

HACIA UN MÉXICO *más* SALUDABLE

*Una visión
del sector privado*



Fundación Mexicana
para la Salud
Institución privada
al servicio de la
comunidad

HACIA UN MÉXICO *más* SALUDABLE

*Una visión
del sector privado*

Beatriz Zurita
Alejandra González Rosetti
Felicía Knaul
Guillermo Soberón

Los autores agradecen la invaluable
colaboración de José Cuauhtémoc Valdés
Olmedo, Héctor Arreola y Cintli León.

Las propuestas de este documento se originan
en el estudio: Frenk, J., Lozano, R., González
Block, MA., et al. *Economía y Salud: propuestas
para el avance del sistema de salud en México.*
Informe final. México DF. FUNSALUD, 1994.



Fundación Mexicana
para la Salud
Institución privada
al servicio de la
comunidad

Índice

Presentación	7
Introducción	9
La propuesta de FUNSALUD	13
1. Explorar la posibilidad de que el Seguro de Familia adquiera las características de un Seguro Nacional de Salud	16
2. Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud	21
3. Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios	24
4. Crear un Fondo Nacional de Salud Pública	28
5. Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud	29
Colofón	32

HACIA UN MÉXICO MÁS SALUDABLE.
UNA VISIÓN DEL SECTOR PRIVADO

Primera edición 2001

DR Fundación Mexicana para la Salud, AC
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal Tepepan
CP 14610, México, DF, México

www.funsalud.org.mx

Impreso y hecho en México
Made and printed in Mexico

ISBN 968-5028-38-3

Presentación

Anexo 1

FUNSALUD y el Sistema Nacional de Salud

Los objetivos de FUNSALUD

FUNSALUD, instrumentos y medios

Anexo 2

Salud y desarrollo

¿Por qué la salud debe interesarnos a todos?

Las empresas y la salud

Anexo 3

Logros del Sistema Nacional de Salud e impacto de la pobreza

Salud y desarrollo socioeconómico

Anexo 4

Reformas de los Sistemas de Salud

Retos para el Sistema Nacional de Salud

Tendencias internacionales en las reformas de salud

Avances en el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud de México

En el siglo XX México se ha erigido con grandes esfuerzos como una de las principales naciones del orbe. No obstante los grandes avances, persisten todavía rezagos en el logro pleno de los satisfactores sociales: la pobreza es una carga social que no puede soslayarse. Si bien el nivel de salud de los mexicanos ha mejorado en forma significativa, aún se observan algunas insuficiencias en los servicios de salud, en la calidad de la atención médica y en su financiamiento. Los cambios sociales, demográficos, económicos, educativos y políticos nos llevan a enfrentar importantes retos para mejorar los niveles de salud de la población.

La sociedad mexicana y las organizaciones de la sociedad civil, como la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), tienen hoy una magnífica oportunidad de colaborar en esta tarea a través de propuestas para mejorar el Sistema Nacional de Salud. La reforma de este sector en marcha en los últimos seis años, principalmente en la Secre-

taria de Salud y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, encierra profundas implicaciones para el desarrollo de la población, el bienestar social, el crecimiento económico e inclusive la estabilidad política. La inversión en salud absorbe ya un monto considerable de recursos e irá en aumento en el futuro. La sociedad y el gobierno deben preocuparse porque tales recursos produzcan los mayores beneficios posibles para la salud de los mexicanos.

Desde 1989 FUNSALUD realiza investigación en políticas y sistemas de salud. Ha llevado a cabo un foro internacional sobre gestión pública en salud, seminarios sobre racionalidad en el uso de tecnologías en salud y sobre innovaciones en los sistemas de salud. En 1993 impulsó el estudio *Economía y salud* con el propósito de contribuir a definir y evaluar opciones para lograr que el sistema de salud de México responda mejor a las necesidades de la población, con estrategias que promuevan la equidad, la calidad

y la eficiencia en los servicios. Entre los productos de este esfuerzo se encuentran los libros *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*,¹ y *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*.² La Fundación ha construido bancos de datos sobre el peso de la enfermedad, intervenciones costo efectivas y cuentas de salud. FUNSALUD continúa ahora la aportación que ha hecho a la sociedad y a los tomadores de decisiones en materia de salud en el país con la entrega de este documento *Hacia un México más salu-*



Lic. Ernesto Rubio del Cueto
*Presidente del Consejo Directivo
Fundación Mexicana para la Salud*

¹ Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al, *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final. México DF, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

² *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*, México, DF, Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

Introducción

La Fundación Mexicana para la Salud, que ha elaborado esta reflexión propositiva, es una institución privada al servicio de la comunidad auspiciada por un grupo de empresarios y empresas mexicanos. A lo largo de sus poco más de quince años de existencia, FUNSALUD ha podido consolidar tres perfiles de acción institucional:

- Desarrollar capacidades personales e institucionales en beneficio de la sociedad a fin de elevar los niveles de salud de la población mexicana (apoyo a la investigación en salud, a la formación de recursos humanos, a la innovación tecnológica, a la educación en salud, labor editorial).
- Ser un centro de análisis y de reflexión crítica, principalmente en políticas de salud y en el campo de la economía y la salud.

- Proporcionar servicios selectivos: transferencia de tecnología a través de consultorías para fortalecer sistemas de salud y captación y administración de recursos financieros para impulsar distintos aspectos de la salud.

