más allá del actual periodo de gracia de dos meses si se les diera la opción de hacerlo.

Hay muchas barreras para la portabilidad de aseguradora, incluida la heterogeneidad en la cobertura y en la infraestructura de atención médica entre los esquemas. Para conseguir esta portabilidad, un paso importante pero políticamente difícil en la actualidad sería, a largo plazo, desvincular el seguro de salud de otras funciones de las instituciones de seguridad social para que los esquemas de aseguramiento en salud existan como entidades propias. Esto es necesario para que las personas puedan mantener su afiliación a un seguro de salud sin necesidad de seguir financiando o participando en otras funciones de las instituciones de seguridad social, como el otorgamiento de pensiones y seguridad social. Del mismo modo, para promover la continuidad en la atención y permitir a los mexicanos cambiar de aseguradora con menos problemas, los registros de salud del usuario y otra información relevante deben ser transferibles de manera fácil y accesible entre los proveedores, independientemente del esquema de afiliación. Un mayor acceso a información sobre el usuario también puede reducir la complicación de articular el sistema en el futuro.

Se debería permitir a los mexicanos mantener la afiliación a su seguro si su situación laboral cambia

La afiliación a un esquema de salud está estrechamente ligada a la situación laboral. Por ello, alrededor de un tercio de los afiliados al IMSS se cambian al Seguro Popular cada año, y viceversa. Esto resulta problemático ya que los sistemas ofrecen acceso a su propia red de proveedores; por tanto, si un individuo cambia de aseguradora es probable que también deba cambiar sus proveedores de atención médica, lo que podría interrumpir la continuidad de la atención. En la actualidad hay algunos ejemplos para tratar y evitar esto, como la atención de urgencias obstétricas, donde las mujeres pueden recibir atención en caso de urgencia del proveedor público más cercano que pueda ofrecer los servicios, independientemente del tipo de aseguramiento que tengan.

En comparación con el Seguro Popular, el IMSS adquiere muchos servicios fuera de su esquema. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la atención fuera de la red de atención (tanto en el sector público como privado) se proporciona en casos aislados donde no se dispone de tipos de atención específicos dentro del sistema. Los acuerdos con proveedores fuera de la red pueden ser administrativamente engorrosos y debido a que los precios no son uniformes entre las aseguradoras, esta atención puede ser

costosa. Se transfiere poca atención dentro del Seguro Popular entre los estados; para 2013 sólo se utilizaron alrededor de mil millones de pesos (74 millones de dólares estadounidenses, 59 millones de euros, 1.8% de los recursos financieros transferidos a los estados para la prestación de atención de la salud) para pagar la atención obtenida entre los estados. Se deben realizar esfuerzos para mejorar la portabilidad de los servicios de salud, ya que esto podría ser más factible en el corto plazo que permitir la portabilidad de aseguradora.

Hay una serie de temas por abordar para que las personas mantengan su esquema de afiliación si cambia su situación laboral. Primero, permitir la portabilidad de aseguradora requerirá métodos de financiamiento más flexibles, ya que una persona que deja el empleo formal presumiblemente ya no pagará sus aportaciones a la nómina, y tampoco lo hará su empleador. Del mismo modo, las aportaciones de seguridad social a las instituciones correspondientes se hacen por familia (sin tomar en cuenta el número de dependientes, aunque los esquemas de aseguramiento reciben financiamiento extra por parte del gobierno federal para compensar por las familias que tienen dependientes extra) mientras que el financiamiento del Seguro Popular es por persona. Las aportaciones de seguridad social del gobierno al IMSS se calculan con base en una cantidad diaria fija igual a 13.9% del salario mínimo en el Distrito Federal a partir de julio de 1997, y se ajustan cada trimestre con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor. Un problema adicional es la necesidad de compensar a los esquemas ya que hay diferencias en las poblaciones afiliadas —el ISSSTE reporta tener una población mucho mayor de edad que las demás instituciones, así como un mayor porcentaje de mujeres—, lo que podría causar que las aseguradoras intentaran dejar sin cobertura a los usuarios de alto costo en caso de que los afiliados tuvieran facilidad de transferencia entre los sistemas. Por último, si bien los niveles de gasto han convergido en cierta manera entre los esquemas, estos pueden distinguirse: todavía ofrecen diferentes paquetes de prestaciones, con diferentes tasas de aportación y costos variables; esto debe solucionarse para evitar un desequilibrio entre las aseguradoras si los usuarios prefieren estar afiliados a alguno de los esquemas que a otros.

Se necesitaría tomar diversas medidas para que las personas tuvieran la capacidad de elegir su propia aseguradora, o por lo menos, conservar la afiliación a una después de un cambio en el empleo. En un plazo relativamente corto, los ingresos fiscales generales podrían subsidiar las aportaciones para algunos trabajadores formales que cambian de empleo pero que desean permanecer con su aseguradora de salud y que de otro modo no pueden pagar la prima del seguro para el hogar (véase la experiencia de Lituania con los estabilizadores automáticos descrita antes). Aunque esta puede parecer una estrategia arriesgada, debe tomarse en cuenta que la formalización de la fuerza de trabajo mexicana parece suceder con rapidez, lo cual es un contexto alentador para este tipo de reforma. Sin embargo, se requerirá una legislación eficaz para prevenir que las empresas transfieran a sus empleados a la subcontratación o al empleo informal. En los últimos años las instituciones de seguridad social de México han hecho esfuerzos significativos de auditoría para eliminar prácticas ilegales de esta naturaleza, y estos deben ampliarse. También podría ser útil hacer un programa piloto de este tipo de reforma en unas cuantas áreas, con un control riguroso de las tasas de afiliación al Seguro Popular y a la seguridad social, así como de las tasas de empleo formal e informal.

Para apoyar la portabilidad de aseguradora, debe estandarizarse la calidad de la atención y los precios de los servicios entre los esquemas para que las aseguradoras sean capaces de atraer a los afiliados (véase el Capítulo 5). Para estandarizar la calidad, también es esencial que la acreditación sea más generalizada y considere medidas de resultados de salud, en lugar de sólo indicadores de calidad relacionados con la infraestructura. Actualmente, no se requiere acreditar por ley a los establecimientos de las instituciones de seguridad social, aunque los establecimientos privados deben ser acreditados para que el Seguro Popular suscriba contratos con ellos. Una mejor asignación de recursos y mejores mecanismos de financiamiento también pueden ser útiles para mejorar y homogeneizar la calidad, así como para asegurar que los recursos de los esquemas reflejen las necesidades de salud de los afiliados de manera adecuada.

Si bien muchos países permiten que las personas elijan a su aseguradora de salud, la mayoría de ellos tienen muchos más planes que México. Alemania, por ejemplo, tiene más de 1000 esquemas de aseguramiento para elegir. Aunque no existe un fundamento que apoye la competencia entre esquemas en México, hay ejemplos de países que permiten a sus ciudadanos elegir entre un pequeño número de planes de salud. Por ejemplo, Israel cuenta sólo con cuatro Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), pero permite a las personas elegir libremente su aseguradora y la transferencia entre aseguradoras una vez por año (Recuadro 4.4).

Recuadro 4.4. **La experiencia israelí que permite a los pacientes elegir aseguradora**

Aunque su población y tamaño geográfico son significativamente más pequeños, la experiencia israelí ilustra cómo podría operar la elección de aseguradora en México (Rosen et al., 2009). En Israel funcionan cuatro planes de salud sin fines de lucro que compiten entre sí entre los cuales pueden elegir las personas, los cuales están obligados a aceptar a todos los solicitantes. El sistema es financiado en gran medida por la capacidad de pago. Las primas se acumulan mediante los impuestos (principalmente impuestos al ingreso, IVA y aranceles) y se pagan en nombre de cada persona a los planes con base en una fórmula de subvención.

El Instituto de Seguro Nacional recibe fondos del gobierno y los distribuye entre los planes de salud, principalmente de acuerdo con las necesidades de los afiliados. Si bien históricamente la fórmula de asignación de recursos se basaba sólo en la edad, se le han hecho cambios recientes que toman en cuenta el género y el lugar de residencia. Se ha discutido acerca de usar otras variables, pero ha habido resistencia debido a problemas de disponibilidad y confiabilidad de datos. El propósito de la fórmula es garantizar la equidad y desalentar la selección de riesgos. Si los planes gastan de más, generalmente son rescatados pero deben someterse a supervisión adicional.

Al igual que en México, los planes de salud en Israel ofrecen principalmente servicios por medio de sus propias redes de proveedores. Dentro de cada esquema, los pacientes pueden elegir a sus propios proveedores, aunque no siempre es posible consultar a proveedores ajenos al sistema. Es importante destacar que a pesar de la disponibilidad de elección de la aseguradora, muy pocos israelíes cambian cada año (alrededor de 1 a 1.5%) (Shmueli et al., 2007). En México, un acuerdo similar que permita la elección de aseguradora principalmente posibilitaría a las personas conservar su aseguradora en caso de un cambio en el empleo. Es importante destacar que la investigación sugiere que con esto no se cumplieron algunos de los objetivos de la competencia gestionada —como la mejora en la calidad y un mejor control de los costos—, y no debe esperarse que necesariamente se cumplan en México en caso de adoptar un enfoque similar (Gross y Harrison, 2001).

El seguro de salud debe desvincularse de otras funciones de las instituciones de seguridad social

Si los mexicanos pudieran conservar su aseguradora tras un cambio en el empleo, o elegir a su aseguradora en general, la afiliación a una aseguradora de salud se desvincularía de manera efectiva de la situación laboral. No obstante, las muchas funciones de las instituciones de seguridad social no relacionadas con la salud, como la propia seguridad social o las pensiones, podrían seguir otorgándose a las redes de trabajadores del sector privado y público, respectivamente, ya que puede no ser factible o deseable que los individuos fuera de la fuerza laboral formal contribuyan o participen en todas las ofertas del esquema. Para permitir que las personas sólo mantengan su afiliación a la parte del seguro de salud de los regímenes de seguridad social, es probable que se tenga que separar a los esquemas de seguro de salud de las otras funciones de las instituciones de seguridad social. Esto permitiría operar esquemas de seguros de salud independientes.

Aunque esto parece ser políticamente irrealizable en este momento, podría avanzarse en esta dirección. Tanto el IMSS como el ISSSTE han experimentado dificultades financieras recientemente, lo que podría dejarlos en una posición en la que la SHCP los obligue a reestructurarse a cambio de apoyo financiero. El IMSS informa que está actuando para mejorar la eficiencia y ha llevado a cabo numerosas medidas para reducir los costos en un esfuerzo por evitar un rescate financiero (IMSS, 2014). Sin embargo, de llevarse a cabo un rescate financiero para cualquiera de las instituciones de seguridad social, sería prudente exigirles que separen el seguro de salud de sus otras funciones. En el corto plazo, esto facilitaría el mantenimiento de afiliación a una aseguradora entre las personas que cambian de situación laboral, ya que sería menos costoso para ellas afiliarse únicamente a la parte del seguro de salud de una institución de seguridad social, en lugar de exigir que ellos, o el gobierno en su nombre, contribuyan al paquete completo de seguridad social (pensión, vivienda, guarderías, etc.). En el largo plazo, suponiendo en particular que un solo organismo fuera responsable de la recaudación de ingresos y la asignación de recursos en todo el sistema de salud (véase la sección 4.4), la existencia de esquemas de seguros de salud autónomos operados por el Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y otros pequeños esquemas de seguros de salud públicos podrían hacerlo de modo que cualquier persona, independientemente de su situación laboral, pudiera afiliarse a la aseguradora de salud de su elección, con fondos asignados a su aseguradora en su nombre. Si se desea, las instituciones de seguridad social podrían ofrecer aseguramiento complementario para sus afiliados tradicionales del sector formal, al proporcionar cobertura adicional para servicios no incluidos en un paquete de prestaciones universal común.

La portabilidad de aseguradora tendrá más éxito si los sistemas de información están estandarizados

La portabilidad de la información —o hacer que los datos sean comparables y accesibles entre los esquemas— ayudaría a apoyar la elección de la aseguradora y a mejorar la continuidad de la atención, al facilitar —desde el punto de vista administrativo— al usuario el cambio de aseguradoras y a los proveedores la facturación por servicios a los diferentes sistemas. Tener mejor información puede ayudar a detectar fraudes, así como a garantizar prácticas más eficientes, como la reducción de la duplicación de los servicios.

Actualmente hay muchos sistemas de información en el sistema de salud mexicano, pero estas bases de datos no están vinculadas y no todos los actores (incluyendo a los estados) pueden acceder a ellas. Por ejemplo, como parte del Seguro Popular se diseñaron varios sistemas de información diferentes. Sin embargo, a pesar de las divisiones dentro del sistema de salud, hay evidencia de que es posible recolectar información y compartirla entre los esquemas. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) recoge y reporta con éxito información sobre las condiciones comunes que se producen cada mes en todas las instalaciones de los sistemas (Tapia-Conyer *et al.*, 2001).

Incluso dentro del IMSS, la falta de portabilidad de la información limita el acceso de los usuarios a servicios del IMSS en las fronteras estatales. El IMSS ha trabajado en un nuevo sistema de información, IMSS Digital, lo que constituye un paso importante para mejorar los registros de salud electrónicos del IMSS. Sin embargo, esta iniciativa puede crear aun más fragmentación si el sistema está diseñado para existir en paralelo y no para integrarse finalmente con los sistemas de información de los otros esquemas. Si bien esfuerzos como IMSS Digital representan importantes avances tecnológicos, pueden crear barreras a la portabilidad entre sistemas si no son compatibles con los sistemas de información de otros esquemas de aseguramiento.

En la actualidad, la Secretaría de Salud participa en tres proyectos en un esfuerzo para integrar los sistemas de información en salud: i) el Certificado Electrónico de Nacimiento; ii) la Cartilla Nacional de Vacunación Electrónica y iii) el Registro Nacional de la Población Asegurada (que cubra al Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y otras pequeñas instituciones de seguridad social como PEMEX y las Fuerzas Armadas). Para mejorar la portabilidad de la información, debe trabajarse más para homogeneizar los sistemas de información existentes, por ejemplo, al dar prioridad a la creación de un número único de identificación individual para los asegurados, desarrollar bases de datos más consolidadas e interoperables para todos los registros de salud de México, y utilizar plantillas de comunicación estandarizadas para uso de los proveedores. El fortalecimiento de los sistemas de información es un paso importante para modernizar el sistema de salud mexicano y también se analiza en los Capítulos 2 y 5.

4.4. Ampliar el financiamiento común entre los esquemas generaría mejoras tanto en la recaudación de ingresos como en la asignación de recursos

Ampliar el financiamiento común entre los esquemas podría generar ganancias de eficiencia y equidad en todo el sistema de salud, como parte de un programa más generalizado de acción para resolver las ineficiencias dentro y entre los esquemas de aseguramiento de salud de México. Esta sección trata sobre los obstáculos y los beneficios de ampliar el agrupamiento de los recursos financieros en México. Un primer paso práctico hacia el agrupamiento de fondos que puedan ser asignados entre los esquemas sería establecer un organismo que represente los intereses en común de todos los fondos de aseguramiento para tratar con otros actores del sistema de salud.

Existen diversos obstáculos para un fondo común de la salud en el corto plazo

En México, un obstáculo clave es que, de acuerdo con la Constitución, las instituciones de seguridad social son entidades distintas y se ven a sí mismas como entidades que ofrecen diferentes productos. Es poco probable que renuncien a la autonomía sobre sus finanzas y estén dispuestas a funcionar sólo como administradores de recursos, sin obtener autoridad o recursos adicionales a cambio. Una opción puede ser otorgar el control de manejo de un fondo común al IMSS o al ISSSTE. Sin embargo, aunque el IMSS es el mayor de los dos esquemas y podría parecer capaz de manejar los recursos de un fondo común único dado su tamaño relativo, esta quizá no sea una solución eficaz ya que podría haber deseconomías de escala administrativas. Probablemente el IMSS también se oponga a asumir la responsabilidad de recolectar, agrupar y asignar los ingresos tributarios de los trabajadores no asalariados, a pesar de su participación en otro programa para personas no afiliadas al IMSS, el IMSS Prospera.

Además, la atención médica proporcionada por la seguridad social en México es financiada por un sistema de reparto y beneficio definido y, por tanto, tal vez los afiliados no deseen formar parte de un fondo único por la preocupación de perder las prestaciones a las cuales han contribuido. Con un fondo único, invariablemente algunos de los recursos aportados por los afiliados a las instituciones de seguridad social serán reasignados en forma de subsidios cruzados para gastos de salud de personas no contribuyentes con costosas necesidades de atención. Esto ocurrió en Colombia, que estableció un fondo único nacional de aseguramiento en salud en 1993, el cual cubría a los trabajadores formales y a los autónomos que contribuyeran al fondo (mediante la aseguradora de su elección), así como a los pobres, a quienes se subsidiaba por completo. Si bien los contribuyentes al fondo subsidiaban de manera cruzada a los no contribuyentes, los contribuyentes recibían un paquete de prestaciones más generoso a cambio. Sin embargo, recientemente Colombia igualó totalmente los derechos y todavía existe el subsidio cruzado sustancial desde el régimen contributivo al no contributivo.

Es importante señalar que un arreglo en el que las familias no contribuyentes (como los afiliados al Seguro Popular) quedaran excluidos del acceso a los fondos de atención de la salud agrupados, podría plantear nuevos retos. Excluir a las familias no contribuyentes puede ser particularmente problemático si las que sí contribuyen se convierten en no contribuyentes por dejar el empleo formal. Grecia ofrece un recordatorio interesante de lo que puede salir mal cuando los esquemas de seguro de los trabajadores formales se fusionan, pero se excluyen los esquemas financiados públicamente para los trabajadores informales (Recuadro 4.5). Por tanto, es esencial que los sistemas de salud que deciden avanzar hacia un mayor agrupamiento de los fondos no omitan a los hogares no contribuyentes.