En 1994 FUNSALUD hizo una propuesta consistente en 30 recomendaciones sobre cómo organizar mejor el Sistema Nacional de Salud de México;³ como producto colateral de ese estudio se establecieron importantes bases de datos sobre el peso de la enfermedad, el costo-efectividad de intervenciones en salud, paquetes de intervenciones, sistemas de cuentas nacionales y estatales de salud. FUNSALUD ejecuta, por encargo del Banco Interamericano de Desarrollo, la Red José Luis Bobadilla diseñada para promover la formulación de políticas adecuadas de salud en

³ Frenk J, Lozano R, González Block MA, *op. cit.*

América Latina, y la Iniciativa para fomentar acciones en el combate al sida en América Latina y el Caribe (SIDALAC); a través de estas entidades participa en el debate internacional en el campo de la salud. Asimismo, por la realización de consultorias en México y en algunos países de América Latina ha podido incursionar en cuestiones concretas que afectan a los sistemas de salud. Lo anterior ha permitido a FUNSALUD proponer opciones de reforma, elaborar modelos de planeación estratégica, analizar la opinión de usuarios de los servicios de salud, conocer el sentir de diferentes actores sociales en relación con las reformas planteadas y hacer estudios comparativos de los procesos que tienen lugar en numerosos países. Para esto último ha sido útil el Núcleo de Acopio, Análisis y Disseminación de Información sobre Iniciativas de Reforma (NAADIIR), establecido en la Fundación con el apoyo de organismos internacionales. Todo con el fin de lograr un sistema de salud más equitativo, más eficiente y de mayor calidad. (Anexo 1)

La salud es causa y consecuencia del desarrollo. Invertir en salud es invertir en capital humano, que es sustento para el desarrollo económico. La salud no sólo es parte fundamental del bien social, ha pasado a ser, además, elemento importante en la economía

de los países por la magnitud de las erogaciones que se hacen y porque es sustrato esencial de la productividad. Es, asimismo, pilar esencial en el combate a la pobreza que, a su vez, milita en contra del propósito de alcanzar más altos niveles de salud. Todas las empresas deben tener interés en que sus trabajadores tengan buena salud y las empresas en el ramo de la salud, en especial, pueden jugar un papel importante en lograr un mejor sistema de salud. (Anexo 2)

El sistema de salud actual ha obtenido logros importantes pues ha aumentado la esperanza de vida y se han reducido la mortalidad general, la materna y la infantil en forma significativa; hay avances que se reflejan en prácticamente todos los indicadores. No obstante, los promedios nacionales esconden dramáticas diferencias entre los pujantes estados del norte y las empobrecidas entidades federativas del sur. (Anexo 3) Hay pues, todavía, amplio espacio para mejorar superando los retos que enfrenta el sistema de salud. Algunos de éstos se han acumulado de tiempo atrás mientras que otros son emergentes; unos y otros tienen que ver con la población o con las instituciones. Entre los de naturaleza poblacional están el rezago epidemiológico y la pobreza, antes mencionada, que se han venido arrastrando a lo

largo del tiempo, y ahora surgen el incremento en enfermedades no transmisibles y las lesiones, así como las enfermedades nuevas (sida) y recurrentes (tuberculosis); también las presiones por un incremento previsible en la demanda de servicios y por cuestiones políticas. Entre los retos institucionales se pueden mencionar la segmentación del sistema de salud, la insuficiente calidad, la ineficiencia, la referencia y contrarreferencia defectuosas y una gerencia deficiente que se arrastran por décadas, a lo que se suma un incremento desmedido de costos, inseguridad financiera, uso inadecuado de tecnología, un desequilibrio de recursos humanos y vacíos regulatorios. Hay que entender dichos retos para enfrentarlos. Esta situación explica el auge de iniciativas de reforma que se han implantado en numerosos países. En general, hay una tendencia a separar el financiamiento de la prestación de servicios y a propiciar una mayor participación del sector privado. En México, en el último sexenio gubernamental se han introducido importantes medidas de reforma tanto en el ámbito de la Secretaría de Salud (SSA) como en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (Anexo 4)



El propósito de este documento es proporcionar elementos de análisis para enriquecer las discusiones entre los protagonistas del Sistema Nacional de Salud, con el fin último de contribuir al avance de la reforma sanitaria en la búsqueda de un mejor sistema de salud.

Para este fin FUNSALUD propone cinco estrategias concretas que, desde la perspectiva del sector privado, podrían implantarse para organizar mejor el Sistema Nacional de Salud. Específicamente se propone la creación de un seguro nacional de salud, la separación del financiamiento y la prestación de los servicios de salud, una mayor pluralidad en la prestación de los servicios, la creación de un Fondo Nacional de Salud Pública y el otorgamiento de incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud.

Cabe reiterar que FUNSALUD persigue, en último término, niveles de salud más elevados para toda la población ya que, por su naturaleza, la institución promueve políticas y acciones que signifiquen mayor participación del sector privado, en general de la sociedad civil, en el sistema de salud, siempre de manera complementaria a la acción gubernamental.

La propuesta de FUNSALUD

Muchas y muy variadas son las acciones que hay que llevar a cabo para elevar el nivel de salud de los mexicanos. La mayoría de ellas atañen a combatir en forma directa los problemas de salud que prioritariamente nos aquejan: superar las enfermedades del rezago, prevenir y controlar los padecimientos no transmisibles y contender con las enfermedades emergentes. También hay que corregir el desequilibrio existente en los recursos humanos para la salud pues, por ejemplo, el exceso de médicos configura un grave problema social. No obstante, no habremos de ocuparnos de estos importantes aspectos pues deseamos concentrarnos en recomendar ahora cinco estrategias que se refieren a la organización y al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, las cuales resultan viables en razón del camino que han abierto las medidas de la reforma sanitaria que ya se han puesto en marcha.

Escapa también al alcance de esta propuesta, pero no puede dejar de

mencionarse, el combate a la pobreza, por el gran impacto negativo que esta condición tiene en las condiciones de salud. Es importante hacer énfasis en el efecto detonador que tiene llevar la salud a los grupos marginados en la superación del círculo vicioso de la pobreza. En este sentido, cabe reafirmar nuestra convicción de la importancia del enfoque integral de mejorar educación, nutrición y salud, visión que se ha venido instrumentando en años recientes.

Antes de adentrarnos en las estrategias contenidas en esta propuesta, cabe señalar algunos elementos que deben considerarse dentro del financiamiento y la prestación de servicios a fin de incrementar el número de opciones que contribuyan a dar mayor flexibilidad y versatilidad al sistema de salud. (Figura 1)

En lo que se refiere al financiamiento de los servicios de salud, la Fundación basa su propuesta en los siguientes lineamientos:

Figura 1
Lineamientos básicos

Financiamiento	Prestación
Presupuesto global en dos Fondos Nacionales: Fondo Nacional de Salud Pública y Fondo para el Seguro Nacional de Salud	Libertad de elección del prestador
Distribución del riesgo de enfermar	Intervención de organizaciones articuladoras de la prestación y el financiamiento
Subsidios en primas a población urbana pobre	Mezcla público-privada
Paquete básico de atención integral a población rural pobre	Pluralidad de prestadores
Papel complementario de seguros privados	Competencia de prestadores
Agregación nacional de riesgos con administración estatal descentralizada	Nuevos esquemas de provisión IMSS

- Los recursos económicos para el sistema de salud, en su conjunto, se dividen en dos fondos nacionales:

Fondo para un Seguro Nacional de Salud destinado a financiar la atención médica de las familias y los individuos.

Fondo Nacional de Salud Pública destinado a las acciones de salud pública, es decir, las dirigidas a la colectividad como la

prevención primaria, la salud ambiental y la vigilancia epidemiológica; el fondo también se dedicaría a la formación de recursos humanos y a la investigación en salud, entre otros aspectos.

- Los fondos financieros deben distribuir el riesgo entre sanos y enfermos y entre grupos de edad.
- Se establecen subsidios dirigidos a la población urbana pobre para el pago de primas del Seguro

Nacional de Salud (con un enfoque comunitario de primas para asegurar una prima por familia).

- Se establecen subsidios dirigidos a la población rural pobre a través de un paquete básico de atención integral que cubra más allá de las acciones de salud pública y provea un paquete acotado de intervenciones esenciales, cuyo número podría incrementarse en función de la disponibilidad de recursos.
- Papel complementario de los seguros privados según la capacidad de pago de las familias.
- Agregación nacional de riesgos pero con administración descentralizada a nivel estatal.

En lo que se refiere a la prestación de los servicios de salud, la Fundación basa sus propuestas en los siguientes lineamientos:

- Que haya libertad de elección del prestador de servicios por parte del usuario.
- Que se promuevan nuevas organizaciones que asuman la articulación del financiamiento y la prestación de servicios.
- Que se impulse una mezcla público-privada conveniente a través de una pluralidad de prestadores.

- Que se dé la competencia de prestadores con base en calidad y costos.
- Que se favorezcan nuevos esquemas de provisión de servicios.

Partiendo de estos lineamientos, de una revalorización de las recomendaciones hechas en 1994, de los avances logrados en el proceso de reforma y del papel complementario que el sector privado está llamado a desempeñar, a continuación se presentan cinco estrategias que pueden ponerse en práctica para avanzar con paso seguro y cada vez más rápido hacia un Sistema Nacional de Salud que sea más efectivo en México. Aun cuando estas estrategias benefician sobre todo a la población no cubierta por la seguridad social (población abierta), cabe recordar que esta población es la más desprotegida y en ella se concentran los problemas de salud; que la segmentación del sistema determina una profunda inequidad pues se invierte varias veces más en el cuidado de la salud de un derechohabiente de la seguridad social que en el de una persona no asegurada, y además, que las medidas de reforma recientemente implantadas para modernizar el IMSS tendrán una repercusión positiva considerable en beneficio de sus derechohabientes.

Cabe mencionar aquí que el Informe de la Organización Mundial de la Salud de junio de 2000 que trata del desempeño de los sistemas de salud coloca a México en el lugar 61 de una lista de 190 países miembros. Ahí queda claro que la principal limitación se refiere a la inequidad del financiamiento; de superarse esta situación, como sería en el caso del establecimiento de un seguro nacional de salud, la posición de nuestro país estaría por encima del lugar 30.

Las estrategias que se proponen constituyen una nueva etapa en la reforma del Sistema Nacional de Salud y son posibles, como se ha dicho, gracias a los logros consolidados. Estas estra-

tegias, con un sentido de gradualismo, habrán de preparar el camino para otras medidas en el futuro. (Figura 2)

1. Explorar la posibilidad de que el Seguro de Familia adquiera las características de un Seguro Nacional de Salud

Para asegurar un sistema nacional de salud equitativo, de calidad y eficiente, la reforma deberá apoyarse en la creación de un seguro nacional de salud. Para este fin, en una primera etapa en el corto plazo, y tal como se ha planteado, el Seguro de Familia, im-

Figura 2
Acciones estratégicas

1. Explorar la posibilidad de que el seguro para la familia adquiera las características de un seguro nacional de salud.
2. Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud.
3. Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios.
4. Crear un Fondo Nacional de Salud Pública.
5. Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud.

plantado por el IMSS, extiende el cuidado de la salud a la población urbana de recursos medios que, al no tener un empleo formal, no es derechohabiente de la seguridad social y, sin embargo, tiene suficientes ingresos para participar en este esquema de protección a su salud y a su patrimonio. El Seguro de Familia, no obstante, no ha cubierto a esta población en la proporción deseada pues tiene un carácter voluntario y aun cuando está por debajo de los costos reales de la atención médica en el IMSS, todavía resulta oneroso para ciertas personas en la economía informal. Estas recurren al Seguro de Familia cuando perciben un riesgo para su salud que tendrán que enfrentar (cirugías, atención del parto y otros) lo cual afecta al IMSS por una "selección negativa de riesgos". En el mediano y largo plazos, el Seguro de Familia podría convertirse en un seguro nacional de salud. Para ello, el Estado deberá buscar los mecanismos para subsidiar a aquellas familias de las ciudades que trabajan en el sector informal y no cuentan con suficientes recursos para afiliarse.