A pesar de la evidencia limitada de las variaciones en la calidad entre los sistemas, las instituciones de seguridad social perciben que sus servicios tienen mayor calidad y, por tanto, quizá les inquiete que agrupar los recursos financieros pudiera ser un paso hacia una fusión completa de los esquemas, lo que abriría por completo el acceso a su red de proveedores a los no afiliados. Si esto llegara a suceder, las instituciones de seguridad social probablemente podrían preocuparse de que sus servicios sufrieran por una demanda excesiva. Por tanto, cualquier esfuerzo para

tratar de unir los esquemas necesita crear incentivos apropiados que conduzcan a una calidad equivalente de la atención por parte de los esquemas para equilibrar la demanda y a la vez reconocer en cierta medida el *statu quo* institucional que permite el acceso exclusivo a las redes de proveedores. En general, los propios regímenes de la seguridad social prevén una mayor coordinación entre los esquemas, pero no una integración completa en un solo pagador.

Recuadro 4.5. **Dificultades al crear un fondo único en Grecia**

Si bien muchos países han creado con éxito un fondo común único, la experiencia reciente en Grecia ofrece algunas enseñanzas respecto a ciertos retos que pueden presentarse cuando se integra a las aseguradoras en un solo fondo. El sistema de salud de Grecia es similar al de México, ya que comprende un servicio nacional del sector público junto con el seguro social de salud. En 2011, Grecia creó la Organización Nacional de Servicios de Salud (EOPYY), que se fusionó con eficacia con los fondos de seguridad social existentes en un fondo único que ofrece un paquete de prestaciones estandarizadas. El objetivo de la fusión era en gran parte que los fondos que se encontraban en mala situación financiera pudieran beneficiarse de los fondos de aseguramiento cuya situación financiera era mejor.

Sin embargo, hubo diversos problemas. Primero, dado que en general los fondos fusionados estaban altamente endeudados, el EOPYY estaba en deuda desde que se estableció. Además, ya que con la fusión se redujo el paquete de prestaciones por la eliminación de algunas y la imposición o el aumento de copagos, aumentó la carga de los hogares para financiar algunos tipos de atención. Esto fue particularmente problemático durante la crisis financiera. Debido a que el EOPYY no cubre el desempleo de larga duración, una vez que el desempleo aumentó considerablemente durante la crisis financiera, muchas personas se quedaron sin seguro médico. El incremento en el desempleo provocó disminuciones masivas en las aportaciones, algo para lo que el diseño del sistema no estaba preparado. Mientras que antes el Servicio Nacional de Salud Griego (ESY) era el responsable de proveer servicios a las personas no aseguradas, no se integró de manera efectiva en la EOPYY y, en esencia, se le ignoró al crearse este. Eso representó un fracaso grave en el diseño de la política, y también podría ser problemático para México, donde los trabajadores informales representan un gran porcentaje de la fuerza laboral. Por tanto, a pesar de la probable resistencia de las aseguradoras a compartir determinadas funciones con el Seguro Popular, cualquier paso hacia una alineación mayor no podría excluir al Seguro Popular y a sus afiliados que no pertenecen a la fuerza laboral formal.

Un solo organismo debería tener la tarea de recaudar ingresos y asignar recursos entre los sistemas

A pesar de una probable oposición de parte de los grupos de interés, agrupar más los recursos financieros ofrece muchos beneficios. El argumento a favor más recurrente es que el riesgo financiero de la utilización de los servicios de salud se comparte entre toda la población. Del mismo modo, con esta medida puede lograrse más equidad en la distribución de los recursos, debido a que los fondos se asignan con base en la necesidad y no en la capacidad de pago (como se analizó en la sección 4.2). El agrupamiento de los fondos también puede generar ahorros, ya que los esquemas individuales no necesitan operar con algunas funciones administrativas duplicadas, y los fondos comunes pueden contar con una ventaja adicional para negociar precios más bajos por productos de atención de la salud, más allá de lo que es posible dadas las estrategias actuales de compras consolidadas.

Si bien puede ser prematuro considerar la reasignación de todos los recursos entre los esquemas con base en las necesidades, hay pasos hacia este objetivo que pueden servir para unir más los esquemas (desde el punto de vista del usuario) y que son políticamente factibles. Por ejemplo, una opción es el establecimiento de una dependencia única que regule diversos aspectos de los esquemas, como la recaudación de ingresos. Mientras que en México las instituciones de seguridad social son responsables de recaudar las aportaciones de sus afiliados, esto no ocurre en muchos países europeos con sistemas de aseguramiento social en salud como Bélgica, Francia e Israel (los cuales tienen organismos especiales del gobierno responsables de la recaudación de las aportaciones) o como en los Países Bajos (donde las autoridades fiscales son responsables de la recaudación).

Por tanto, un organismo único podría encargarse de recaudar los fondos y asignar los recursos a los esquemas con base en precedentes históricos (es decir, las aportaciones de los afiliados se asignarían en su totalidad a sus respectivos esquemas), pero desde el punto de vista administrativo, la asignación podría emanar de una sola fuente. Este organismo sería también responsable de agrupar los recursos del Seguro Popular, incluidas la Cuota Social pagada por el gobierno federal, así como la Aportación Solidaria Estatal procedente del presupuesto propio de cada estado. Si existiera voluntad política en un futuro, en última instancia, la dependencia podría asignar recursos en todo el sistema utilizando una fórmula de ajuste por riesgo. Esta sería una importante medida ulterior para asegurar que no subsistan asignaciones presupuestarias ineficaces que se realicen bajo el sistema actual; en Chile, por ejemplo, a pesar de que en 1979 se estableció un fondo único, la mayoría de los financiamientos se seguían asignando con base en precedentes históricos, lo que impedía la creación de incentivos para mejorar la calidad o la eficiencia.

En otros países, el equivalente de un fondo mancomunado único se logra mediante un sistema de igualación simple que asegura que las diferencias en las poblaciones de pacientes no se carguen excesivamente a ciertas aseguradoras en particular. Por ejemplo, en Eslovenia hay tres compañías de seguros de salud complementarias financiadas por primas calificadas por la comunidad que cubren a casi toda la población. Debido a que la aseguradora más grande, Vzajemna, cubre una cantidad desproporcionadamente mayor de población de más edad y de tratamiento más costoso, cada trimestre las otras dos compañías transfieren fondos directamente a Vzajemna para compensarla por ello. La cantidad exacta para transferir la calcula el Ministerio de Salud con base en las diferencias en los costos de salud entre las aseguradoras, de acuerdo con la edad y el género. En este caso, no es necesario un fondo común único porque el esquema de compensación de riesgos garantiza que los recursos se asignen con base en las necesidades de las poblaciones respectivas de cada aseguradora.

No obstante, incluso esto puede resultar ambicioso en el corto plazo para México. Un primer paso alternativo podría ser establecer una dependencia que integre gradualmente los esquemas de otras maneras. En Francia, por ejemplo, hay un fondo nacional común administrado por la Agencia Central de Seguridad Social, que se encarga de la distribución de fondos entre las aseguradoras de salud, jubilación y otras funciones de seguridad social. Sin embargo, los esquemas de aseguramiento también están unidos de forma diferente bajo la Unión Nacional de Cajas del Seguro de Salud

(UNCAM), una organización coordinadora. Este organismo, aunque no es responsable de agrupar fondos, articula los esquemas, al representarlos en negociaciones con los laboratorios farmacéuticos, por ejemplo (véase el Recuadro 4.6).

Por tanto, puede ser más factible desde la perspectiva política crear una dependencia similar, y con el tiempo darle más poder incluyendo la recaudación y la asignación de ingresos. En México ya hay ejemplos en los que los esquemas trabajan de manera conjunta hacia metas comunes, como la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS). Este órgano es responsable de negociar con los laboratorios farmacéuticos en nombre de todos los sistemas para obtener mejores precios de medicamentos de patente y de fuente única (sus funciones se describen con más detalle en el siguiente capítulo). Una opción podría ser aumentar la autoridad de un organismo existente para unir aún más a los esquemas, en lugar de crear uno nuevo para este fin. En este sentido, el IMSS ya ha propuesto el establecimiento de una comisión interinstitucional encargada de establecer las tarifas y los protocolos para el intercambio de servicios.

Recuadro 4.6. **Arreglos alternativos para unificar los esquemas: Francia**

Francia ofrece un ejemplo interesante de una opción alternativa que une a las aseguradoras de salud (Chevreul et al., 2010). En Francia los administradores de fondos de seguros de salud inicialmente se resistieron a cambios realizados por el gobierno para ejercer un mayor control sobre ellos. Debido a que el déficit del régimen general alcanzó niveles muy altos a principios de la década de 2000 y el sindicato de empleados se separó de la administración de los fondos de seguro de salud, el gobierno intervino con la Ley de Reforma de 2004. Esta ley fusionó a los tres esquemas principales de seguros (régimen general, régimen agrícola y régimen de los trabajadores independientes) en un Sindicato Nacional de Cajas del Seguro de Salud (UNCAM). El UNCAM, que funciona básicamente como representante de los esquemas de salud, se creó para mejorar la gestión de los planes, coordinar la política de los fondos de seguros y ser responsable en nombre de las aseguradoras de todas las negociaciones con proveedores (en relación con precios y tarifas, por ejemplo) y el Estado; el director general del UNCAM es también director del fondo principal. El objetivo primordial de la fusión de los esquemas fue mejorar la organización del sistema de salud, así como centralizar la gestión. Sin embargo, todavía existen fondos locales y regionales a cargo de administrar el seguro social a sus beneficiarios, y cuyos directores son nombrados por la dirección general. Este proceso de unificación gradual continúa incluso a nivel regional, a partir de la promulgación de la Ley de Hospitales, Pacientes y Territorios de 2009 que establece que hay una sola autoridad regional de salud (ARS) con sede en cada una de las regiones que supervisa todos los fondos, y con la tarea de regir la salud pública, la prestación y el financiamiento.

En los estados ya existe un fondo mancomunado de los recursos para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que como parte del Seguro Popular opera como un fondo único y también puede funcionar para otros tipos de atención. Por ejemplo, podría crearse un fondo nacional para pagar tratamientos de enfermedades raras de alto costo o medicamentos especializados. En este caso, los esquemas de aseguramiento estarían exentos de otorgar cobertura para estas áreas, lo que reduciría su exposición al riesgo y una potencial variabilidad en el costo asociado con la cobertura de este tipo de atención. En Uruguay, por ejemplo, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) es un fondo único que financia la atención especializada de alto costo,

misma que se financia por medio de aportaciones del Fondo Nacional de Salud en nombre de sus afiliados y por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Otras intervenciones elegibles, incluyen cirugías electivas o la atención materna. Pero no hay que olvidar la atención primaria y preventiva. En particular, México debe seguir la amplia experiencia internacional de definir y estimar los costos de los paquetes de servicios para enfermedades crónicas como la diabetes. Los contratos de prestación de servicios para grupos de pacientes con diabetes y otras condiciones prioritarias de salud pública podrían intercambiarse entre los subsistemas.

Del mismo modo, la creación de un fondo único para prevención podría facilitar la tarea de modificar las asignaciones presupuestarias para programas específicos de prevención. Actualmente en México hay 36 programas nacionales financiados por presupuestos verticales de los recursos del gobierno federal para programas de prevención que están basados en precedentes históricos, pero no es claro que la asignación de recursos a estos programas signifique el mejor uso de estos. Si hubiera un solo fondo común etiquetado para la prevención, se podría ajustar más fácilmente la asignación de recursos para abordar las necesidades en áreas de prevención específicas.

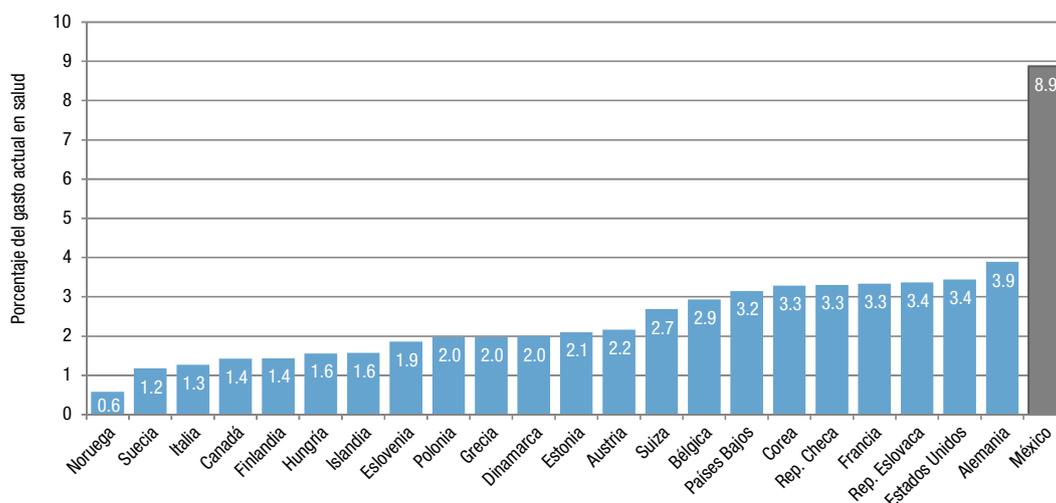
Unir los esquemas podría reducir los costos administrativos y las prestaciones

Aumentar hasta cierto punto la cooperación entre los esquemas podría reducir los costos administrativos y dar lugar a ahorros en todo el sistema de salud. Muchos estados sin suficiente capacidad administrativa, reportan que sus gastos administrativos son muy altos y que hay demasiados requisitos para completar el papeleo. Un claro beneficio de unir más a los esquemas sería compartir algunas de estas funciones entre los esquemas de aseguramiento y agilizar la administración.

En 2013, 8.9% del gasto total en salud se destinó a gastos administrativos del sector público (Gráfica 4.5), más del doble del porcentaje gastado por los siguientes países que más gastan como Alemania, Bélgica y Corea. Experiencias de otros países que han fusionado esquemas demuestran el potencial de reducir los costos administrativos al compartir algunas tareas administrativas. Por ejemplo, en Corea, después de fusionar todas las sociedades de aseguramiento en salud en una sola aseguradora nacional, los costos administrativos se redujeron de entre 5% y 10% del gasto total para cada esquema, a 4% del gasto total en 2006 (Kwon, 2009).

Un aspecto de la unificación de los esquemas que podría generar ahorros, como ya se mencionó anteriormente, puede ser mediante la mejora en la recolección de datos y la mayor consolidación e interoperabilidad de las bases de datos del sistema de salud para todos los mexicanos. Un sistema de recolección de datos más simple y más eficiente reduciría el tiempo dedicado a llenar formatos y evitaría que varios sistemas recopilaran información duplicada. Este sistema unificado también podría generar ahorros adicionales si la Secretaría de Hacienda y Crédito Público lo utiliza para asegurarse de que no está pagando aportaciones a varios esquemas en nombre de algunos afiliados. De acuerdo con datos de la ENSANUT 2012, más de 10 millones de personas están afiliadas a más de un esquema y más de 171 000 de esas personas están afiliadas a tres diferentes esquemas.⁴

Gráfica 4.5. **Gasto gubernamental en administración y aseguramiento como porcentaje del gasto total actual en salud, 2013 (o año más reciente)**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Por último, un beneficio importante de un fondo común es proteger a los esquemas de aseguramiento de las implicaciones financieras de la selección adversa. En la actualidad, la afiliación al IMSS es obligatoria para los trabajadores del sector formal privado, pero es voluntaria para los autoempleados; la afiliación al Seguro Popular también es voluntaria. Por consiguiente, existe la posibilidad de que los individuos comparativamente más enfermos opten por inscribirse en cualquiera de los esquemas, lo que se traduce en un incremento en los costos. Al ampliar el grupo de riesgo, los distintos subsistemas reducirían su exposición a la selección adversa y serían capaces de compartir el riesgo. En el largo plazo, México podría tomar medidas adicionales para hacer frente a la selección adversa al exigir la afiliación obligatoria a todos los mexicanos. Si bien existen barreras legales y de logística en el corto plazo para ejecutar de manera efectiva la afiliación obligatoria a un seguro de salud, el aseguramiento obligatorio, junto con una mayor recaudación de ingresos y un fondo común, constituirían un método eficaz para evitar la selección adversa, permitirían que las personas sanas subsidien a las enfermas y los ricos a los pobres, y ayudarían a garantizar que todos los mexicanos tengan acceso a una atención necesaria y accesible.

4.5. Conclusiones

Algunos de los obstáculos más importantes para lograr la cobertura universal efectiva en salud resultan del bajo nivel de fondos públicos dirigidos al sector salud. A pesar de que la mayoría de los mexicanos están afiliados a un esquema, el bajo gasto público conduce al racionamiento implícito de la atención; esto es evidente por la falta de disponibilidad de medicamentos en algunas entidades federativas y las largas filas para obtener algunos servicios. Las barreras de acceso causan que muchas personas soliciten atención fuera de sus esquemas, lo que a menudo implica pagos de su propio

bolsillo en el sector privado. Por tanto, la clave para mejorar la equidad en el acceso es optimizar el acceso a las instalaciones del sector público para que las personas no tengan que buscar atención en el sector privado. Sin embargo, sólo puede avanzarse en forma limitada en el aumento del nivel de financiamiento al sistema de salud si no se incrementa la base de ingresos mediante reformas externas al sector salud para fomentar más empleo formal. Si bien históricamente México se ha resistido a actuar en esa dirección, es la única manera viable de garantizar ingresos públicos suficientes y estables. Con un mercado laboral formal más grande, las personas que contribuyan al sistema mediante las aportaciones sociales tampoco tendrían que preocuparse porque apoyan a una gran población no contribuyente.

La igualdad en el acceso e incluso la calidad de los servicios de atención de la salud pueden optimizarse con métodos de rendición de cuentas y de asignación de recursos mejores. Entre los Servicios Estatales de Salud podría proporcionarse fondos adicionales a las entidades federativas que mejoren sus informes de cómo ejercen los recursos. En un futuro próximo se debe implementar en el Seguro Popular planes para incorporar métodos más avanzados de asignación de recursos que reflejen las variaciones en las necesidades del cuidado de la salud, donde los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades de la población de cada entidad federativa. En el futuro, podría haber cambios hacia este tipo de métodos de asignación en todo el sistema. Sin embargo, hay que tener cuidado de seleccionar los indicadores apropiados de cada necesidad para garantizar que los indicadores de necesidades de atención no capturen o exacerben las desigualdades en el acceso a los servicios.

Además, se deben tomar medidas que permitan a las personas conservar su aseguradora si cambia su situación laboral. Para ello, se podría dar a los mexicanos la opción de elegir su aseguradora de salud, con un subsidio gubernamental para las aportaciones de algunas personas, con el fin de que las tasas de aportación no se vean afectadas por fluctuaciones en el empleo. Mantener la misma aseguradora después de un cambio de este tipo podría ser más factible si la función de salud de las instituciones de seguridad social estuviera separada de las otras funciones de seguridad social. En particular, si alguna de las instituciones de seguridad social se encuentra en dificultades financieras y requiere un rescate por parte del gobierno, la separación del servicio de salud del resto del sistema de seguridad social podría ser una condición previa útil para recibir apoyo financiero del gobierno. Para contribuir a una portabilidad entre aseguradoras (así como entre proveedores), se necesita un sistema de información de salud más consolidado e interoperable que haga uso de plantillas estandarizadas de comunicación y donde todas las personas cuenten con un número de identificación único. De esta manera, quienes cambien de aseguradora podrán estar seguras de que sus registros de salud y otra información relevante permanecerán accesibles.

Mancomunar los recursos de los esquemas de aseguramiento hacia una sola fuente puede enfrentar barreras políticas en el corto plazo. Dicho esto, habría importantes beneficios de realizar reformas graduales que unan a los esquemas, como una menor duplicación administrativa y un mayor poder de mercado en las negociaciones. Como primer paso, se debe establecer un foro o comisión que represente los intereses de todos los esquemas, con responsabilidades mutuamente beneficiosas que pueden incluir la negociación en nombre de los diversos esquemas para conseguir precios menores

con los fabricantes de productos farmacéuticos y otros insumos para la atención de la salud.⁵ Más adelante, este organismo podría asumir responsabilidades adicionales, como recaudar y distribuir los fondos de salud —las aportaciones a la seguridad social y los ingresos fiscales generales para la salud— entre los esquemas. Si bien en un primer momento las asignaciones a cada esquema podrían reflejar el número de afiliados y los niveles históricos de aportación, esto debe revisarse con el tiempo para dar cuenta de la variación en las necesidades de atención de los afiliados entre los esquemas. La creación de un organismo único encargado de la recaudación y la distribución de recursos también puede facilitar elegir una aseguradora o mantener la afiliación a ella, ya que resultaría más fácil que este organismo siguiera pagando las aportaciones de las personas con cambios de empleo. No obstante, es importante que en cualquier esfuerzo por unir los esquemas no se excluya al Seguro Popular, aunque sus afiliados estén fuera del sector del empleo formal.

Los primeros pasos sugeridos para mancomunar los recursos financieros son:

- Crear un fondo común para enfermedades de alto costo y baja incidencia, para que los esquemas estén menos expuestos a la variación de los costos de atención. También es necesario estandarizar los paquetes y los precios de la atención primaria, incluyendo enfermedades crónicas como la diabetes, para los que existen muchos antecedentes internacionales claramente definidos.
- Establecer un foro o comisión que aglutine los intereses de todos los esquemas de aseguramiento, y que con el tiempo pueda encargarse de responsabilidades financieras como la recaudación de ingresos y la asignación de fondos.
- Mejorar el método de asignación de recursos dentro del Seguro Popular para reflejar las necesidades de los afiliados.
- Crear una red de registros de salud electrónicos consolidada e integrada que utilice plantillas de comunicación estandarizadas a las que todos los proveedores puedan acceder, y que haga uso de números de identificación individuales únicos.
- Separar, cuando sea factible desde la perspectiva política, el seguro de salud de otras funciones de las instituciones de la seguridad social para permitir que las personas conserven su aseguradora de salud, independientemente de su situación laboral.

Notas

1. Esta es la estimación del gasto de bolsillo reportado por las autoridades de México a la OCDE. El gasto de bolsillo puede estimarse a partir de diversas fuentes. Aunque estas no siempre concuerdan, el gasto de bolsillo en México se mantiene entre los más altos de la OCDE.

2. Estas cifras deben tratarse con precaución, como se ha mencionado, ya que la seguridad social se financia con fondos del gobierno federal además de las aportaciones a la nómina, y debido a que dichas aportaciones son deducibles de impuestos.
3. Una lección clave de la experiencia italiana ha sido que cuando las variaciones regionales en el nivel socioeconómico y la capacidad administrativa son amplias, la descentralización puede exacerbarlas. De hecho, en toda Europa ha habido un cambio general hacia la recentralización de las responsabilidades de atención de la salud después de muchos años de descentralización (Saltman, 2008). Parte de la motivación para este movimiento es cambiar la responsabilidad por el desempeño regional de salud de nuevo hacia los niveles nacionales.
4. Estos datos se refieren únicamente a afiliados al IMSS, ISSSTE y Seguro Popular.
5. De hecho, están en marcha debates en torno a una nueva Comisión, dirigida conjuntamente por la Secretaría de Salud y las instituciones de seguridad social. Se propone que este nuevo organismo supervise a todos los aseguradores y los proveedores de salud, con posibles funciones relacionadas con el establecimiento de directrices y normas de atención, indicadores de desempeño, precios y sistemas de información para todo el sistema.

Bibliografía

- Asthana, S. et al. (2004), “The Pursuit of Equity in NHS Resource Allocation: Should Morbidity Replace Utilisation as the Basis for Setting Health Capitations?”, *Social Science & Medicine*, vol. 58, núm. 3, pp. 539-551.
- Chevreur, K. et al. (2010), “France: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, vol. 12, núm. 6, pp. 1-291, xxi-xxii.
- Flores, D. et al. (2004), “Tamaño del sector informal y su potencial de recaudación en México”, documento de trabajo, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Economía, Centro de Investigaciones Económicas.
- Gakidou, E. et al. (2006), “Health System Reform in Mexico 5 – Assessing the Effect of the 2001-06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9550, pp. 1920-1935.
- García-Prado, A. y P. González (2007), “Policy and Regulatory Responses to Dual Practice in the Health Sector”, *Health Policy*, vol. 84, núm. 2-3, pp. 142-152.
- Gotsadze, G. y P. Gaál (2010), “Coverage Decisions: Benefit Entitlements and Patient Cost Sharing”, en J. Kutzin, C. Cashin y M. Jakab (eds.), *Implementing Health Financing Reform Lessons from Countries in Transition*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Grogger, J. et al. (2014), “Heterogeneity in the Effect of Public Health Insurance on Catastrophic Out-of-pocket Health Expenditures: The Case of Mexico”, *Health Policy Plan*.
- Gross, R. y M. Harrison (2001), “Implementing Managed Competition in Israel”, *Social Science & Medicine*, vol. 52, núm. 8, pp. 1219-1231.
- Heller, P.S. (2006), “The Prospects of Creating ‘Fiscal Space’ for the Health Sector”, *Health Policy Plan*, vol. 21, núm. 2, pp. 75-79.
- IMSS (2014), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2013-2014*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Kutzin, J. (2001), “A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, *Health Policy*, vol. 56, núm. 3, pp. 171-204.
- Kutzin, J. et al. (eds.) (2010), “Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition”, *Observatory Studies Series No. 21*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kwon, S. (2009), “Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage”, *Health Policy and Planning*, vol. 24, núm. 1, pp. 63-71.

- Lowe, R.A. et al. (2005), "Association Between Primary Care Practice Characteristics and Emergency Department Use in a Medicaid Managed Care Organization", *Medical Care*, vol. 43, núm. 8, pp. 792-800.
- Matsumoto, M. et al. (2010), "Policy Implications of a Financial Incentive Programme to Retain a Physician Workforce in Underserved Japanese Rural Areas", *Social Science and Medicine*, vol. 71, núm. 4, pp. 667-671.
- Murauskiene, L. et al. (2013), "Lithuania: Health System Review", *Health Systems in Transition*, vol. 15, núm. 2, pp. 1-150.
- National Health Service (2013), "Fundamental Review of Allocations Policy", Annex C: Technical Guidance to Weighted Capitation Formula for Clinical Commissioning Groups.
- OECD (2015), *OECD Economic Surveys: Mexico*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-mex-2015-en.
- Programa Sectorial de Salud (2013), "Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018".
- Protti, D. e I. Johansen (2010), *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A Case Study*, The Commonwealth Fund.
- Rechel, B. y M. McKee (2009), "Health Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union", *The Lancet*, vol. 374, núm. 9696, pp. 1186-1195.
- Rosen, B. et al. (2009), "Israel: Health System Review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, núm. 2, pp. 1-226.
- Saltman, R.B. (2008), "Decentralization, Re-centralization and Future European Health Policy", *European Journal of Public Health*, vol. 18, núm. 2, pp. 104-106.
- Saltman, R.B. et al. (eds.) (2004), *Social health insurance systems in Western Europe*, Open University Press.
- Sempowski, I.P. (2004), "Effectiveness of Financial Incentives in Exchange for Rural and Underserved Area Return-of-service Commitments: Systematic Review of the Literature", *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 9, núm. 2, pp. 82-88.
- Shmueli, A. et al. (2007), "Who Switches Sicknes Dunds in Israel?", *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, núm. 3, pp. 251-265.
- Smith, P.C. (2008), "Resource Allocation and Purchasing in the Health Sector: The English Experience", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, núm. 11, pp. 884-888.
- Tambor, M. et al. (2014), "The Inability to Pay for Health Services in Central and Eastern Europe: Evidence from Six Countries", *European Journal of Public Health*, vol. 24, núm. 3, pp. 378-385.
- Tapia-Conyer, R. et al. (2001), "Evaluation and Reform of Mexican National Epidemiological Surveillance System", *American Journal of Public Health*, vol. 91, núm. 11, pp. 1758-1760.
- Tediosi, F. et al. (2009), "Governing Decentralization in Health Care Under Tough Budget Constraint: What Can We Learn from the Italian Experience?", *Health Policy*, vol. 90, núm. 2-3, pp. 303-312.

- Thomson, S. et al. (eds.) (2014), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*, European Observatory on Health Systems and Policies, OMS Oficina Regional para Europa.
- Vallejo-Torres, L. et al. (2009), "Can Regional Resource Shares Be Based Only on Prevalence Data? An Empirical Investigation of the Proportionality Assumption", *Social Science & Medicine*, vol. 69, núm. 11, pp. 1634-1642.
- van Doorslaer, E. et al. (1999), "The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries", *Journal of Health Economics*, vol. 18, núm. 3, pp. 291-313.
- WHO - World Health Organization (2010), *World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, Ginebra.
- Xu, K. et al. (2010), "Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection Against Financial Risk", *World Health Report 2010*, Documento de antecedentes, núm. 19, World Health Organization, Ginebra.

Capítulo 5

Compra más inteligente de bienes y servicios

En este capítulo se analizan las medidas que México podría adoptar para promover un funcionamiento más eficiente de su sistema de salud. La implementación de una separación de funciones efectiva, en especial en términos de compra y de prestación de servicios de los institutos de seguridad social, debería ser una prioridad. Esto sentaría las bases para ampliar la contratación selectiva, la elección de prestadores al usuario y más innovación por parte del proveedor. La Secretaría de Salud tendrá que centrar sus esfuerzos en proporcionar una coordinación, regulación y supervisión eficaces tanto de compradores como de proveedores.

Medidas adicionales incluirían transitar hacia mecanismos de pagos prospectivos más que los reembolsos retrospectivos. La contratación y las condiciones laborales del personal de salud deben ser más flexibles y basadas en recompensar la calidad más que la actividad. Afinar la compra consolidada de medicamentos y una mayor participación del sector privado como una red de distribución pueden generar más ganancias en la eficiencia.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Con la implementación del Seguro Popular en 2003, México ha realizado avances sustanciales para garantizar la cobertura pública básica de aseguramiento en salud para más de 50 millones de ciudadanos que antes no contaban con ella. Sin embargo, funcionarios del gobierno mexicano, profesionales de la salud, académicos y otros interesados concuerdan en que el país ahora enfrenta nuevos retos para mejorar el desempeño de los servicios de atención de la salud, en particular en lo que respecta a la eficiencia y la calidad de la prestación del servicio, y, en última instancia, el impacto en salud (Secretaría de Salud, 2014).

Existe la percepción generalizada entre los administradores del sistema de salud de que las mejoras en la calidad en la última década han sido menores de lo esperado (en particular en el tratamiento de enfermedades crónicas) y se ha distribuido de manera desigual en función del esquema de aseguramiento y la región de residencia (Hernández et al., 2013). A diferencia de la mayoría de los países de la OCDE, las prioridades del sistema de salud de México y, por consiguiente, toda la infraestructura de información en los niveles sistémico e institucional, se centran principalmente en el número de personas cubiertas por algún esquema de aseguramiento y el costo relacionado de dicha cobertura. En contraste, el desempeño de los servicios de atención de la salud no tiene un seguimiento sistemático, lo que implica retos para transitar hacia una rectoría del sistema basada en resultados de salud.

En este capítulo se exploran las medidas que México podría adoptar para reenfocar las prioridades del sistema de salud, con el fin de mejorar el desempeño en términos de eficiencia y de calidad de la atención. En concreto, se presenta un conjunto de políticas para fomentar una organización de aseguradoras y de proveedores más productiva, sustentada en la experiencia de otros países que han enfrentado problemas similares a los de México. Estas estrategias implican cambios en la forma en la que las funciones del comprador, del proveedor y del rector se organizan actualmente, cómo se da la compra de bienes y de servicios y el reembolso al proveedor, y cómo se organiza la infraestructura de la información en el sistema de salud.

Este capítulo consiste en lo siguiente. En la sección 5.1 se describe el contexto del sistema de salud de México y se identifican algunos de los principales retos para mejorar el desempeño institucional en el nivel micro. Cada una de las demás secciones habla sobre un determinado conjunto de estrategias políticas que tienen el potencial de mejorar la eficiencia y la calidad en el sistema mexicano. En la sección 5.2 se aborda el tema de la separación de funciones con un enfoque particular en las funciones de compra y de suministro. En la sección 5.3 se analizan los posibles cambios a los actuales mecanismos de compra, mientras que en la sección 5.4 se exploran las mejoras de la infraestructura de información de salud vigente. El capítulo concluye con un resumen de las principales recomendaciones de política pública.

5.1. El contexto actual y los principales retos para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención de la salud en México

Como se describió anteriormente, el sistema de salud mexicano está organizado, en general, en instituciones separadas e integradas verticalmente. Todas las instituciones en funciones —el Seguro Popular y los Servicios Estatales de Salud, las instituciones de seguridad social, el sector privado, así como la Secretaría de Salud en algunos casos—

son dueños de sus instalaciones y las administran, integran las funciones de compra y de prestación de servicios y de productos farmacéuticos en representación de la población que cubren, establecen prioridades en relación con las necesidades de infraestructura y de los servicios que se ofrecen, prestan estos servicios en su mayoría dentro de sus propias redes, contratan profesionales de la salud y definen sus mecanismos de pago.

En general los participantes locales creen que el porcentaje relativamente alto de los gastos de salud que se asigna a la gestión administrativa y a la rectoría en México, tanto en el Seguro Popular como en las instituciones de seguridad social (véase el Cuadro 5.1) se debe, al menos en parte, al alto grado de fragmentación del sistema de atención de la salud. Debido a que no hay una verdadera separación entre el financiamiento y la prestación, ha habido poco espacio para el desarrollo y la implementación de un sistema de incentivos económicos o de otro tipo encaminado a fomentar la eficiencia, la productividad y una mejor calidad de la atención entre los compradores y los proveedores.

Cuadro 5.1. Los gastos generales de administración y rectoría de la salud como porcentaje del total de gastos de las instituciones en funcionamiento, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
A. Instituciones de seguridad social	25.1	21.4	21.1	21.0	23.3
B. Seguro Popular/Servicios Estatales de Salud	18.3	19.1	17.9	16.3	17.3
C. Total del sector público	22.0	20.3	19.7	18.9	19.9

Fuente: DGIS (2013), “Health Accounts at Federal and State Level 2013”, *Bulletin of Statistical Information*, vol. IV, Financial Resources, núm. 33, DGIS, Ciudad de México.

Los acuerdos de compra entre las aseguradoras tienen un alcance muy limitado

En el contexto de los servicios en los estados financiados por el Seguro Popular, en los primeros años de la década de 2000 se creó un marco legal para dar a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS), o a los representantes del Seguro Popular en las 32 entidades federativas, cierta flexibilidad respecto a la compra de servicios de otras instituciones públicas, así como de proveedores privados. Por ejemplo, pueden establecerse convenios entre los Servicios Estatales de Salud (SESA) y las instituciones de seguridad social para la prestación de servicios, incluso más allá de las fronteras estatales. Sin embargo, estos se han utilizado muy poco durante la última década y se han reducido a la compra de servicios por parte de las instituciones de seguridad social a los Servicios Estatales de Salud con el fin de atender sus limitaciones de capacidad resolutoria (en particular en el caso de las pruebas de diagnóstico, como estudios de laboratorio y de rayos X).