En forma paralela, los Servicios Estatales de Salud (SESA) deberán consolidar la provisión del paquete básico de atención a las poblaciones rurales marginadas que, por su ubicación geográfica y la insuficiencia de recursos,

no puedan acceder a los servicios de salud disponibles a través del seguro nacional de salud. En este rubro se deberá procurar la ampliación del paquete básico —mediante la provisión de la infraestructura, los recursos humanos y los insumos pertinentes— a aquellas intervenciones médicas costo-efectivas dirigidas a recuperar la salud.

Actualmente el Seguro de Familia ofrece formalmente a sus afiliados acceso a todas las intervenciones médicas del IMSS que, a pesar de tener más de 28 mil camas, opera ya al máximo de su capacidad para responder a la demanda de sus cerca de 42 millones de derechohabientes. Esto significa que para que la expansión de la cobertura del Seguro de Familia sea viable en el corto y mediano plazos son necesarias dos medidas importantes:

1. Limitar el número de intervenciones ofrecidas mediante el Seguro de Familia a un paquete integral de intervenciones costo-efectivas a las que el afiliado y su familia puedan acceder en un tiempo de espera razonable.
2. Abrir la posibilidad de que otros prestadores de servicios, tanto públicos como privados, puedan suplir la oferta del IMSS donde ésta sea insuficiente para responder a la nueva demanda, lo cual será discutido con detalle más adelante.

Para la extensión del Seguro de Familia hay que considerar las características de distintos estratos de la población, en lo que se refiere a sus posibilidades económicas y, consecuentemente, su acceso potencial a los servicios de salud. Éste se determina por la cercanía a servicios de salud públicos y privados, mismos que en general se concentran en las poblaciones urbanas de más de 100 mil habitantes. No existe una clasificación homogénea para el tamaño de las localidades. El INEGI en la Encuesta de Ingreso-Gasto en los hogares maneja cinco clasificaciones, en donde la mayor concentración corresponde a localidades de más de 100 mil habitantes, mientras que en la clasificación de CONAPO, la mayor corresponde a localidades de más de un millón de habitantes. Como en México existen pocas ciudades con más de un millón de habitantes, el acceso potencial en este estudio se determinó con base en la selección de núcleos poblacionales con más de 100 mil habitantes, en donde se espera existan condiciones de infraestructura de servicios de salud suficientes para la coexistencia tanto de proveedores públicos como privados, ya que en las localidades con menor población hay menores posibilidades de contar con tales condiciones. Con el tiempo, el mismo es-

quema se puede usar en todas las poblaciones donde se den las condiciones necesarias para una competencia con base en calidad y costo de la oferta de servicios.

Queda por analizar si el gasto en el que incurren los hogares de los diferentes estratos obedece a la prioridad que asignan al cuidado de su salud o si gastan en función del límite de su capacidad de consumo. En el caso de los estratos más pobres, los indicadores demuestran claramente que éstos gastan por encima de su capacidad, ya que hasta 18% de los hogares llega a tener gastos catastróficos. No obstante, su índice de hospitalización está por debajo de la media esperada (5% de la población), lo que demuestra que muchas de sus necesidades de salud quedan sin respuesta por falta de ingresos. En el caso de los estratos de ingresos medios y medios bajos, los indicadores son mixtos, ya que algunos casos tienen aparentemente la capacidad de asignar recursos a su salud por encima de su gasto actual. De cualquier manera, estas familias, al no estar aseguradas, se encuentran expuestas a gastos catastróficos en caso de enfrentar una enfermedad grave.

Esto lleva a concluir que un seguro nacional de salud protegería el patrimonio de las familias actualmente no aseguradas; en el caso de las familias de

ingresos bajos, les garantizaría niveles mínimos de atención a la salud que actualmente quedan fuera de su alcance. Vale la pena destacar que estos primeros pasos hacia el seguro nacional de salud disminuyen de manera considerable el riesgo financiero de las familias más pobres, pero no resuelven de manera integral los gastos catastróficos por enfermedades como sida y cáncer. Las familias sin afiliación a la seguridad social y que cuentan con recursos propios suficientes tendrán la libertad de elegir un seguro de salud entre las opciones existentes en el mercado para cubrir estas necesidades. El cuadro 1 propone un enfoque para ayudar a determinar el tamaño de la demanda potencial a raíz de un uso más sistemático del Seguro de Familia.

La población no asegurada que vive en poblaciones de más de 100 mil habitantes se puede dividir en cuatro grupos:

Grupo I

Individuos de ingreso bajo (deciles 1, 2, 3 y 4) que no estarían en condiciones de cubrir la prima del Seguro de Familia y que, a menos que se les ofreciera un subsidio completo de la misma, continuarían teniendo como último recurso (si bien su acceso no es evidente) las facilidades de la SSA

(Institutos Nacionales de Salud y otros hospitales federales descentralizados) y los SESA para cubrir sus necesidades de salud que requieran un tratamiento costoso. Mientras no se les ofrezca una opción, este grupo seguirá haciendo gastos de bolsillo para cubrir las necesidades de salud que no están cubiertas por el Paquete Básico de Atención, o en caso de no poder hacerlo, dejarán insatisfechas sus necesidades de salud. Este grupo es particularmente vulnerable frente al riesgo de incurrir en gastos catastróficos.

Grupo II

Individuos de ingreso medio bajo (deciles 5, 6 y 7), empleados de manera informal o que trabajan por su cuenta, que actualmente cubren sus necesidades de salud mediante el pago de bolsillo al sector privado y acudiendo a los SESA. En la medida en que su ingreso lo permite, se trasladan a los Institutos Nacionales de Salud cuando requieren de atención de tercer nivel. Con excepción de aquellos que viven en la Ciudad de México, su acceso a este último es muy limitado. Se beneficiarían de un Seguro de Familia no sólo para

Cuadro 1

Enfoque para determinar la demanda potencial del seguro para la familia

Hogares no asegurados en poblaciones de más de 100 mil habitantes

Grupo ¹	Nivel de ingreso	Actividad económica	Forma actual de pago	Potencial de afiliación y uso	Condición	Número de familias ²
I	Ingreso bajo	Autoempleo Empleo informal	Pago directo Primer nivel (Paquete Básico de Atención)	Si	Subsidio total de prima	1,768,062
II	Ingreso medio bajo	Autoempleo Empleo informal	Pago directo Primer y segundo nivel SSA	Si Para acceso a todos los niveles	Subsidio parcial a la prima	1,474,522
III	Ingreso medio	Autoempleo Pequeños propietarios	Pago directo Tercer nivel (Institutos)	Si Para acceso a tercer nivel	Calidad	755,663
IV	Ingreso alto	Autoempleo Propietarios empresas	Pago directo Seguro privado de salud	No	—	424,251

¹Grupo I - deciles 1, 2, 3, 4; Grupo II - deciles 5, 6, 7; Grupo III - deciles 8, 9; Grupo IV - decil 10.

²Se calcula que cada seguro para la familia cubrirá en promedio al afiliado y cuatro familiares.

cubrir sus gastos médicos mayores, sino por los episodios cotidianos de necesidades de salud que los llevarían a acudir a las instalaciones de primer y segundo nivel de manera regular.

Grupo III

Individuos de ingreso medio (deciles 8 y 9), empleados por su cuenta, pequeños propietarios o empleados informales, que actualmente recurren a prestadores

privados para la atención de primer y segundo nivel, pero que dependen de los Institutos Nacionales de Salud para la atención de tercer nivel. Se beneficiarían con un Seguro de Familia al usarlo como el equivalente de un seguro de gastos médicos mayores, esto es, sólo acudirían a las instalaciones del IMSS en caso de necesitar un tratamiento costoso.

Grupo IV

Individuos de ingreso alto (decil 10), autoempleados o propietarios de empresas, que cubren sus gastos de salud con pago directo o que cuentan con seguro privado de gastos médicos mayores.

El Seguro de Familia canalizaría los recursos a la demanda en vez de a la oferta, como ahora sucede, lo cual incentivaría una competencia entre prestadores de servicios con base en calidad y costos de los usuarios, aliviaría la selección negativa de riesgos e introduciría una gran equidad. En rigor, el Seguro de Familia sería una forma de prepago y copago que determinaría una amplia distribución de riesgos. Ciertamente significaría una cuantiosa erogación gubernamental pero sería una inversión altamente redituable en términos de salud.

En el año 2000 el costo estimado del Seguro de Familia fue de \$6,300 pesos. Para los hogares con capacidad de pago (deciles 8 a 10) la contribución ascendió a \$3,888 pesos y la aportación obligatoria del gobierno a \$2,412 pesos. Los hogares con menor capacidad de pago estarían parcial o totalmente subsidiados por el gobierno. El costo total de la primera fase del seguro nacional de salud en el año 2002 sería de \$32,771 millones de pesos, que representan el 0.63% del PIB. La aportación del gobierno sería de \$24,599 millones de pesos (0.47% del PIB) y la de los hogares de \$8,172 millones de pesos (0.16% del PIB). (Cuadro 2)

2. Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud

Mientras se mantengan integradas las funciones de financiamiento y prestación de servicios en una misma institución, ésta seguirá actuando como juez y parte de un proceso que debe ser supervisado y evaluado a fin de introducir correctivos e innovaciones que le permitan ir mejorando. Además, con dicha integración se pierde la oportunidad de utilizar el financiamiento como un incentivo para sancionar positiva o negativamente el desempeño del sistema. En otras palabras, la separación del finan-

Cuadro 2
Costo del Seguro Nacional de Salud
2002

Decil de ingreso	Número de hogares*	Contribución total**		
		Gobierno	Hogar	Total
Grupo I	2,339	14,738	0	14,738
Grupo II	552	2,943	537	3,480
Grupo III	462	2,014	899	2,913
Grupo IV	460	1,557	1,341	2,898
Grupo V	1,388	3,348	5,395	8,743
Total	5,201	24,600¹	8,172²	32,772³

*En miles

** En millones de pesos

¹ 0.47% del PIB (4% de crecimiento)

² 0.16% del PIB

³ 0.63% del PIB

ciamiento y la prestación será un factor importante para incrementar la calidad de los servicios, atenuar la inequidad y aumentar la eficiencia.

Durante el último gobierno la reforma de salud ha dado pasos significativos en la descentralización del sistema de salud, lo que favorece la posibilidad de separar las funciones de financiamiento y prestación. Tanto el IMSS como los SESA han ido cambiando en los últimos años y se esperan mayores ajustes en el futuro: por una parte, la descentralización de los ser-

vicios de salud para la población abierta, y la consecuente consolidación de los SESA, y por la otra, la creación de las Áreas Médicas de Gestión Descentralizada (AMGD) en el ámbito del IMSS.

En el primer caso, los SESA presentan una autonomía y una dimensión muy convenientes para poner en práctica políticas de salud adecuadas a las necesidades locales y para implantar medidas más manejables dentro de su área de influencia. También este modo descentralizado de gestión permitirá a cada estado repetir aquellas políticas

que han tenido éxito en otros estados. En el caso de las AMGD, éstas han sido concebidas con una autonomía suficiente para asegurar una gestión basada en problemas y decisiones locales. En conjunto, ambas iniciativas fortalecen al sistema, haciéndolo capaz de responder a los retos que enfrenta y, de manera directa, favoreciendo la separación del financiamiento y la prestación de los servicios.

Queda por delante el reto de diferenciar las funciones de financiamiento y prestación de servicios en los propios SESA, a fin de que este deslinde pueda, nítidamente, lograr la separación propuesta existiendo en su estructura instancias captadoras y adjudicadoras de recursos financieros distintos de las instancias prestadoras de servicios. Asimismo, es preciso continuar con este esfuerzo en el IMSS apoyándose en la interacción de las delegaciones con las AMGD. De esta manera, tanto los SESA como el IMSS podrán mantener áreas bien identificadas dedicadas exclusivamente ya sea a la prestación de servicios o al financiamiento de los mismos.