Por otra parte, se aprobaron nuevas medidas legislativas para especificar porcentajes fijos de los fondos del Seguro Popular que deben gastar los estados en áreas como servicios de prevención e infraestructura. Esto quizá se justifique para promover la transparencia y la rendición de cuentas, pero reduce aún más el alcance de la

priorización de acuerdo con las necesidades locales. Por la naturaleza de su estructura de gobierno, las instituciones de seguridad social, en particular el IMSS, han sido más proactivas en transferir la autonomía de algunas decisiones de compra hacia las delegaciones estatales, por ejemplo, la adquisición de equipos y de medicamentos. Sin embargo, en la actualidad ni este último acuerdo ni los REPSS en el ámbito estatal permiten la compra estratégica eficaz con la posibilidad de fomentar la eficiencia y la calidad de la atención.

Los imperantes mecanismos de reembolso a los proveedores ofrecen incentivos débiles para mejorar la eficiencia y la calidad

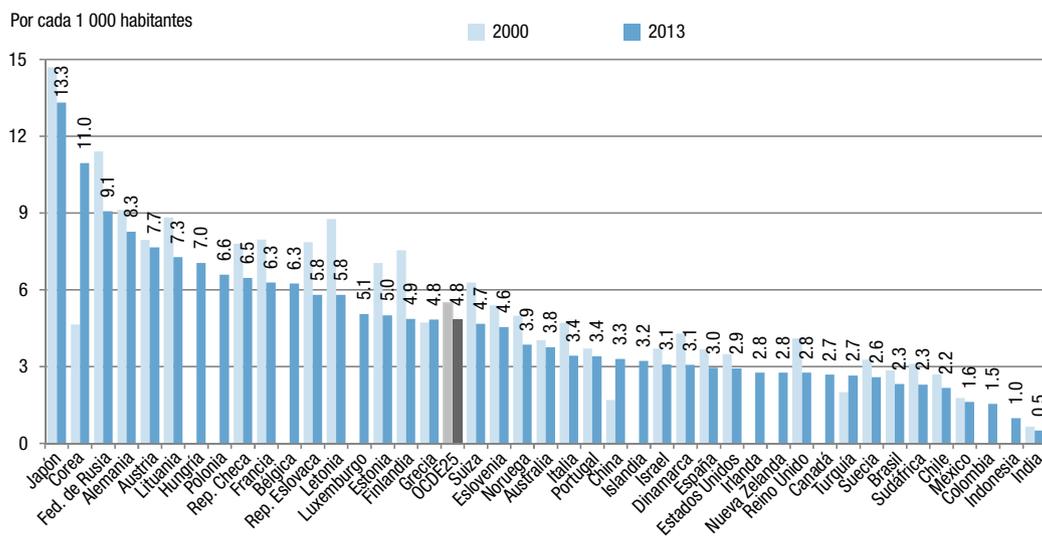
Además de la preferencia de las aseguradoras para prestar servicios dentro de sus propios sistemas, lo cual genera poco margen de opciones para el usuario o de competencia entre proveedores, sólo se cuenta con incentivos financieros débiles enfocados a los proveedores para mejorar los resultados. Más de diez años después de la promulgación de las reformas que pusieron en marcha el Seguro Popular, las principales modalidades de pago a proveedores han permanecido casi inalterables. Los hospitales pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud y a las instituciones de seguridad social se pagan básicamente con base en presupuestos retrospectivos, mientras que en muchos hospitales privados se usan los pagos por día.

Hay evidencia acumulada de reformas realizadas en los países de la OCDE y en otros lugares que sugiere que las modalidades de pago basadas en actividad histórica o en el volumen otorgan a los hospitales pocos incentivos financieros para mejorar la eficiencia o la calidad de los servicios. Tanto los Servicios Estatales de Salud como los prestadores de seguridad social reconocen que esta situación es perjudicial para los niveles de desempeño en el sector. Los indicadores generales de actividad del sector hospitalario apoyan la idea de que hay un amplio margen para aumentar la eficiencia distributiva y técnica. Un ejemplo concreto son los índices relativamente bajos de ocupación de camas en México en comparación con otros sistemas de salud (véase la Gráfica 5.1).

El desarrollo de métodos alternativos de pago a proveedores se ha detenido no sólo por la falta de una separación de funciones del comprador y del proveedor, sino también por la ausencia de un marco normativo para fomentar la experimentación con otras modalidades de reembolso, como el pago por desempeño. Esto último resulta claro en el caso de los métodos de pago para los médicos. En el sector público, los médicos son asalariados profesionales empleados con contratos nacionales negociados colectivamente por los sindicatos, con condiciones rígidas sobre sueldos, jornadas laborales y prestaciones de seguridad social. Si bien los informantes clave tanto del Seguro Popular y los Servicios Estatales de Salud como del IMSS (donde alrededor de 85% de los gastos anuales corresponden a gastos de nómina) han expresado el deseo de avanzar hacia mecanismos más flexibles de contratación y de pago basado en el desempeño, los convenios colectivos han impedido un cambio generalizado en el sistema de incentivos.

En los pocos casos en los que se han intentado implementar iniciativas en el nivel estatal, como el pago en función del desempeño de los médicos públicos en el estado de Hidalgo, estas han sido objeto de escrutinio federal intenso y a retos legales, por lo que terminan siendo proyectos de corto plazo. Esta rigidez en las condiciones de contratación ha provocado que el IMSS contrate algunos de sus servicios (como la

Gráfica 5.1. **Tasas de ocupación de camas en los países de la OCDE, 2000 y 2013 (o año más reciente)**



Porcentaje de camas de tratamiento médico disponibles

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/000000/health-data-en>.

hemodiálisis y el seguimiento de los pacientes diabéticos) a proveedores privados, también como una estrategia para evadir costos laborales impuestos por los contratos negociados colectivamente.

La infraestructura de información en salud sigue fragmentada y subdesarrollada

La experiencia de varios países de la OCDE indica que la separación de funciones del sistema (compra, prestación y gestión) permitirá compras estratégicas, planes de pago prospectivos y posibilidades de elección del proveedor, lo que puede ser un instrumento importante para promover una mayor eficiencia y una mejor atención en el sistema de salud. Sin embargo, para que un instrumento de políticas como este sea efectivo, es indispensable que los administradores en los niveles sistémico e institucional puedan medir los indicadores de eficiencia y de calidad de manera acertada y responsable para regular la prestación de la atención de la salud. La portabilidad de los servicios y la elección de servicios también requieren que los esquemas de aseguramiento concuerden sobre los precios de un paquete común de servicios, el cual debe armonizar con la información exacta de sus costos de prestación, y alcancen una definición común de las características de calidad de estos servicios.

Como se describe en el Capítulo 2, la falta de una base de datos más consolidada e interoperable del sistema de salud ha creado consecuencias no deseadas, en particular en el intercambio de servicios entre las instituciones públicas y privadas, entre otros asuntos. Sin información precisa, vinculada y fácilmente accesible, la contratación no puede utilizarse con eficacia para condicionar la operación del proveedor y relacionar el reembolso con los parámetros de calidad del servicio; por tanto, la regla práctica

adoptada en México ha sido considerar que cualquier proveedor acreditado tiene la calidad suficiente para funcionar. A pesar de estos méritos, el proceso de acreditación obligatoria tiene un alcance limitado, ya que se refiere en esencia a que el proveedor cuente con la infraestructura necesaria y los recursos humanos adecuados para operar. Se trata también de un procedimiento único (debido a la falta de capacidad para llevar a cabo reevaluaciones periódicas) que realiza la Secretaría de Salud y que causa preocupación por la falta de transparencia ya que los administradores de la Secretaría son quienes evalúan las instalaciones de los Servicios Estatales de Salud. El procedimiento de certificación operado por el Consejo de Salubridad General (CSG, autoridad sanitaria que depende directamente del Presidente), basado en los parámetros de la *Joint Commission*, tiene mayor alcance pues evalúa los procesos clínicos y de gestión, así como auditorías a proveedores y sólo es válido por un periodo de tiempo limitado. Sin embargo, la certificación sigue siendo voluntaria para la mayoría de los proveedores públicos y privados.¹

5.2. La separación de funciones como instrumento para mejorar el desempeño en el sistema de salud mexicano

Una de las prioridades principales en la agenda para mejorar el desempeño del sistema de salud mexicano debe ser implementar un cambio progresivo hacia una separación clara y completa de las funciones del sistema. Además de las estrategias políticas propuestas en el Capítulo 4, con el fin de promover una mayor mancomunación de riesgos y un fondo común de recursos, México se beneficiaría en gran medida de reformas orientadas a echar abajo el enfoque actual integrado verticalmente para la compra, la prestación y la administración general. Pese a que algunas de esas reformas requerirían el consenso y el desarrollo en un horizonte más lejano, es posible y recomendable empezar a adoptar medidas decisivas en el corto plazo, como se explica a continuación.

La separación entre el comprador y el proveedor de servicios deberá instaurarse de forma gradual pero decisiva

La mayoría de los países de la OCDE asignan la responsabilidad de la compra de bienes y servicios de atención de la salud a algunas organizaciones regionales, por lo común gobiernos regionales o fondos de salud con afiliaciones regionales. Si bien son muy variables los enfoques en función del contexto nacional, una característica común de estas experiencias nacionales ha sido la implementación gradual de la separación de funciones en el sistema comprador-proveedor, la cual, por lo general rinde resultados positivos para el sistema de salud (Figueras et al., 2005).

Por ejemplo, España regionalizó su sistema de salud durante la década de 1980 otorgando mayor responsabilidad a las comunidades autónomas de la organización y el desarrollo de sus subsistemas. En la práctica, esto ha llevado, con el tiempo, a la creación de compradores regionales y al cambio a contratos anuales con los proveedores en todos los niveles de atención (de acuerdo con combinaciones basadas en la actividad y presupuestos prospectivos). El cambio a la contratación ha tendido a evolucionar con fuerza en todas las regiones, ya que los compradores adquirieron más experiencia en especificar y dar seguimiento a las condiciones contractuales. Esto ha dado lugar a

mejoras en la eficiencia de hospitales en las regiones en las que la contratación es más sólida, como en Cataluña.

Una historia similar sucedió en fecha más reciente en Finlandia, donde en 1993 los municipios se transformaron en compradores y se les dieron facultades para comprar atención secundaria y terciaria a los proveedores de su elección (en función de las necesidades y asignaciones presupuestarias), con diversos grados de sofisticación contractual de acuerdo con la capacidad local. Las diferencias regionales en la capacidad administrativa y financiera han llevado también a otros gobiernos centrales, como Suecia, Noruega y Dinamarca, a implementar una separación completa comprador-vendedor en algunas localidades y no en otras, o permitir que organismos regionales actúen como compradores de algunos servicios, pero no todos (por ejemplo, la prestación de servicios de atención primaria pero no la atención hospitalaria). En Suecia hay indicios de que los consejos que cuentan con una división en funcionamiento entre el comprador y el proveedor tuvieron mejoras más altas en la productividad hospitalaria en los primeros años de la década de 1990, que los consejos donde aparentemente no había compra activa, al parecer debido a los incentivos resultantes para que los médicos especialistas redujeran drásticamente las listas de espera como una forma de demostrar la mejora de la eficiencia y aumentar la probabilidad de mantener sus contratos (Bruce y Jonsson, 1996).

México tendrá que trazar su propio camino para la reforma, sobre la base de medidas graduales adaptadas al contexto nacional particular, de manera que pueda poner en práctica de manera efectiva la separación de funciones del sistema y obtener los beneficios potenciales sugeridos por otras experiencias internacionales. Al interior de los institutos de seguridad social es necesario separar las funciones del comprador y las del proveedor. En el nivel interno de cada instituto, el comprador debe exigir el aumento de información precisa sobre las actividades, costos y resultados del proveedor. Esto sentará las bases para un proceso de compra transparente e inteligente. De manera semejante, dentro del Seguro Popular, una primera medida podría ser fortalecer el papel de los REPSS como compradores regionales de servicios de salud. El marco jurídico básico para que los REPSS se conviertan en auténticos organismos de compra ya está en marcha: los REPSS ya pueden transformarse en organismos públicos descentralizados (OPD), lo que los convertirá en entidades jurídicas independientes con mayor autonomía operativa y recursos propios, principalmente de las transferencias federales para el Seguro Popular.

Este es el caso de los estados de Baja California y Veracruz, donde los REPSS se han convertido en oficinas especiales del Seguro Popular, independientes operativamente de la Secretaría de Salud y de las secretarías estatales de salud. Este modelo podría replicarse en otros estados de la República Mexicana, aunque esto sería más fácil en los estados con mayor capacidad de gestión. En aquellos con menor capacidad administrativa, podría permitirse que los REPSS funcionen como OPD “funcionales” con algún apoyo operativo por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que pertenece a la Secretaría de Salud. Lo anterior sería similar en esencia a la situación de las oficinas regionales del IMSS que durante un cierto periodo han estado comprando varios servicios de proveedores de los Servicios Estatales de Salud. Los REPSS más fuertes permitirían la ampliación de los arreglos que han tenido éxito en algunos casos, con miras a promover la eficiencia en el uso de los recursos de salud,

como la contratación de servicios de atención primaria de salud para IMSS-Prospera (anteriormente IMSS-Oportunidades) por los gobiernos de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Una condición clave para que la división comprador-proveedor se traduzca en mayor eficiencia es la continuidad del proceso de fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas de los gobiernos estatales, como se detalla más adelante.

Si se les concede más autonomía a los REPSS, será necesario que las autoridades nacionales lleven a cabo una rendición de cuentas sólida y vigilen de manera estrecha el desempeño de estos. Asimismo, conviene desarrollar un marco de actuación e indicadores de desempeño para aplicarse a los REPSS, el cual debería centrarse en las funciones y los resultados clave, incluida la mejora de la salud de la población, la planificación y la gestión financiera. El marco de desempeño en proceso de desarrollo por los Grupos de Comisiones Clínicas locales en Inglaterra, que tienen una función similar a los REPSS, ofrece un modelo de estudio (england.nhs.uk/commissioning/ccg-auth).

También podrían tomarse en cuenta más disposiciones legales para fortalecer a los REPSS como organismos públicos autónomos, capaces de gestionar los riesgos financieros y de salud de la población de sus asegurados, que al final operarán como compradores estratégicos. Incluso en Baja California y Veracruz, los REPSS tienden a comprar servicios de salud exclusivamente a proveedores de los Servicios Estatales de Salud, con poca o nula compra a otras instituciones. Esta situación refleja la escasez de incentivos para ampliar los convenios de gestión, creados originalmente en el año 2011 entre el Seguro Popular, el IMSS y el ISSSTE, incluyendo la falta de claridad sobre los aspectos legales relacionados con la fijación de mecanismos de precios y de reembolso para el paquete de servicios acordado (véase la sección 5.3). El Seguro Popular y las instituciones de seguridad social deberán avanzar en las negociaciones para acordar un marco delimitado más claro y atractivo para los convenios, involucrando también al sector privado para optimizar el servicio y agilizar el movimiento de usuarios entre los proveedores, independientemente de la aseguradora del usuario.

Un marco de acuerdos que se defina de esta manera incentivaría a los REPSS, así como a las instituciones de seguridad social, para la adquisición estratégica de servicios de proveedores pertenecientes a más de una sola aseguradora, no sólo como un medio para elevar la eficiencia, sino para contribuir a aliviar las limitaciones de la oferta que puedan comprometer la calidad de la atención. Un ejemplo de esto se refiere a la restricción en los horarios de apertura de las instalaciones de los Servicios Estatales de Salud debido a la insuficiencia de personal y horas de trabajo limitadas del personal, como se analizó en el Capítulo 4. Las recientes experiencias internacionales procedentes de Europa Central y del Este indican que la contratación selectiva tiene mayor probabilidad de funcionar como una herramienta para mejorar el desempeño del sistema donde haya capacidad de camas disponibles (ejerciendo así más presión para que los proveedores compitan por contratos; Figueras et al., 2005). Este parece ser el caso en México, a juzgar por las tasas bajas de ocupación de camas en los hospitales (véase la Gráfica 5.1), y, en particular, en la red de Servicios Estatales de Salud, en donde los hospitales a menudo admiten pacientes de instalaciones sobrecargadas del IMSS.

En última instancia, en el largo plazo, esto también posibilitaría la competencia entre proveedores por los usuarios en México, lo que ya se ha aplicado en otros contextos mediante contratos selectivos. Estos arreglos se asocian con efectos positivos

en la eficiencia del sistema y la calidad de la atención, con la condición de que los proveedores compitan para atraer a los usuarios con base en aspectos de calidad de los servicios y no de precio, tal como se describe en el Recuadro 5.1.

Recuadro 5.1. La experiencia internacional de contratación selectiva y competencia entre proveedores

Al menos en teoría, uno de los aspectos más atractivos de la separación entre la compra y la prestación es la posible aparición de la contratación selectiva, en la cual los compradores pueden influir en el comportamiento de los proveedores al establecer especificaciones detalladas de los servicios que se prestan y bajo qué términos (calidad y precio). Estas condiciones sirven como base para que los compradores elijan estratégicamente un subconjunto de proveedores contratados, con lo cual se excluye de los contratos a los proveedores con “mal desempeño” y, en general, se dirigen las operaciones de los proveedores hacia prioridades de planificación de salud definidas con anticipación.