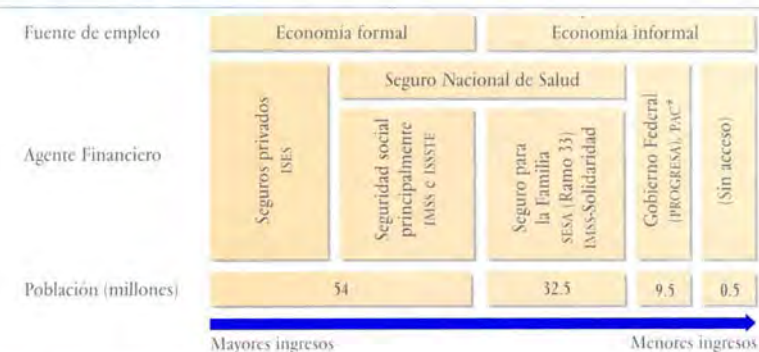
En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, la capacidad de recaudación y administración de recursos, la gran experiencia y la fortaleza administrativa del IMSS, lo colocan en posición de manejar los recursos des-

tinados a la atención médica a través del seguro nacional de salud. Estos fondos se integrarían con la captación de las primas del Seguro de Familia y el subsidio federal correspondiente para los asegurados que tienen una capacidad de pago parcial o nula. Para este fin, y para reducir sus costos operativos, el IMSS deberá continuar con sus esfuerzos por modernizar y volver más eficiente y transparente su administración. (Figura 3)

En su capacidad de organismo financiador de la prestación de servicios de atención médica cubiertos por el seguro nacional de salud, el IMSS se valdría de sus delegaciones para obtener y hacer llegar los recursos a las unidades de las AMGD. De la misma manera, a través de los SESA haría llegar los recursos a las unidades de las jurisdicciones sanitarias en los estados. A través de las recién formadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), se podrían establecer contratos con los proveedores del sector privado. Esta nueva relación entre financiamiento y prestación de servicios permitiría establecer una asignación de recursos con base en el número y, sobre todo, en la calidad de las intervenciones efectuadas para restablecer la salud de los usuarios.

En el caso de los Institutos Nacionales de Salud, el Hospital General de

Figura 3
Financiamiento de la atención médica
por grupo de población



*Programa de Ampliación de Cobertura

México, el Hospital Manuel Gea González y otros organismos descentralizados de la SSA, el IMSS podría asignarles recursos para la atención médica de los afiliados al Seguro de Familia a través de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, que es una dependencia de la SSA.

Es por ello que la descentralización de los servicios no sólo es una oportunidad única para promover la separación de las funciones de financiamiento y prestación en el ámbito estatal, sino que puede ser, a la vez,

un detonador de la pluralidad en la provisión de servicios de salud.

3. Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios

En el IMSS todas las camas de sus hospitales están utilizadas a su máxima capacidad, además de que hay lugares en donde existe un déficit de camas respecto del número de afiliados que demandan servicios. La demanda al IMSS aumentará en el corto plazo por

Cuadro 3
Estimación de necesidades de
infraestructura para el IMSS

Tipo de población	Población en miles	Médicos	Camas	Consultorios
Usuarios actuales	27,870	37,593	28,340	13,793
Derechohabientes actuales	18,256	24,624	18,564	9,035
Seguro Nacional de Salud	20,198	27,244	20,538	9,996
Total	66,323	89,461	67,442	32,824

* Tasa de médicos por 1,000 usuarios 1.35

* Tasa de camas por 1,000 usuarios 1.02

* Tasa de consultorios por 1,000 usuarios 0.49

el Seguro de Familia, por el número de empleos que serán creados, por el envejecimiento de la población y, en su caso, por la conversión del Seguro de Familia en un seguro nacional de salud. Actualmente sólo 60% de la población derechohabiente utiliza los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. Si todos los derechohabiente del IMSS requirieran servicios de igual manera que los usuarios, el IMSS necesitaría 66% más de médicos, camas y consultorios.

En el futuro, como resultado del crecimiento en el número de empleados, de la incorporación de la población económicamente activa informal de las áreas urbanas, de los cambios en la dinámica

demográfica y epidemiológica, en especial por el aumento de la población adulta mayor de 60 años y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, será necesario elevar la infraestructura de servicios de salud. Se estima que en los próximos diez años el Instituto tendrá que casi triplicar el número de médicos, camas y consultorios, para cubrir a 70 millones de usuarios que se calcula tendrá en el año 2010. (Cuadro 3)

La provisión plural de servicios de salud puede ser una opción más costo-efectiva que la inversión en expansión de infraestructura como resultado de la saturación de los servicios del IMSS en algunas regiones del país. Lo que se propone es racionalizar el uso de la

infraestructura existente.⁴ Para ello se deberá aprovechar la oportunidad que ofrecen los recién creados Sistemas Estatales de Salud a fin de establecer mecanismos que permitan la provisión combinada de servicios proporcionados tanto por diferentes instituciones públicas como por organizaciones privadas.

Las más de 11 mil camas subutilizadas con las que cuenta el sector público en los SESA y otras instituciones públicas son una oportunidad para complementar la infraestructura requerida para este fin, lo que además ayudaría a corregir las ineficiencias en la distribución de hospitales que aqueja al sistema de salud en el país. Asimismo, hoy en día el sector privado cuenta con más de 2,400 camas subutilizadas en hospitales concentrados en ocho estados. En la medida en que consolide su oferta de servicios, el sector privado estará en condiciones de coadyuvar a responder al crecimiento en la demanda de atención a la salud. Se deberán buscar medidas para dar incentivos a mejoras en la calidad y la eficiencia de los servicios de salud tanto públicos como privados, a fin de

que aumenten su participación conjunta en la provisión de servicios.