A pesar de su potencial para promover la eficiencia en el sistema de salud, la contratación selectiva todavía no es una característica presente en los sistemas de salud que han implementado una separación entre comprador y vendedor con un solo comprador, como Italia y España (a excepción de las regiones de Lombardía y de Cataluña, que desarrollaron actividades de compra estratégica fuertes). En cambio, la contratación ha sido más común en sistemas con varios pagadores (Mossialos et al., 2002). Ahora bien, a menudo, incluso en el grupo de países recién mencionado, el funcionamiento de la contratación selectiva se ha visto limitado por factores como leyes que en la práctica requieren fondos de salud para suscribir contratos con todos los proveedores con licencia (Lituania) o una feroz oposición política de los médicos o las asociaciones de pacientes (Alemania, República Checa).

Sin embargo, la escasa evidencia disponible sugiere que la contratación selectiva puede ser una herramienta política útil para mejorar la eficiencia del sistema, en particular cuando existe competencia real entre los proveedores (y posibles aseguradores) para atraer usuarios (Moreno-Serra, 2014). Se ha detectado que las reformas promotoras de la competencia emprendidas en los Países Bajos en la década de 1990 (que incluían el cambio hacia la competencia entre comprador y proveedor, así como permitir que los fondos de salud no suscribieran contratos con todos los proveedores individuales) redujeron la inflación de precios en los hospitales regulados excepto en precios y también los precios de los medicamentos genéricos (Schut y van de Ven, 2011). Probablemente, las ganancias de eficiencia por las reformas neerlandesas hubieran sido mayores si no se hubiera reembolsado con frecuencia a las aseguradoras de salud la mayor parte del déficit en gastos de hospital de forma retrospectiva. En Estados Unidos, los hospitales ubicados en áreas más competitivas mostraron un crecimiento en los gastos más lento (comparado con sus similares ubicados en sitios con menor presión de otros competidores) después del surgimiento de la contratación selectiva (Zwanziger et al., 2000).

Se han implementado o están en proceso reformas para fomentar la competencia entre los proveedores de atención de la salud en muchos países como Australia, Bélgica, Países Bajos, el Reino Unido, la República Checa y Estados Unidos. A menudo, estas reformas se enfocan en la promoción de la competencia entre hospitales. Estudios empíricos llevados a cabo en el Reino Unido y Estados Unidos concluyeron que la competencia hospitalaria puede disminuir costos, mejorar la eficiencia y la calidad de la atención hospitalaria, sujeta a las salvedades importantes de que la competencia por los usuarios se basa en factores distintos del precio (por ejemplo, la calidad de los servicios), y que la implantación de la competencia se acompaña de estrategias complementarias, como una mayor elección por parte de los usuarios y la amplia difusión de información sobre el desempeño del hospital (Gaynor et al., 2013; Propper et al., 2008; Volpp et al., 2003).

Recuadro 5.1. **La experiencia internacional de contratación selectiva y competencia entre proveedores** (Cont.)

Este fue el caso de Inglaterra, donde en 2006 los compradores (fideicomisos de atención primaria) comenzaron a remunerar prospectivamente a los hospitales mediante precios fijos con ajuste por caso según la mezcla. Al mismo tiempo, los médicos generales, que actúan como guardianes de las referencias a la atención secundaria y terciaria, tenían la obligación de ofrecer a los usuarios opciones de proveedor de servicios de hospitalización electiva, sobre la base de un sistema de información pública que contiene los datos sobre indicadores de calidad como limpieza, tiempo de espera, y tasas de infección y mortalidad ajustadas por riesgo. Debido a que se fijaron los precios y el dinero debe seguir al paciente, la reforma incentivó a los proveedores a competir por pacientes mediante mejoras en la calidad de la atención (Gaynor *et al.*, 2013). Los hospitales expuestos a una mayor presión competitiva ejercida por otros proveedores (por la configuración del mercado) mejoraron los resultados y la eficacia más que sus homólogos ubicados en sectores menos competitivos, en un intento de garantizar o incrementar el flujo de ingresos. Este resultado contrasta con el resultado de las reformas promulgadas en el mismo país a principios de la década de 1990, lo que permitió que los hospitales operaran con base en precios negociados caso por caso con el reembolso retrospectivo, con información limitada (y no disponible públicamente) acerca del desempeño del proveedor. En este último contexto, la presión competitiva terminó por reducir la calidad de la asistencia, medida por indicadores no monitoreados por el regulador (Propper *et al.*, 2008). La competencia hospitalaria basada en los precios también se ha asociado con el empeoramiento de los resultados de salud de los pacientes hospitalizados en Estados Unidos (Volpp *et al.*, 2003).

A medida que el sistema mexicano avance hacia la implementación de mecanismos de contratación selectiva y de competencia de los proveedores, deberá alejarse de mecanismos presupuestarios blandos para compradores y del reembolso retrospectivo a los proveedores. Estas medidas reducen los incentivos a los compradores para que presionen a los proveedores solicitando que disminuyan los precios y permitan a los proveedores compensar esa disminución de precios con el aumento (innecesario) en el volumen de servicios prestados.

Finalmente, la elección del usuario de su aseguradora, podrá ser un paso en el largo plazo, como se expuso a detalle en el Capítulo 4. Esto requerirá más disposiciones regulatorias y un grado de consenso político entre los actores implicados, lo que difícilmente podrá alcanzarse en el corto plazo en México. Sin embargo, es importante recalcar que la competencia entre aseguradoras y la elección no constituyen las condiciones necesarias para que los sistemas de salud puedan aprovechar la eficiencia y la mejora en la calidad de la competencia entre proveedores y la contratación selectiva. El papel del comprador, a menudo, no se desempeña en un ambiente verdaderamente competitivo. Por ejemplo, a pesar de haber cierto grado de rivalidad entre regiones y la migración temporal de usuarios en Italia y España, todos los residentes de la región suelen estar afiliados a la misma aseguradora. Los ciudadanos checos pueden migrar formalmente entre fondos de salud una vez al año, pero la competencia de los compradores de hecho es limitada porque la cobertura de servicios y las tasas de aportaciones son las mismas entre un fondo y otro (Robinson *et al.*, 2005). El caso de los Países Bajos es una excepción, pues en este caso la competencia entre compradores parece haberse intensificado desde 2006 (Recuadro 5.2).

Recuadro 5.2. Elección y competencia del comprador en los Países Bajos

En 2006 el gobierno neerlandés implementó una reforma importante conocida como la Ley del Seguro de Salud. Esta reforma transformó todos los fondos de enfermedades que operan en el país en aseguradoras de salud privadas, y al mismo tiempo, ordenó que cada ciudadano adquiriera un paquete básico de servicios de salud de uno de estos proveedores privados. La elección de la aseguradora debería ser decisión de las personas, a quienes se les dio la posibilidad de ejercer su poder de elección sobre una base anual (tras un aumento repentino en el cambio de tasa justo después de la ley, la tasa se ha estabilizado en alrededor de 4% anual). Las fuentes de financiamiento de la Ley de Seguros de Salud son una combinación de aportaciones relacionadas con los ingresos (50%) pagadas principalmente por los empleadores, las primas del fondo común (45%), y los impuestos generales (5%), esto con el fin de subsidiar la atención para ciertos grupos de la población, como las personas menores de 18 años. Todos estos fondos se agrupan en un fondo de compensación de riesgo con administración centralizada del que las aseguradoras reciben subsidio de pagos ajustados a riesgos. El sofisticado sistema de igualación de riesgo en operación antes de la reforma se mantuvo después de la entrada en vigor de la ley y se ha perfeccionado con frecuencia para compensar adecuadamente las diferencias de las aseguradoras en casos concretos y minimizar la selección de riesgo (las aseguradoras también deben aceptar a cualquier solicitante de la póliza de seguro básico) (Schut y Van de Ven, 2011).

En este contexto, las aseguradoras son libres de competir por afiliados mediante ajustes a sus primas. En la práctica, esto ha provocado una fuerte competencia de precios entre las aseguradoras, las cuales a menudo han aprovechado la posibilidad de ofrecer pólizas de menor precio para contratos colectivos. La competencia más fuerte por captar afiliados mediante precios de las pólizas rápidamente se transformó en presión financiera para las aseguradoras, cuya reacción general fue adoptar medidas para reducir los costos de operación y de administración, así como forzar precios más bajos al celebrar contratos con proveedores individuales (Schut y Van de Ven, 2011). El aumento de la participación en actividades de promoción de la salud y desarrollo de programas para la atención de enfermedades crónicas también ha sido una estrategia para reducir los costos de tratamientos futuros.

Al parecer las posibles ganancias en la eficiencia de las medidas de contención de costos adoptadas por las aseguradoras de salud no tuvieron efectos negativos en cuanto a la calidad de la atención proporcionada en el sistema neerlandés. Por ejemplo, las aseguradoras invirtieron en mecanismos para reducir las listas de espera (incluidos servicios de mediación para buscar hospitales alternos con menor tiempo de espera), lo que ha contribuido a reducir el tiempo de espera promedio en márgenes importantes. Dichos esfuerzos de las aseguradoras también pueden haber sido impulsados, en parte, por la implementación en 2006 de un sistema nacional para medir la experiencia del consumidor respecto a las aseguradoras y los proveedores (Shekelle, 2009). Este sistema de información publica las calificaciones de las aseguradoras según los consumidores y constantemente ha mostrado altos niveles de satisfacción por parte de estos después de la entrada en vigor de la ley, lo que ha servido para minimizar las preocupaciones acerca de la calidad de la atención en un ambiente competitivo para los compradores neerlandeses (tanto en términos de resultados y procesos clínicos finales como en la continuidad de la atención después de cambios en la afiliación). La experiencia de los Países Bajos refuerza el planteamiento presentado en otras secciones de este capítulo sobre la importancia fundamental de contar con buenos sistemas de información para aumentar al máximo los posibles beneficios de elección del usuario, en el contexto de competencia entre compradores.

Una mayor autonomía para los compradores y los proveedores debe acompañarse por una rectoría más efectiva de la Secretaría de Salud

Probablemente la separación de funciones sea una herramienta más eficaz para mejorar el desempeño del sistema en México si se otorga a los compradores y los proveedores cada vez más autonomía de gestión para lograr la eficiencia y la mejora de la calidad. Una mayor autonomía debe involucrar progresivamente el derecho a tomar decisiones en ámbitos como el nivel y el alcance de los servicios, el personal contratado (cantidad de personas y sus habilidades), las inversiones (camas y tecnología) y la dirección financiera (subsidios cruzados de las actividades y derechos residuales).

La evidencia internacional sugiere que la presencia de organizaciones de salud más autónomas, combinada con mecanismos adecuados de rendición de cuentas y una mayor dependencia de presupuestos prospectivos y reembolsos basados en el desempeño (véase la sección 5.3), refuerza la respuesta del proveedor y el aumento de la eficiencia. Por ejemplo, uno de los canales a través del cual las reformas al Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés descritas en el Recuadro 5.1 han mejorado la eficiencia de los hospitales ha sido fomentar la reconfiguración del servicio en los centros hospitalarios (consolidación y reasignación). Esto se ha vinculado con la eliminación del exceso de camas y el ahorro importante de costos para algunos proveedores (Palmer, 2011). Algunos países de Europa del Este que han implementado reformas que implican la división comprador-proveedor y la privatización de los hospitales, como Estonia, también han experimentado fuertes reacciones de los proveedores a la contratación, mediante cambios estructurales y administrativos generalizados que incluyen la reorganización de los servicios y la fusión (Maarse *et al.*, 2005). En el contexto mexicano, los proveedores privados han usado anteriormente la reestructuración y fusión del servicio en busca de aumentar la eficiencia con mayores economías a escala.

Como en otros países, el proceso de aumentar la autonomía del proveedor en México tendrá que llevarse a cabo con pasos progresivos. Podría iniciar con la transformación de los hospitales seleccionados en organizaciones con fondos prospectivos, donde los administradores tengan cierta autonomía para las decisiones del día a día (principalmente la gestión financiera) en virtud de objetivos de desempeño supervisados por el pagador (los REPSS, por ejemplo). Este sistema podría evolucionar hacia un modelo de organizaciones corporativas con una mayor autonomía, pero en el que los hospitales mantengan su estatus público, similar a lo que ocurre en el Reino Unido (Maarse *et al.*, 2005).

Lo más importante es que una mayor autonomía del proveedor debe acompañarse de un marco institucional capaz de promover la dirección, coordinación y supervisión eficaces de proveedores y compradores (incluidos compradores estatales), haciendo que rindan cuentas de sus resultados. De la misma manera, resulta importante fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en el establecimiento de los parámetros generales del sistema de salud respecto a la coordinación —incluida la ubicación de nuevas instalaciones—, la regulación y el control. En este sentido, el reto es hacer una reforma en el ámbito de las posibilidades jurídicas para que también incluya el componente de salud de las instituciones de seguridad social.

Es más probable lograr aumentar la eficiencia en la prestación de servicios si el proceso de contratación está ligado a la planificación. Es fundamental que un plan

estratégico nacional de salud, idealmente elaborado por la Secretaría de Salud en colaboración con las instituciones seguridad social y otros actores interesados, definan las áreas de acción de políticas prioritarias dentro de un periodo de tiempo específico, y que estas prioridades se conviertan en el marco general de los planes de salud estratégicos establecidos por los REPSS y otros compradores. A su vez, este marco debería definir las prioridades de prestación de servicios en el nivel local, por medio de contratos receptivos con los proveedores.

Vincular la contratación a las prioridades locales y nacionales requiere un liderazgo fuerte de la Secretaría de Salud, para proveer una guía general a los estados y crear una estructura legal que obligue a los compradores a desarrollar planes de compra estratégica durante un periodo de tiempo determinado. Estos planes de compra deben indicar a los proveedores las prioridades de atención de la salud nacionales y locales, y de las necesidades estimadas, así como los planes correspondientes para satisfacer esas necesidades (asignaciones presupuestarias, estándares de calidad y así sucesivamente). Esta información pondrá en una mejor posición a los proveedores mexicanos —a algunos de los cuales les será útil una mayor autonomía— para planear sus acciones y buscar alternativas innovadoras en cuanto a la reorganización de los servicios y del flujo financiero. Un modelo similar ha operado con éxito durante algún tiempo en Inglaterra. En Francia, la planeación regional estratégica en salud recibe la influencia de la planeación nacional y define sus metas para la prestación de atención hospitalaria en un periodo mayor a cinco años (Hunter *et al.*, 2005).

Como se describió en el Capítulo 2, la Secretaría de Salud, en conjunto con las instituciones de seguridad social, podrían dirigir la creación de un nuevo organismo nacional para el monitoreo y la mejora de la calidad de la atención de la salud. Este organismo independiente podría establecer y supervisar normas para la atención segura y eficaz por parte de todos los proveedores del sistema, incluidos los privados. También recopilaría, analizaría y publicaría indicadores de calidad y los resultados obtenidos por los distintos proveedores.

La Secretaría de Salud también podrá dar el ejemplo en el corto plazo mediante el uso de la compra estratégica de servicios que forman parte de los programas nacionales de salud pública, como el control de los vectores de enfermedades, los programas de rehabilitación para adictos y las campañas de promoción de la salud relacionadas con el tabaquismo y la obesidad. El gobierno puede contratar estos servicios basándose en contratos vinculados al desempeño de los proveedores, de forma similar a como las aseguradoras compran estratégicamente servicios de atención de la salud a los proveedores en muchos contextos nacionales. Por ejemplo, los programas de salud pública están reflejados en el fondo del plan del seguro de salud nacional en Estonia, y algunas de estas intervenciones de promoción de la salud pública están sujetas a la adquisición estratégica de los proveedores públicos y privados, así como otros bienes y servicios de atención a la salud (Hunter *et al.*, 2005).

Es importante reconocer desde el principio otros riesgos concernientes a la implementación de las políticas estratégicas antes mencionadas. Las políticas para mejorar la autonomía del proveedor y del comprador podrían, por ejemplo, generar un alcance adicional para las actividades con fines de lucro. Es necesaria la vigilancia efectiva del sistema para mitigar estos riesgos. La Secretaría de Salud deberá cooperar

con otras instituciones gubernamentales de vigilancia, como la Secretaría de la Función Pública, en sus esfuerzos por aumentar la transparencia administrativa y la rendición de cuentas también en los niveles municipal y estatal, incluida la promoción de un sistema integrado de información que permita recolectar y auditar de forma periódica la información acerca de compras y gastos institucionales.

Las preocupaciones acerca de la capacidad directiva de encargarse de las oficinas autónomas de los REPSS y las organizaciones de proveedores en algunos estados, podrían tomarse como otro riesgo de separación de funciones del contexto mexicano. A juzgar por las experiencias de otros países, el problema de la capacidad técnica insuficiente entre los directivos de salud deberá resolverse en parte en el corto plazo por los incentivos económicos incorporados a la implementación de una verdadera división comprador-proveedor. Incluso en escenarios discrepantes como Inglaterra y Hungría, el fortalecimiento de la función de compra y la mayor dependencia de reembolsos por casos para los proveedores fueron catalizadores naturales de un comportamiento más consciente de los costos y una mayor profesionalización de los directores de hospitales; esta última ha sido una respuesta institucional común para mejorar la viabilidad financiera en entornos competitivos donde el dinero sigue a los pacientes. Hungría implementó diversas reformas de salud durante las últimas dos décadas, entre ellas la creación de un organismo de compra y la adopción de un sistema donde los hospitales más autónomos reciban el pago a través de los GRD y compitan por los usuarios. Entre otras acciones, parece que los proveedores húngaros han respondido a estas reformas con el aumento de los estándares de capacitación gerencial: en la actualidad los directivos de hospitales deben contar con un título en administración de la salud y la mayoría cuenta con formación de posgrado en administración (Maarse *et al.*, 2005).

La Secretaría de Salud de México también puede intensificar su papel de facilitador en esta área. Una posibilidad en el corto plazo sería que la secretaría amplíe sus alianzas existentes con las instituciones académicas y las no gubernamentales para ofrecer cursos de formación para administradores de salud en áreas como liderazgo, sistemas de información, gestión financiera y operativa, con miras a aumentar la capacidad de gestión en el sistema y el agrupamiento de profesionales bien capacitados disponibles para trabajar en las organizaciones de salud federales y locales.

5.3. Las reformas a los mecanismos de compra actuales pueden aumentar la eficiencia y la calidad de la atención

La reforma de los métodos de compra debe ser otra prioridad política en el sistema de salud mexicano. La experiencia internacional con tales reformas indica que se puede lograr mucho en cuanto a la eficiencia del sistema y la calidad en la atención, mediante el cambio del marco de incentivos financieros para los proveedores de atención primaria y de servicios hospitalarios.

Se debe poner mayor énfasis en los reembolsos prospectivos en el sector hospitalario

La actual práctica de pago a los hospitales mediante presupuestos históricos no otorga a estos servicios incentivo alguno para aumentar la eficiencia (pues los ahorros podrían terminar por reducir los ingresos a futuro) o mejorar la calidad de la atención (ya

que las unidades reciben recompensas de acuerdo con la infraestructura y el uso de los insumos, pero no por los procesos clínicos y los resultados). La separación comprador-proveedor y el fortalecimiento de los organismos de compras ya mencionados podrían dar lugar a la contratación selectiva y la puesta en marcha de métodos de pago alternativos más adecuados para mejorar el desempeño hospitalario.

Las experiencias aisladas que actualmente se realizan en el sistema mexicano pueden representar una guía útil sobre cómo ajustar los sistemas de pago al contexto institucional. Por ejemplo, el IMSS desarrolló un incipiente sistema de grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) basado en información acerca de sus propios costos de servicio y sus guías de práctica clínica. Se ha descubierto que la implementación del pago a hospitales basado en cada caso, a menudo mediante algún tipo de sistema de GRD desarrollado localmente, promueve la eficiencia de los hospitales sin bajar la calidad de la atención médica en muchos países miembros de la OCDE (Recuadro 5.3).

Recuadro 5.3. **La experiencia internacional de reembolso hospitalario basado en los GRD**

Varios países de la OCDE han implementado sistemas de pago de GRD con el objetivo de influir en los patrones de rendimiento, costos y resultados de los pacientes en los hospitales. Actualmente existe evidencia de los probables beneficios del reembolso por caso para hospitales, en comparación con los presupuestos históricos y otros mecanismos de pago retrospectivo (Moreno-Serra, 2014). Un ejemplo reciente tuvo lugar en Corea, donde un programa piloto de principios de la década de 2000 implementó el pago basado en los GRD que cubría un grupo seleccionado de enfermedades con participación voluntaria del proveedor, como un paso inicial hacia la sustitución de todos los pagos de honorarios por servicio por atención hospitalaria dentro del programa de seguro de salud nacional coreano. Se descubrió que el programa piloto redujo el total de gastos médicos por caso de reclamación en 14%, principalmente debido a las considerables reducciones en la duración típica de la estancia (Kwon, 2003). Este resultado coincide con la evidencia empírica que sugiere que la puesta en marcha de los GRD por lo general ha alentado a los proveedores de atención hospitalaria a limitar la prestación de servicios excesiva y disminuir los gastos hospitalarios, como sucedió en Italia, Suecia y algunos países miembros recientes de la OCDE (Louis et al., 1999; Gerdtham et al., 1999; Moreno-Serra y Wagstaff, 2010).

La evidencia disponible también señala la importante función de ciertos aspectos institucionales relacionados con la instauración del reembolso basado en casos que probablemente determinan la respuesta general de proveedores al nuevo sistema. Por ejemplo, a menudo los mecanismos de reembolso de los GRD se vinculan con la posibilidad de otorgar a los proveedores un incentivo financiero para dar de alta a los pacientes antes de lo recomendado desde el punto de vista clínico, con el fin de minimizar los costos de un ingreso determinado. Esta no parece haber sido una respuesta común de los proveedores en muchos contextos nacionales. Los estudios realizados en países como Portugal, el Reino Unido y diversas naciones de Europa del Este no han logrado detectar efectos negativos derivados de la puesta en marcha de los GRD o aumento en la calidad de la atención hospitalaria, medidos por indicadores como la readmisión evitable y las tasas de mortalidad (Dismuke y Guimaraes, 2002; Moreno-Serra y Wagstaff, 2010; Gaynor et al., 2013). Uno de los motivos principales para ello parece ser el desarrollo de mecanismos de aseguramiento de calidad adecuados donde los resultados del proveedor se monitorean frecuentemente (por parte de las autoridades y el público) y la rendición de cuentas es obligatoria. La falta de estos mecanismos de aseguramiento de la calidad y de rendición de cuentas se ha vinculado con aumentos en la calidad hospitalaria menores a los esperados en algunos contextos (Forgione et al., 2004).

Aunque iniciativas aisladas como el desarrollo incipiente de los GRD en el IMSS pueden servir para mostrar las limitaciones y las oportunidades para un sistema de pago basado en casos y, de forma más general, para destacar la necesidad de modificar el sistema actual de incentivos financieros a los proveedores, se requiere un enfoque unificado para poner en marcha un mecanismo prospectivo similar en todo el sistema. Invariablemente, el éxito de la implementación de los sistemas de GRD en países de la OCDE se ha basado en cuatro pilares: 1) la recolección rutinaria de datos sobre altas hospitalarias; 2) el uso de esta información de altas de pacientes para clasificarlos en un número manejable de códigos GRD; 3) los códigos de GRD que son clínicamente significativos, y 4) los códigos de GRD que son económicamente homogéneos (Kobel et al., 2011).

Un paso inicial para crear un sistema de GRD en México sería asegurar que la codificación de diagnósticos y de procedimientos en todas las aseguradoras y sus proveedores esté armonizada y siga de cerca normas clínicas ampliamente aceptadas, como el sistema CIE-10 de la OMS que ya está en uso. Esto también requiere fortalecer e integrar los diferentes sistemas de información hospitalarios en las diversas redes de proveedores, para garantizar la interoperabilidad en la medida de lo posible (como se explica en el Capítulo 4).

En la práctica, la disponibilidad de información precisa para determinar los costos promedio entre los diferentes grupos de pacientes es clave para el posible número de códigos utilizados en un sistema de GRD (Kobel et al., 2011). La mayoría de los países europeos emplean entre 1000 y 1500 grupos para describir la actividad hospitalaria; sin embargo, el número inicial de códigos en México sería probablemente menor en tanto no se conforme un sistema de información más preciso de los costos de la atención. El sistema de costeo debe permitir la obtención de información detallada, a partir de una muestra amplia y representativa de hospitales, sobre los determinantes más importantes de los costos en los distintos grupos de pacientes para definir las tarifas de los GRD (los cuales deben actualizarse regularmente a medida que se genere más y mejor información, incluyendo la creación de nuevos GRD y la reasignación de casos a diferentes grupos según sea necesario).

En México, una medida fundamental sería realizar el costo total de un paquete común de servicios ofrecidos por todos los proveedores, con rutas clínicas claramente definidas y un mínimo de insumos, como la base para un proceso de negociación y acuerdo sobre los precios de estos servicios. Esta podría ser una de las tareas que realice un organismo coordinador que represente los intereses de todos los esquemas de aseguramiento público, como se sugiere en el capítulo anterior. Sin embargo, como en otros países que han reformado el reembolso hospitalario, este proceso de negociación debe ser encabezado por las autoridades federales, con un papel más proactivo por parte de la Secretaría de Salud para propiciar la participación de las numerosas partes interesadas, incluidos los pagadores y las organizaciones de la sociedad civil, en los debates en torno al marco común para los acuerdos de compra de servicios entre instituciones.

Este proceso de consulta y de negociación puede conducir al final a un sistema más refinado que un esquema de GRD integral. México podría seguir un camino similar al de muchos países de Europa Occidental (como Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia,

Italia y Portugal), que primero cambiaron de un reembolso hospitalario retrospectivo a presupuestos globales prospectivos, y luego progresivamente a presupuestos globales combinados con sistemas de pago basados en GRD. En la comunidad autónoma española de Cataluña, por ejemplo, los presupuestos globales prospectivos ajustados por una medida local de diversidad de casos representaron más de un tercio de los presupuestos hospitalarios desde la última década. Aunque existe evidencia muy limitada sobre los resultados en todo el sistema de esta estrategia catalana, la experiencia de Noruega a principios de la década de 2000 puede ofrecer alguna orientación para el caso mexicano, dado el alto grado de descentralización del sistema de salud noruego en la actualidad. Allí, se instauró por primera vez el financiamiento basado en actividades al sustituir el bloque de subsidios pagados por el gobierno central a los ayuntamientos del país por un subsidio igual con un componente basado en GRD que aumentaba anualmente (Figueras *et al.*, 2005). Al menos en el caso de Noruega, al parecer el aumento de financiamiento hospitalario basado en casos se tradujo en una reducción de los tiempos de espera promedio.

Si la transición al reembolso prospectivo y basado en casos dirigirá los incentivos para el proveedor hacia una mayor calidad de la atención en el contexto mexicano, por supuesto dependerá de los detalles de la implementación. También aquí la experiencia internacional aporta información útil. Por ejemplo, parece importante especificar los volúmenes contratados de atención electiva y no electiva por separado (como en la experiencia inglesa) como una manera de eliminar los incentivos a los hospitales para realizar hospitalizaciones inapropiadas al clasificarlas falsamente como casos de urgencia. Además, México podría seguir el ejemplo de países como Bélgica para desarrollar un ajuste en el reembolso basado en GRD que depende de los indicadores de duración de la estancia, de modo que no se pasen por alto las implicaciones de alentar a los hospitales a dar de alta al paciente antes de que sea clínicamente adecuado con el fin de minimizar costos. En este caso, los compradores deben tener las herramientas (entre ellas un sistema de información detallado) para identificar los casos con tiempo de estancia significativamente diferente de las normas aprobadas o comparados con un promedio nacional para una determinada categoría de GRD, y posiblemente aplicar sanciones financieras en tales casos.

Una transición gradual al reembolso prospectivo no requiere suprimir por completo en un momento dado los pagos retrospectivos en el sector hospitalario. De hecho, el sistema mexicano podría beneficiarse de mantener un componente complementario de reembolso retrospectivo de costo por caso para los hospitales. Esto podría aplicarse, por ejemplo, a tratamientos especialmente costosos o como un acuerdo provisional para el reembolso de los casos tratados por los proveedores que aún estén en el proceso de establecer un acuerdo contractual con los compradores. En este sentido, el reembolso retrospectivo podría apoyar una mayor portabilidad de servicios en México, al facilitar pagos compensatorios entre compradores cuando los usuarios sean tratados fuera de la zona geográfica cubierta por su aseguradora, como ocurre actualmente en países como el Reino Unido y Suecia. Además, el sector público podría usar una lista de honorarios por servicio como una opción para incentivar una mejor calidad de la atención y reducir los tiempos de espera para el tratamiento de algunas enfermedades crónicas que ahora son una prioridad en la agenda de políticas de salud mexicana. Esto ya empieza a realizarse en el sistema del IMSS, donde unas pocas oficinas regionales como las de Baja

California Sur y de Yucatán han puesto en marcha mecanismos de pago de honorarios por servicio para determinadas afecciones crónicas (incluida la atención de la diabetes) y también buscan opciones de pago a hospitales basadas en indicadores de desempeño (Treviño, 2014).

Dependiendo de la escala prevista para el reembolso de honorarios por servicio respecto al financiamiento prospectivo, será fundamental desde el principio poner en marcha mecanismos capaces de impedir la escalada sustancial de costos que experimentan algunos sistemas de salud. Un ejemplo clásico es el caso de la República Checa, donde la instauración del financiamiento abierto por medio del reembolso diario y de honorarios por servicio para los hospitales durante la década de 1990 impulsaron el alza de los niveles de actividad y los gastos del sistema de salud, los cuales aumentaron en 46% de 1992 a 1995, lo que provocó la quiebra de algunas compañías de seguros y generó deudas principalmente a los hospitales. Ya que el desarrollo de los acuerdos complejos de pago ajustados por riesgo (y el consenso político en torno a ellos) toma tiempo, un primer paso podría ser la puesta en marcha de un límite global al sector de salud u hospitalario para controlar el efecto inflacionario de corto plazo debido al pago por caso mediante volúmenes máximos de servicios reembolsados y posibles sanciones por costos arriba del promedio. Finalmente, a medida que se desarrollen los conocimientos y los instrumentos para supervisar los contratos, la Secretaría de Salud cumpliría una función clave para impulsar negociaciones periódicas y revisiones formales de un programa de tarifas nacionales obligatorias con los actores interesados, con el fin de reflejar los cambios de las condiciones económicas, como se hace, por ejemplo, en Japón. Independientemente del acuerdo de reembolso predominante, los nuevos mecanismos de pago en México deben evolucionar para representar un mayor porcentaje de los ingresos hospitalarios y así cambiar realmente la estructura de incentivos para los proveedores.

En general, las modalidades de pago de la atención primaria y de la fuerza laboral de atención de la salud deben ser más flexibles

Los médicos de atención primaria suelen actuar como agentes de los pacientes, al confiárseles la autoridad de detectar la necesidad de atención especializada y hospitalaria y hacer los arreglos necesarios. Por tanto, los incentivos que otorga el sistema de pago de los médicos de atención primaria son importantes para determinar cómo terminarán por asignarse los escasos recursos de salud. El establecimiento de un marco adecuado de incentivos financieros en atención primaria es cada vez más crucial para alcanzar el acceso universal a una atención de la salud asequible en un contexto, tanto como el de México como el de otros muchos países, de crecientes expectativas de los usuarios, cambios demográficos, incremento de los costos de innovaciones tecnológicas y la creciente carga de enfermedades crónicas.

La mayoría de los comentarios de los representantes del gobierno federal como de las instituciones de seguridad social concuerdan en que el rígido financiamiento actual basado en los sueldos de médicos de atención primaria genera muy pocos incentivos para aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y mejorar la calidad de la atención para los pacientes. A esta percepción la respalda evidencia empírica de otros arreglos que comparan los efectos en todo el sistema de los acuerdos salariales con los mecanismos alternativos de pago a los médicos (Recuadro 5.4). Entre otros hallazgos, la

evidencia disponible sugiere que en muchos contextos los cambios de los mecanismos de sueldos han sido una estrategia de política exitosa para fortalecer el sistema de atención primaria, mejorar aspectos como la experiencia del usuario y la prevención de atención más costosa, incluyendo hospitalizaciones evitables (aumentando así la eficiencia distributiva).

Recuadro 5.4. **La experiencia internacional con los mecanismos de pago a los médicos de atención primaria**

Los analistas suelen categorizar los mecanismos de reembolso para los médicos en régimen salarial, subsidio y cuota por servicio (Ellis y Miller, 2008). En los países donde la cuota por servicio se convirtió en la principal fuente de ingresos para estos profesionales, en varios estudios empíricos se identificó, desde hace mucho tiempo, una tendencia a un mayor gasto en el sistema de salud (Gerdtham y Jönsson, 2000). La falta de incentivos para la contención de costos en los sistemas de cuota por servicio significa que muchos países han optado por utilizar tal mecanismo de financiación, principalmente como una forma de alentar la prestación de un subconjunto de servicios considerados como estratégicos e insuficientes en la actualidad, por ejemplo, vacunación, pruebas de detección de cáncer o acciones de control de hipertensión. En esos casos, los médicos de atención primaria por lo regular han reaccionado aumentando la prestación de los servicios en cuestión, según lo previsto, aunque a menudo no se ha contado con evidencia de la calidad y ha sido necesario tener mucho cuidado en evitar que la cuota por servicio se convierta en una fuente incontrolable de presiones de costos. Algunos países, como Tailandia, han intentado controlar los costos en un entorno como este con la implementación de la cuota por servicio dentro de un presupuesto estricto, que combine límites geográficos, atención primaria y presupuestos hospitalarios globales, además de la mezcla de pago por caso para hospitales (Langenbrunner y Tandon, 2012).

Los métodos de subsidio y, en general, el uso de presupuestos predefinidos han tendido a sustituir los pagos de los sueldos de los médicos de atención primaria en muchos contextos nacionales, a veces aunado a una mejor función de vigilancia, es decir, asignando a los médicos una mayor responsabilidad en cuanto a las decisiones de remisión y el uso de los servicios en los niveles superiores de atención. En general, la limitada evidencia disponible ha sido favorable pues la transferencia de la gestión del presupuesto y las responsabilidades de vigilancia a los médicos de atención primaria parece alentar una asignación más eficiente de los recursos. Un ejemplo fue la implementación de la administración de fondos para médicos en Inglaterra durante la década de 1990, según la cual los practicantes de atención primaria podían elegir que se les asignara un presupuesto para pagar los costos de ciertos tipos de cirugía optativa para sus pacientes y podrían retener cualquier excedente. Un estudio reflejó que la eliminación subsiguiente del sistema subsidiado de administración de fondos en 1999 incrementó las admisiones optativas cobrables anuales de 3.5 a 5.1% de las antiguas prácticas de administración de fondos, lo que implicó ahorros estimados en el rango de 46 millones de libras esterlinas a 67 millones de libras esterlina para el Sistema Nacional de Salud inglés, de haber prevalecido la administración de fondos en el año 2000 (Dusheiko *et al.*, 2006). Además, las ventajas del sistema inglés de administración de fondos y de vigilancia parecen haberse extendido al sector hospitalario, donde el promedio de los tiempos de espera se redujeron en 8%, posiblemente debido en parte a la reducción de hospitalizaciones evitables (Propper *et al.*, 2002).

Como se comentó antes, uno de los principales retos implicados en experimentar con nuevas estrategias de pago para los médicos en México es el actual marco jurídico que rige las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Parece esencial que las autoridades federales busquen negociar con los sindicatos la implementación de

reformas legislativas que permitan dejar de operar con las condiciones inflexibles de contratación del personal de salud, y con acuerdos salariales como único mecanismo de reembolso para los médicos que trabajan en instituciones públicas. Parte de la fuerza laboral del IMSS-Prospera ya cuenta con contratos más flexibles. Además, algunos estados como Nuevo León han aprovechado la posibilidad de utilizar contratos temporales para contratar a algunos médicos especialistas bajo el sistema de honorarios por servicio, en el que la renovación del contrato depende de que los médicos cumplan con los estándares de calidad predefinidos. Ampliar esta posibilidad al Seguro Popular y Servicios Estatales de Salud, así como a las instituciones de seguridad social en general, es fundamental para permitir el desarrollo de métodos de pago a los médicos que estimulen el buen desempeño.

Sería importante también establecer más flexibilidad en las condiciones de contratación de profesionales de la salud para que los compradores como los REPSS y los proveedores gocen de una mayor autonomía de gestión y pongan en marcha prácticas más innovadoras en el ámbito local. De esta manera, el sistema mexicano estaría más preparado para evitar una situación similar a la de Francia, donde las reformas para desarrollar la función de compra y ampliar la autonomía regional en el sector hospitalario se han visto obstaculizadas porque las decisiones como las tasas salariales de los médicos siguen concentradas en el nivel nacional (Langenbrunner *et al.*, 2005).

Como indica la experiencia en diversos países, los cambios en los pagos de los sueldos de los médicos de atención primaria en México no necesitan ser a gran escala. De hecho, hay argumentos teóricos y empíricos fuertes a favor de los sistemas mixtos referentes a los sueldos, el subsidio de pagos y las honorarios por servicio para médicos de atención primaria (McGuire, 2011). Mientras los pagos subsidiados proveen apoyo financiero a los médicos para inversiones de infraestructura y los alientan a atraer y mantener a los pacientes, los mecanismos retrospectivos como los sueldos y los pequeños pagos basados en cuotas pueden ayudar a contrarrestar cualquier tendencia a la insuficiencia de servicios incorporados en el reembolso subsidiado. En la práctica, si bien los honorarios por servicio suelen ser la norma para pagar a los médicos de atención primaria y de atención ambulatoria en el sector privado, los médicos de atención primaria del sector público de la mayoría de los países de Europa Occidental todavía son remunerados con una combinación de sueldos y de subsidio. Asimismo, en varios países de Europa Central y del Este que durante la décadas de 1990 y de 2000 reformaron sus sistemas de reembolso para los médicos con el fin de mejorar la eficiencia—entre ellos Eslovenia, Estonia, la República Checa y Rumania—, los pagos subsidiados representan actualmente más de la mitad de los pagos de atención primaria, donde todavía siguen vigentes los componentes de sueldo fijo para los médicos y otros profesionales, y algunos servicios específicos, como la vacunación y la cirugía menor, se reembolsan con base en los honorarios por servicio (Figueras *et al.*, 2005).

México podría seguir una estrategia mixta similar, así como usar los pagos marginales de honorarios por servicio como un instrumento para estimular una mayor actividad y un mejor desempeño en áreas que se han identificado como prioridades políticas por parte del gobierno. Un ejemplo claro en el contexto mexicano actual es la atención preventiva y la salud pública de comunidad focalizada (véase el Capítulo 3). En este ámbito, los métodos de pago de subsidio para los médicos generales, junto

con honorarios por servicio para intervenciones específicas, como la vacunación o la atención prenatal, y con elementos de pago por desempeño en el manejo de enfermedades crónicas o de promoción de la salud —por ejemplo, relacionado con el porcentaje de pacientes con hipertensión arterial controlada adecuadamente—, se han aplicado con éxito en muchos otros países. En el Reino Unido, por ejemplo, los contratos basados en el desempeño de clínicas de atención primaria (el Marco de Calidad y Resultados) incluían objetivos relacionados con el asesoramiento y el apoyo para que los pacientes en tratamiento por diabetes y por cardiopatías dejaran de fumar, lo que parece haber aumentado el asesoramiento en este aspecto por parte del personal de atención primaria y reducido el porcentaje de personas con diabetes que fuman (Millett *et al.*, 2007).

La implementación de las estrategias de pago por desempeño parece prometedor también en sectores donde históricamente ha habido muy poca innovación en los métodos de pago y los incentivos del desempeño tienden a ser débiles, tales como el personal no médico y el personal involucrado en servicios de salud comunitarios. Este personal normalmente recibe un sueldo en la mayoría de los sistemas de salud, como es el caso de México (Saturno *et al.*, 2014). Algunos países de ingresos medios y bajos han experimentado con planes destinados a los centros de atención primaria de salud para complementar los presupuestos basados en los insumos y los acuerdos salariales con primas conforme a la cantidad y la calidad de los procesos y los servicios clave, donde pueden usarse bonos de desempeño a discreción de los centros de atención (Miller y Babiarz, 2013).

Un ejemplo es el esquema de pago por desempeño implementado en Ruanda en 2006 (Basinga *et al.*, 2011). El gobierno central estableció bonos de desempeño pagados y gastados por los centros de atención, con base inicialmente en 14 indicadores de atención materno-infantil, incluidos los objetivos para los trabajadores del sector salud de la comunidad en términos de identificación de las mujeres embarazadas y el apoyo en la asistencia al centro de salud. Se desarrolló un índice de calidad general de los servicios para utilizarse como ponderador del nivel de logro respecto al resultado por cada objetivo, y determinar en última instancia el nivel final de primas para cada servicio. El índice de calidad se calculó a partir de medidas estructurales y de procesos de la calidad de la atención en diversos tipos de servicios, como administración general, limpieza, servicios de laboratorio, administración farmacéutica y gestión financiera, involucrando así a actividades tanto del personal médico como no médico. Dos años después de la implementación, los pagos por desempeño aumentaron, en promedio, 22% los gastos generales y los centros asignaron 77% del pago de bonos para aumentar la remuneración a la fuerza laboral, dando como resultado un incremento salarial de 38% para el personal médico y no médico. También se observaron durante el periodo aumentos sustanciales en los partos en las instalaciones y las consultas por atención preventiva de niños pequeños, acompañados de mejoras en la calidad de atención prenatal. En México podría adoptarse un modelo similar de remuneración por servicios de salud pública comunitarios, y en general de atención primaria, como una estrategia para conservar un buen personal tanto técnico como no técnico y seguir fortaleciendo los incentivos de calidad en la atención.

Más allá del campo de la atención primaria podrían resultar útiles nuevos métodos de pago recién desarrollados. El gobierno federal ha reconocido la persistencia de las

largas listas de espera para recibir servicios especializados en hospitales de los Servicios Estatales de Salud de segundo nivel, y se podrían diseñar planes de honorarios por servicio para los médicos especialistas con el fin de resolver el problema (dotados de salvaguardas para evitar el aumento incontrolable de costos y de suministros, como en Dinamarca, Portugal y el Reino Unido; véase también el Recuadro 5.4). Un plan de honorarios en México debe ser lo suficientemente flexible para permitir ajustes periódicos a medida que se cumplan los objetivos iniciales de estos servicios, lo cual implica que con el tiempo habrá una combinación de pagos subsidiados, sueldos y honorarios por servicio para los médicos.

A los compradores de nivel estatal (REPSS) también les resultarían útiles las medidas legislativas encaminadas a adecuar las transferencias federales a las necesidades locales. Un ejemplo sería permitir que parte del 40% fijo actual de los recursos destinados a sueldos del personal se utilice para los incentivos relacionados con el desempeño y otros mecanismos capaces de promover el logro de objetivos estratégicos de política. Desde un punto de vista estratégico, los contratos del personal podrían incorporar pagos adicionales para las zonas rurales, lo cual, aunado a condiciones más flexibles sobre sueldos y horas de trabajo, daría a los compradores mayor capacidad para atraer a médicos especialistas y de atención primaria a estas zonas subatendidas. Este enfoque se ha adoptado con buenos resultados en algunos países de Europa del Este, como Estonia, Lituania y la Federación de Rusia, entre otros. Idealmente, esto también debería incluir que los estados puedan utilizar parte de los fondos destinados a asuntos de personal para desarrollar planes de incentivos no financieros con el fin de abordar la escasez de personal en algunas especialidades, como la enfermería obstétrica, de nuevo especialmente en las zonas rurales, mediante inversiones en el desarrollo profesional y la formación de habilidades.

Desde la perspectiva del desempeño individual, los estados deben ser capaces de desarrollar sistemas de recompensas para los profesionales vinculados a aspectos como estándares de la organización —por ejemplo, el mantenimiento de registros precisos de los pacientes—, satisfacción de los usuarios y resultados. Algunos países han desarrollado sistemas integrales de primas para médicos de atención primaria basados en objetivos múltiples de tasas de referencias a especialistas y atención hospitalaria, así como los medicamentos recetados. No obstante, debido a la carga administrativa y la complejidad de recopilar información y a la vez supervisar varios indicadores, una estrategia más sensata para México en el corto plazo sería especificar de inicio una modesta cantidad de indicadores prioritarios para monitorearlos y usarlos como base para los pagos de bonos, enfocándose en algunas acciones de atención primaria y de salud pública, así como las normas clínicas para pacientes que requieren atención crónica, la cual constituye una creciente preocupación en el contexto mexicano.

Incluso en la reciente experiencia inglesa de implementar contratos relacionados con el desempeño de médicos generales (la iniciativa QOF) analistas locales perciben en general que el programa era demasiado ambicioso en sus inicios. Establecía puntos de calidad relacionados con el pago otorgados a partir de 146 indicadores vinculados a las normas clínicas (con el apoyo de la medicina basada en la evidencia), la disponibilidad de información para los usuarios, los registros de pacientes y la satisfacción de estos, la formación del personal, la gestión de la práctica y otros aspectos (Velasco-Garrido *et al.*, 2005). Las metas para muchos de estos indicadores se cumplieron fácilmente

en casi todas las prácticas, lo que refleja dificultades en el establecimiento de normas pertinentes para un número tan grande de indicadores y el aseguramiento de que la información proporcionada por los proveedores sea precisa. A pesar de estos retos, el esquema se ha redefinido constantemente de acuerdo con las prioridades de las políticas, lo que contribuye a acumular éxitos como el aumento considerable en los últimos años del uso de las pruebas de detección de cáncer cervical, una de las intervenciones recompensadas con bonos. La evidencia empírica ha indicado que la implementación de la QOF generó un incremento en el registro de los factores de riesgo por parte de los médicos generales en zonas con mayor presencia de enfermedades, y una mejora en el registro de los factores de riesgo en zonas con menor presencia de enfermedades (Sutton *et al.*, 2010; Millet *et al.*, 2007). La experiencia de pago por desempeño en Inglaterra señala la importancia de garantizar que los bonos de desempeño en la atención primaria no dependan sólo del grado de calidad en áreas particulares, sino también de la magnitud del logro en todos los indicadores del marco de recompensas, con el fin de evitar la excesiva atención por parte de los proveedores en los aspectos de atención más recompensados y el consiguiente descuido de otras áreas importantes.

Incorporar incentivos relacionados con el desempeño a la remuneración de los profesionales de la salud también puede ayudar a atender las preocupaciones sobre otros dos temas relacionados. En primer lugar, los analistas concuerdan en que los trabajadores mexicanos de la salud reciben pagos relativamente bajos, por lo que algunos componentes complementarios relacionados con el desempeño podrían aumentar el promedio de los salarios. En segundo lugar, la brecha existente entre los sueldos de los médicos en el sector público y el privado, a favor del primero, significa que en el contexto mexicano la doble práctica es amplia. Sin embargo, la práctica médica privada permanece en gran medida sin regulación, al igual que la mezcla de ingresos privados y públicos y las horas de trabajo de los médicos. Aunque aún no se han estudiado las consecuencias de la doble práctica en México, la insuficiente regulación puede provocar que algunos médicos escatimen horas de trabajo en el sector público, desvíen a los usuarios a sus consultorios privados o hagan un uso indebido de instalaciones y equipos públicos.

Algunos gobiernos han respondido a la doble práctica con prohibiciones absolutas, como en Canadá, Grecia y China, pero este tipo de regulación rara vez se aplica como es debido y a menudo alienta a los profesionales a abandonar del todo el sector público, sobre todo en el caso de médicos experimentados y de especialistas altamente capacitados (García-Prado y González, 2007). Los pagos relacionados con el desempeño, junto con otros incentivos no financieros para fortalecer el compromiso con el sector público —por ejemplo, ofrecer la posibilidad de ascenso a puestos de dirección de hospitales de servicios estatales de salud exclusivamente a los empleados que no realizan actividades privadas, como en Italia— puede ser una alternativa para México, pero es improbable que esto sea suficiente para cerrar la brecha entre la remuneración pública y la privada en el corto plazo. Sin embargo, la experiencia de Turquía demuestra que la implementación gradual de los incentivos financieros en el sector hospitalario público —que involucran tanto sueldos más altos como incentivos relacionados con el desempeño para médicos— puede conseguir atraer de nuevo a profesionales de la salud al sector público en el largo plazo y aumentar su nivel de compromiso, lo que aumenta la probabilidad de prohibir la doble práctica en el quehacer cotidiano (Evans, 2013).

Una opción más inmediata para México sería aplicar reglas claras para la doble práctica y la práctica privada en instalaciones públicas, especialmente para los médicos que trabajan en hospitales. Las regulaciones podrían incluir permitir a los médicos atender a pacientes privados en las instalaciones públicas y recibir pago por ellos sobre una base de honorarios por servicio, de los cuales una parte sería para el centro de atención como pago de los servicios públicos proporcionados como parte del tratamiento, como se implementó en Alemania, Austria e Irlanda, entre otros países. Un programa transparente de honorarios para servicios privados dentro de las instituciones públicas facilitaría a las autoridades mexicanas vigilar la dimensión de la doble práctica y definir límites apropiados para tales actividades, por ejemplo, fijar un límite de la cantidad de camas públicas asignadas a pacientes privados en forma simultánea, así como proteger el acceso a la atención de los ciudadanos afiliados a las aseguradoras públicas. Junto con una regulación más clara, parece deseable en el contexto mexicano, al menos en el corto plazo, continuar permitiendo a los médicos empleados en el sector público que establezcan prácticas privadas fuera de las instalaciones públicas, para así evitar que profesionales calificados abandonen el sistema de salud público.

Se pueden mejorar aún más los mecanismos exitosos para la compra de medicamentos

La compra de medicamentos es un área en la que México ha logrado avances importantes en la última década, en especial por medio del mecanismo de compra consolidada en el nivel federal. El marco institucional global para el proceso de compra consolidada se creó en 2008, con el establecimiento de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud (CCNPMIS). Se trata de un órgano intersecretarial permanente integrado por representantes de las Secretarías de Hacienda, de Economía y de Salud, por representantes del IMSS y del ISSSTE, así como por funcionarios de la Secretaría de la Función Pública y la Comisión Federal de Competencia Económica como asesores permanentes.

La misión de la CCNPMIS ha sido coordinar el proceso de negociación anual con compañías farmacéuticas para la contratación pública de los precios de medicamentos de patente y otros insumos de salud genéricos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos, así como emitir recomendaciones para el equipo de negociación producto por producto. La creación de la CCNPMIS y sus actividades fueron la piedra angular para el desarrollo de un esquema de compras conjuntas en el que participan las instituciones de seguridad social y las autoridades federales en representación de los estados, con el objetivo de aumentar el poder de compra de las autoridades locales. La CCNPMIS también ha iniciado algunas actividades de colaboración e intercambio de información entre las instituciones de salud del sector público, al menos en el campo farmacéutico.

La operación de la CCNPMIS y el proceso de compras consolidadas de medicamentos en representación de los estados han ayudado a estandarizar los precios pagados por medicamentos de patente o genéricos para las diferentes instituciones de salud y los estados de México. Esta estrategia parece haber conseguido reducir los precios de los medicamentos, en particular de las vacunas y los anticonceptivos, así como de otros. Aunque no existen estudios formales sobre el impacto de la compra consolidada en

los precios de los medicamentos en México, algunos análisis han atribuido los ahorros considerables en el gasto farmacéutico para el IMSS y el ISSSTE a la nueva política, al alcanzar un estimado de 65 millones de dólares estadounidenses en 2012 (Moise y Docteur, 2007; AMIIF, 2014) y contribuir a mayores ahorros en los años subsiguientes para los estados y las instituciones de seguridad social (véase el Cuadro 5.2). El último proceso de negociación realizado en 2014, generó un ahorro estimado de 63 millones de dólares estadounidenses para los estados y las instituciones de seguridad social; la mayor proporción de estos ahorros totales correspondió al IMSS (42%) y a la Secretaría de Salud (33%) (Barraza Lloréns, 2015).

Cuadro 5.2. **Gasto en compras institucionales de medicamentos, 2013**

Institución o estado	Monto total (millones de pesos)			
	2013 ¹	2014	Ahorros	%
IMSS	29 455	27 504	1 952	6.6%
ISSSTE	8 526	7 486	1 040	12.2%
MARINA	8	5	3	34.9%
PEMEX	1 309	1 203	107	8.1%
SEDENA	75	70	5	7.1%
INSTITUTOS	21	19	2	7.3%
BAJA CALIFORNIA	222	140	81	36.6%
CAMPECHE	2	0	1	84.4%
COLIMA	68	38	29	43.2%
TLAXCALA	92	63	30	31.9%
VERACRUZ	1 134	632	502	44.3%
Total	40 911	37 160	3 751	9.2%

1. Compras consolidadas de 2014 evaluadas con precios de 2013 (se realizaron ajustes por la inflación)

Fuente: IMSS (2013), *Resultados Compra Consolidada 2014*, Ciudad de México.

A la luz de esos ahorros, el gobierno federal tiene la intención de ampliar el alcance de su política de compra de medicamentos conjunta para la mayoría de estos y con el tiempo, de dispositivos médicos como marcapasos. Sin embargo, parece pertinente realizar algunos ajustes para reforzar el programa y seguir mejorando la eficacia en este ámbito. En primer lugar, hay que trabajar para que los precios negociados se consideren adecuadamente para los costos de distribución de medicamentos, lo cual puede ser importante en muchos estados de la República Mexicana (González Pier y Barraza Lloréns, 2011).

Además de su adecuada inclusión en los contratos negociados en el nivel federal por medio de un esquema bien diseñado de precios de referencia, hay margen para reducir los costos de distribución de medicamentos dentro de los estados mexicanos al contar con una participación más amplia y cuidadosamente regulada del sector privado como red de distribución. Este enfoque ha logrado mejorar la eficiencia del sector público y el acceso a medicamentos en muchos sistemas de salud con cierto

grado de descentralización de funciones, incluyendo los países nórdicos y el Reino Unido. Esto podría ser importante en México para abordar las preocupaciones respecto a la jornada laboral limitada de los servicios de distribución de medicamentos y la disponibilidad efectiva de estos en las instalaciones de los Servicios Estatales de Salud, sobre todo en la atención ambulatoria. Este proceso incluiría la negociación de los contratos en el nivel local, incluido un conjunto de precios de referencia que considere las variaciones en los costos locales si los productos farmacéuticos son distribuidos por organizaciones privadas como las cadenas de farmacias. También podría idearse un marco jurídico explícito para que los estados puedan negociar conjuntamente con esas redes privadas de distribución, como un mecanismo más para estimular el ahorro en contratos de compra de medicamentos. De manera importante, la Secretaría de Salud debe encabezar el proceso regulatorio de aspectos clave como el establecimiento y la aplicación de límites de las tarifas de los establecimientos privados, así como el aseguramiento de la calidad de productos y de servicios.

De manera ideal, los procesos de licitación para contratos con el gobierno federal deberían implicar a un mayor número de estados de la República Mexicana y podrían alejarse poco a poco de su formato actual de “todo o nada”, para permitir a los pequeños productores (que a menudo no tienen la capacidad de suministrar la totalidad de las cantidades requeridas por un enorme mercado unificado) licitar por una parte de los contratos de suministro. Esto podría atraer a más empresas farmacéuticas a las negociaciones y probablemente impulsaría una mayor baja en los precios de compra y también posibles ahorros en aquellos medicamentos que, por ser más importantes en sólo algunos estados (como medicamentos para tratar ciertas enfermedades transmisibles cuya incidencia se concentra en las localidades del sur), se compran en pequeñas cantidades y a precios más altos.

5.4. Conclusiones

México logró ampliar la cobertura a través de un esquema de aseguramiento público para la mayoría de sus ciudadanos desde el arranque del Seguro Popular a principios de la década de 2000. A pesar de esta evolución innegable, el sistema de salud mexicano se enfrenta en la actualidad a nuevos retos para garantizar que los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud necesarios de forma oportuna y con la calidad suficiente para resultar eficaces, dos pilares fundamentales del avance de un país hacia la cobertura universal de salud. En este sentido, uno de los principales desafíos es la necesidad de mejorar el desempeño de los servicios de salud, tanto en lo relativo a la eficiencia como a la calidad de la prestación de la atención. Para lidiar con esto último, en este capítulo se han sugerido medidas concretas que México podría tomar para promover una organización más productiva de sus instituciones del sistema de salud, con base en lo aprendido de experiencias internacionales.

Una reforma prioritaria sería implementar una separación efectiva de las funciones del sistema, en especial las relacionadas con la compra y la prestación de la atención a la salud. El alto grado de fragmentación del sistema de salud y la falta de separación entre las funciones de financiamiento y de prestación ha obstaculizado el desarrollo de un sistema de incentivos capaces de impulsar la productividad y la calidad de los servicios. Realizar reformas al marco jurídico permitiría una separación eficaz

de las compras, la prestación de la atención y la administración general del sistema, reforzando la función de las oficinas de los REPSS como compradores y ampliando un marco común para el intercambio de servicios entre todas las aseguradoras públicas. Con el tiempo esto podría sentar las bases para un mayor uso de métodos de contratación selectiva por los compradores, en un contexto donde los proveedores operen en un ambiente verdaderamente competitivo y gocen de cierta autonomía para buscar formas innovadoras de mejorar su eficiencia. En este contexto, la Secretaría de Salud debería centrar sus esfuerzos en proveer un trabajo eficaz de coordinación, regulación y vigilancia de los compradores y de los proveedores.

El establecimiento de un entorno propicio para las innovaciones institucionales también debe alentar la reforma de los métodos de compra actuales en el sistema de salud mexicano. La experiencia internacional indica que en México podrían lograrse ganancias importantes en términos de eficiencia en el sistema y la calidad de la atención, mediante —entre otras iniciativas— el cambio del énfasis en el reembolso retrospectivo de los proveedores hacia mecanismos de pago prospectivos, la flexibilización de las condiciones de contratación y de trabajo para el personal de salud y la incorporación de elementos relacionados con el desempeño en el pago a proveedores. En el área de compras de medicamentos, pueden cosecharse más beneficios al aumentar el número de estados participantes en la consolidación de las compras de medicamentos y alentar la participación de empresas farmacéuticas más pequeñas en las licitaciones, así como la participación, regulada cuidadosamente, del sector privado como red de distribución.

Como se mencionó a lo largo de este capítulo, se requerirá algún tiempo para implementar cabalmente muchas de las estrategias de políticas sugeridas y su maduración. El objetivo de este capítulo no fue proponer poner en marcha cambios radicales en la organización de las instituciones mexicanas de salud de una sola vez y en el corto plazo. No sería realista esperar, por ejemplo, la plena operación de un sistema eficaz de proveedores autónomos que compitan por usuarios y por contratos de las aseguradoras, apoyado por un sistema de información completo e integrado, en unos cuantos años en México.

Más bien, en este capítulo se adoptó un enfoque más gradual al sugerir una guía de estrategias que, después de un proceso inevitable de pruebas, errores y correcciones, posiblemente dé paso a un sistema de salud más eficiente y capaz de asegurar el acceso a servicios de mayor calidad para todos los mexicanos. Con el propósito de iniciar este proceso, los primeros pasos realistas incluyen:

- Separar las funciones del comprador y del proveedor dentro de cada instituto de seguridad social y asegurar que los proveedores suministren a los compradores información cada vez más precisa sobre sus actividades, costos y resultados.
- Fortalecer el papel de los REPSS como compradores de bienes y servicios de salud convirtiéndolos en organismos públicos descentralizados.
- Continuar las negociaciones encabezadas por la Secretaría de Salud involucrando a todas las aseguradoras en relación con ampliar los acuerdos de intercambio de servicios de salud entre las instituciones públicas y las privadas, así como acuerdos sobre precios y estándares de calidad para el conjunto común de servicios que ofrecerán todas las aseguradoras.

- Establecer una agencia pública para monitorear los estándares de atención.
- Otorgar a los compradores estatales más flexibilidad para innovar en mecanismos de reembolso del proveedor en todos los niveles de atención.
- Iniciar la discusión con la participación de actores públicos y privados con los sindicatos en torno a condiciones de contratación y de pago más flexibles para el personal de salud.
- Fortalecer la política de compra consolidada de medicamentos mediante el ajuste de licitaciones (involucrando más a los estados y permitiendo la intervención en licitaciones parciales de proveedores más pequeños) y los procesos de contratación (tomando en cuenta de manera adecuada los costos de distribución de medicamentos).

Nota

1. Cabe mencionar que la mayoría de los países europeos occidentales el término “acreditación” se refiere a un proceso mucho más amplio que el empleado en México, el cual suele incluir estándares de atención relacionados con la formación de los trabajadores de la salud, así como con la estructura, los procesos y el desempeño clínico y financiero de la atención. Ejemplos de este acreditación europea incluyen a Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido (Velasco-Garrido *et al.*, 2005).

Bibliografía

- AMIIF (2014), *Perspectives of the National Health System in Mexico in Light of the OECD 2005 Study Recommendations*, Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, Ciudad de México.
- Barraza Lloréns, M. (2015), *Comunicación personal con el Director de Análisis de Innovaciones para el Fortalecimiento de los Servicios*, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 24 de marzo.
- Basinga, P. et al. (2011), “Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health-care Providers for Performance: An Impact Evaluation”, *The Lancet*, vol. 377, pp. 1421-1428.
- Bruce, A. y E. Jonsson (1996), *Competition in the Provision of Health Care. The Experience of the US, Sweden and Britain*, Arena Publishers, Aldershot.
- DGIS (2013), “Health Accounts at Federal and State Level 2013”, *Bulletin of Statistical Information*, vol. IV, *Financial Resources*, núm. 33, Dirección General de Información en Salud, Ciudad de México.
- Dismuke, C. y P. Guimaraes (2002), “Has the Caveat of Case-mix Based Payment Influenced the Quality of Inpatient Hospital Care in Portugal?”, *Applied Economics*, vol. 34, núm. 10, pp. 1301-1307.
- Dusheiko, M. et al. (2006), “The Effect of Financial Incentives on Gatekeeping Doctors: Evidence from a Natural Experiment”, *Journal of Health Economics*, vol. 25, núm. 3, pp. 449-478.
- Ellis, R. y M. Miller (2008), “Provider Payment Methods and Incentives”, en H. Kris (ed.), *International Encyclopaedia of Public Health*, Oxford Academic Press, Oxford.
- Evans, T. (2013), “Universal Health Coverage in Turkey: ‘Pearls’ Emerging from the Pressures of Ambitious Reforms”, World Bank, blog: “Investing in Health”, disponible en: <http://blogs.worldbank.org/health/universal-health-coverage-turkey-pearls-emerging-pressures-ambitious-reforms> (consultado el 19 de noviembre de 2014).
- Figueras, J. et al. (2005), “Purchasing to Improve Health Systems Performance: Drawing the Lessons”, en J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Capítulo 3, McGraw-Hill International, Berkshire.
- Forgione, D. et al. (2004), “The Impact of DRG-based Payment Systems on Quality of Health Care in OECD Countries”, *Journal of Health Care Finance*, vol. 31, núm. 1, pp. 41-54.
- García-Prado, A. y P. González (2007), “Policy and Regulatory Responses to Dual Practice in the Health Sector”, *Health Policy*, vol. 84, núm. 2, pp. 142-152.

- Gerdtham, U. y B. Jönsson (2000), “International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis”, en A. Culyer y J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Elsevier, Ámsterdam.
- Gerdtham, U. et al. (1999), “The impact of Internal Markets on Health Care Efficiency: Evidence from Health Care Reforms in Sweden”, *Applied Economics*, vol. 31, núm. 8, pp. 935-945.
- González Pier, E. y M. Barraza Lloréns (2011), “Trabajando por la Salud de la Población: Propuestas de Política para el Sector Farmacéutico”, versión para el diálogo, Funsalud, Ciudad de México.
- Hernández, M. et al. (eds.) (2013), “ENSANUT 2012 - Análisis de sus principales resultados. Número especial”, *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 2.
- Hunter, D. et al. (2005), “Steering the Purchaser: Stewardship and Government”, en J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Capítulo 8, McGraw-Hill International, Berkshire.
- IMSS (2013), *Resultados Compra Consolidada 2014*, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.
- Kobel, C. et al. (2011), “DRG Systems and Similar Patient Classification Systems in Europe”, en R. Busse, A. Geissler, W. Quentin y M. Wiley (eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Capítulo 4, Open University Press, Berkshire.
- Kwon, S. (2003), “Payment System Reform for Health Care Providers in Korea”, *Health Policy and Planning*, vol. 18, núm. 1, pp. 84-92.
- Langenbrunner, J. et al. (2005), “Purchasing and Paying Providers”, en J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Capítulo 11, McGraw-Hill International, Berkshire.
- Langenbrunner, J. y A. Tandon (2012), “Health Financing Systems in East Asia and the Pacific: Early Successes and Current Challenges”, en B. Clements, D. Coady y S. Gupta (eds.), *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, Capítulo 8, International Monetary Fund, Washington DC.
- Louis, D. et al. (1999), “Impact of a DRG-based Hospital Financing System on Quality and Outcomes of Care in Italy”, *Health Services Research*, vol. 34, núm. 1 (Pt 2), pp. 405-415.
- Maarse, H. et al. (2005), “Responding to Purchasing: Provider Perspectives”, en J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Capítulo 12, McGraw-Hill International, Berkshire.
- McGuire, T. (2011), “Physician Agency and Payment for Primary Medical Care”, en S. Glied y P.C. Smith (eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Capítulo 25, Oxford University Press, Oxford.
- Miller, G. y K. Babiarz (2013), “Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs”, *NBER Working Paper No. 18932*, NBER, Cambridge, MA.

- Millett, C. et al. (2007), “Impact of a Pay-for-Performance Incentive on Support for Smoking Cessation and on Smoking Prevalence Among People with Diabetes”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, núm. 12, pp. 1705-1710.
- Moïse, P. y E. Docteur (2007), “Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico”, OECD Health Working Paper, núm. 25, OCDE Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/302355455158>.
- Moreno-Serra, R. (2014), “The Impact of Cost-containment Policies on Health Expenditure: Evidence from Recent OECD Experiences”, *OECD Journal on Budgeting*, vol. 12, núm. 13, pp. 1-29.
- Moreno-Serra, R. y A. Wagstaff (2010), “Systemwide Impacts of Hospital Payment Reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia”, *Journal of Health Economics*, vol. 29, núm. 4, pp. 585-602.
- Mossialos, E. et al. (eds.) (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Palmer, K. (2011), *Reconfiguring Hospital Services: Lessons from South East London*, King’s Fund, Londres.
- Propper, C. et al. (2008), “Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9”, *The Economic Journal*, vol. 118, núm. 525, pp. 138-170.
- Propper, C. et al. (2002), “Waiting Times for Hospital Admissions: The Impact of GP Fundholding”, *Journal of Health Economics*, vol. 21, núm. 2, pp. 227-252.
- Robinson, R. et al. (2005), “Organization of Purchasing in Europe”, en J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Capítulo 2, McGraw-Hill International, Berkshire.
- Saturno, P. et al. (2014), *Calidad del Primer Nivel de Atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico Estratégico de la Situación Actual*, INSP, Cuernavaca.
- Schut, F. y W. van de Ven (2011), “Effects of Purchaser Competition in the Dutch Health System: Is the Glass Half Full or Half Empty?”, *Health Economics Policy and Law*, vol. 6, núm. 1, pp. 109-123.
- Secretaría de Salud (2014), *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf (consultado el 17 de noviembre de 2014).
- Shekelle, P. (2009), “Public Performance Reporting on Quality Information”, en P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas y S. Leatherman (eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*, Capítulo 5.2, Cambridge University Press, Cambridge.
- Sutton, M. et al. (2010), “Record Rewards: The Effects of Targeted Quality Incentives on the Recording of Risk Factors by Primary Care Providers”, *Health Economics*, vol. 19, núm. 1, pp. 1-13.
- Treviño, C. (2014), *Comunicación personal con el Director de Finanzas, IMSS*, julio 9.

- Velasco-Garrido, M. et al. (2005), "Purchasing for Quality of Care", en J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Capítulo 10, McGraw-Hill International, Berkshire.
- Volpp, K. et al. (2003), "Market Reform in New Jersey and the Effect on Mortality from Acute Myocardial Infarction", *Health Services Research*, vol. 38, pp. 515-533.
- Zwanziger, J., G. Melnick y A. Bamezai (2000), "The Effect of Selective Contracting on Hospital Costs and Revenues", *Health Services Research*, vol. 35, núm. 4, pp. 849-867.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS

La OCDE constituye un foro único en su género, donde los gobiernos trabajan conjuntamente para afrontar los retos económicos, sociales y medioambientales que plantea la globalización. La OCDE está a la vanguardia de los esfuerzos emprendidos para ayudar a los gobiernos a entender y responder a los cambios y preocupaciones del mundo actual, como el gobierno corporativo, la economía de la información y los retos que genera el envejecimiento de la población. La Organización ofrece a los gobiernos un marco en el que pueden comparar sus experiencias políticas, buscar respuestas a problemas comunes, identificar buenas prácticas y trabajar en la coordinación de políticas nacionales e internacionales.

Los países miembros de la OCDE son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Letonia, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y Turquía. La Unión Europea participa en el trabajo de la OCDE.

Las publicaciones de la OCDE aseguran una amplia difusión de los trabajos de la Organización. Estos incluyen los resultados de la compilación de estadísticas, los trabajos de investigación sobre temas económicos, sociales y medioambientales, así como las convenciones, directrices y los modelos desarrollados por los países miembros.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud

MÉXICO

Contenido

Diagnóstico y recomendaciones

Capítulo 1. Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México

Capítulo 2. Fortalecer la rectoría para construir un sistema de salud centrado en la persona y orientado al uso de la información

Capítulo 3. Prestación de servicios de salud: definición de un paquete de beneficios equitativo y fortalecimiento de la atención primaria

Capítulo 4. Realignar el financiamiento para cubrir mejor las necesidades de la atención de la salud individual

Capítulo 5. Compra más inteligente de bienes y servicios

Consulte esta publicación en línea: <http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/9789264265523-es>.

Este trabajo está publicado en OECD iLibrary, plataforma que reúne todos los libros, publicaciones periódicas y bases de datos de la OCDE.

Visite www.oecd-ilibrary.org para más información.

2016

OECD publishing
www.oecd.org/publishing



ISBN 978-92-64-26551-6
81 2012 16 4 P1