La sistematización de la contratación externa y la subrogación de los servicios que ofrece el IMSS no sólo es posible sino deseable y necesaria. Por medio de la subrogación de servicios el IMSS complementaría su capacidad de prestar servicios a través de contratos con proveedores para que ellos proporcionen servicios a sus derechohabientes. Asimismo, los compromisos del IMSS pueden cumplirse con contratos externos con laboratorios y otros servicios de apoyo médico así como con el arrendamiento de equipo. Los proveedores que se pueden considerar para la provisión plural de servicios son los SESA, los Institutos Nacionales de Salud y otros organismos descentralizados de la SSA, el programa IMSS-Solidaridad, otras instituciones de seguridad social de carácter público y aquellos servicios privados que cumplan con los requisitos de calidad.

A manera de ejemplo, en el estado de Guanajuato frente a la demanda de servicios de salud hospitalarios en 1998, el IMSS mostraba una satura-

⁴ Si bien la creciente importancia de la atención ambulatoria podría significar ahorro de camas, la implantación de esta tendencia requiere capacitación, tiempo para adecuaciones y gradualismo.

ción en su infraestructura de 1,086 camas ocupadas al 93%. Si consideramos que es difícil operar un hospital a más del 90%, entonces le faltarían 30 camas para satisfacer la demanda con mayor flexibilidad. La Secretaría de Salud contaba con 822 camas que en ese año estaban ocupadas al 74%. Considerando la ocupación deseable del 80%, se tenía un excedente de 53 camas. En los hospitales del sector privado, con más de 50 camas (254 camas), se tenía una ocupación únicamente del 38%. Estos hospitales, con un nivel de ocupación del 80%, tenían 107 camas disponibles. Una provisión plural de servicios que tenga como principio básico la calidad y la oportunidad de la atención, podría significar un avance en la utilización de la infraestructura disponible para ayudar a resolver la saturación que enfrenta el IMSS en este estado. De la misma manera, ayudaría a encontrar los mecanismos para promover la libertad de elección del proveedor por parte de los usuarios.

La colaboración entre el IMSS y el sector privado como una solución ante la insuficiencia de infraestructura, es un elemento importante a considerar. Tal es el caso de los convenios de reversión de cuotas, que son una opción a través de la cual algunas empresas mantienen la respon-

sabilidad de proporcionar servicios de salud a sus trabajadores equivalentes a los beneficios de la seguridad social mediante el financiamiento compartido de la contribución obligatoria a la seguridad social y fondos adicionales de la empresa. Otra alternativa que habrá que explorar es la prestación indirecta de servicios de salud, en la que las empresas que lo deseen pueden adquirir la responsabilidad de prestar servicios de salud a sus empleados con el financiamiento de la seguridad social y fondos complementarios. En esta modalidad la empresa contrataría a una ISES para que proporcione el paquete de servicios de la seguridad social a todos sus empleados.

Las entidades federativas son el nivel en el que se puede explorar la coordinación entre estas diversas opciones para ampliar la prestación de servicios. Las recién creadas ISES, y los mismos SESA, son instrumentos organizacionales para una mejor articulación de la prestación de servicios; además, como ya se dijo, ésta representa una opción intermedia entre el gigantismo de las instituciones públicas y la atomización del sector privado. En el futuro será necesario considerar cuidadosamente si la función de articulación puede ser cabalmente desempeñada por las ISES o si existe espacio para otras alternati-

vas adicionales en cuanto a la organización de los proveedores.

La legítima competencia que se establecería entre los prestadores sería un acicate para aumentar la calidad de los servicios. Una buena regulación que considerara los niveles de atención y las intervenciones disponibles para los usuarios, les permitiría seleccionar el servicio que le resultara más conveniente, público o privado, mientras que el IMSS realizaría el pago, según se señaló en el apartado anterior, en ejercicio del Seguro de Familia (seguro nacional de salud; en su caso). La regulación debe requerir también una adecuada capacidad de respuesta por parte del prestador, lo que obligaría a los prestadores potenciales a fortalecer su infraestructura y sus procesos de organización, y desembocaría en un mejor sistema de salud. Es preciso, entonces, que antes de la apertura hacia la pluralidad se implanten programas de fortalecimiento de los prestadores y de la infraestructura regulatoria; además, la apertura deberá hacerse en forma gradual.

Cabe hacer mención de una experiencia internacional exitosa en la que se ha recurrido a una pluralidad de proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, para la atención de la salud de la población. Tal es el caso de Canadá, donde todos

los proveedores, independientemente del sector al que pertenezcan, prestan servicios con cargo al seguro de salud obligatorio del Estado. También ocurre en Holanda, donde los servicios públicos obligatorios se prestan en instituciones del sector privado y el financiamiento se complementa a través de seguros privados voluntarios. Estos dos sistemas, por cierto, cuentan con muy altos niveles de satisfacción entre sus usuarios.

4. Crear un Fondo Nacional de Salud Pública

Al descentralizar los servicios de salud para la población abierta la SSA se encuentra en mejor posición para ejercer la función rectora del Sistema Nacional de Salud que le confía la Ley General de Salud. De esta manera, sus actividades pueden centrarse en normar, planear, evaluar, supervisar y convertirse en una instancia de gestión financiera entre las instituciones de salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Además, puede orientar sus esfuerzos hacia la conducción del sistema, basándose, sobre todo, en su capacidad reguladora.

Además de estas importantes funciones, la SSA tiene la responsabilidad de ejecutar los programas de salud

pública que, con un enfoque poblacional, cuidan de la salud colectiva. Los programas específicos que deberán financiarse son los de atención primaria de la salud, de protección al ambiente y la salud ambiental, y de vigilancia epidemiológica. Asimismo, la SSA tiene que apoyar, promover y encauzar la investigación en salud y la formación de recursos humanos, y asegurar la producción de los insumos requeridos con la calidad necesaria. A fin de asegurar y dirigir los recursos indispensables para llevar a cabo estas cuatro funciones torales (salud pública, investigación, recursos humanos e insumos), creemos necesaria la creación de un Fondo Nacional de Salud Pública que, al tiempo de dar un impulso a las funciones de la SSA, otorgaría transparencia al ejercicio del gasto en aquellos rubros del cuidado de la salud distintos de la atención médica y permitiría avanzar hacia un mejor equilibrio entre la prevención de riesgos y la reparación de daños establecidos.

5. Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud

Como se ha mencionado, una política que estimule a la industria privada de la salud a hacer los esfuerzos de

inversión y mejoramiento en infraestructura, de forma que pudiera convertirse en una opción viable en aquellos lugares en donde la infraestructura pública se está viendo rebasada, garantizaría un uso más sistemático y predecible de la prestación indirecta de servicios por parte del IMSS. Contrariamente al discurso de quienes se oponen a esta medida, lejos de ser una estrategia de privatización, la prestación indirecta de servicios así como las varias modalidades de subrogación y la reversión de cuotas son herramientas costo-efectivas para adecuar el sistema de salud a las necesidades y demandas legítimas de la población en cuanto a la calidad y oportunidad de los servicios médicos. La opción de la reversión de cuotas podría ser impulsada por las empresas que están dispuestas a invertir en la salud de sus empleados. La prestación plural de servicios de salud a través de estos esquemas no pone en entredicho la responsabilidad del sector público de financiar y regular el cuidado de la salud, por lo que consideramos que la posibilidad de hacer uso de los mismos, consagrada en la nueva ley del Seguro Social, no sólo debe ser preservada sino promovida. Asimismo, como ya se mencionó, la salud es un sector creciente de la economía en la que la demanda de servicios registrará un

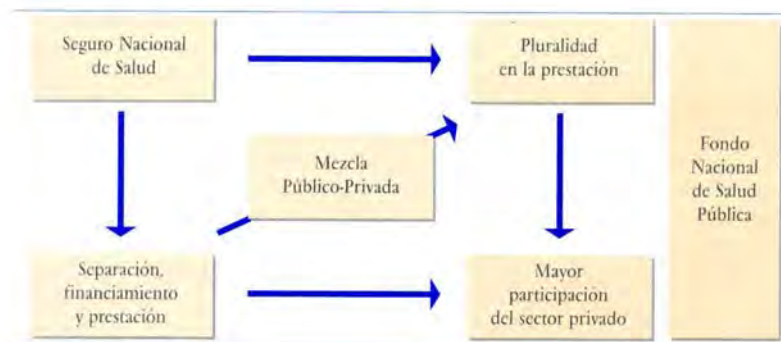
incremento, lo que significará un aumento en los empleos del sector.

La medicina privada siempre ha tenido una presencia importante en México. Es significativa su participación en la producción de insumos para la salud y en la formación de recursos humanos. Cabe recordar también que la gran mayoría de los médicos que laboran en instituciones públicas de atención médica dedican parte de su esfuerzo a la práctica privada. Existen por lo menos 95 unidades hospitalarias de más de 50 camas en el sector privado que ofrecen un poco más de 7 mil camas concentradas mayoritariamente en 10 estados del país —donde se encuentran las ciudades de mayor tamaño—. Algunas de estas instituciones privadas ofrecen servicios de excelencia y cuentan ya con un reconocimiento internacional. Por otra parte, el resto del sector privado es desigual y atomizado. Casi 80% de las unidades tienen menos de 15 camas, y en ellas se concentra el 44% de las 30 mil camas de hospital con que cuentan. En consecuencia, estas instituciones no tienen la capacidad de respuesta necesaria. Sería posible, no obstante, impulsar programas de fortalecimiento para que parte de esta infraestructura pudiera pertrecharse de los insumos necesarios y mejorar la calidad de su atención a fin de convertirse en una opción real

para complementar la provisión plural de servicios. Una regulación adecuada que dé transparencia, claridad y seguridad a la inversión privada promovería la creación de una mejor infraestructura privada y, a su vez, la formación de instituciones articuladoras como las ISES.

Igualmente, podría haber espacio para la ubicación de clínicas privadas de nivel primario o de corta resolución para especialidades básicas en poblaciones pequeñas donde la pluralidad y la competencia no son posibles. En estos sitios, por ejemplo, una cooperativa de la población o de los prestadores de servicios, o algún grupo inversionista, podría operar una Organización Solidaria de Salud (SolSalud) a manera de franquicia. Un esquema de este tipo para la prestación de servicios de salud es una alternativa al monopolio de la prestación de servicios médicos de las SESA en aquellas áreas en las que no existen las condiciones para el desarrollo de un mercado privado competitivo. En este sistema de franquicias, cada una de las SolSalud sería autónoma. Aun así, tendrían que adoptar un modelo de gerencia común y, a cambio, obtener el apoyo del Estado para la procuración de insumos, el control de la calidad, el sistema de información, la capacitación del personal y la referencia de pacien-

Figura 4
Relación entre las estrategias para avanzar
hacia el Sistema Nacional de Salud



tes. Por otra parte, cada SolSalud se comprometería a mantener un nivel adecuado de calidad y eficiencia y a ofrecer, a cambio de una cuota familiar —contribución de la familia y un subsidio del Estado—, un paquete de servicios esenciales a sus derechohabientes de acuerdo con la región del país en que se ubicara. Asimismo, cada SolSalud debería registrarse idealmente por un patronato en el que participara la comunidad, los prestadores de servicios y los usuarios.

Consideramos que la creación de un seguro nacional de salud facilitará la separación entre el financiamiento

y la prestación de los servicios de salud y abrirá espacios para una mejor mezcla público-privada en la que intervenga una pluralidad de prestadores de servicios. Este escenario requiere del fortalecimiento del sector público, tal como ha venido ocurriendo recientemente, así como del fortalecimiento del sector privado que permita una mayor participación en los esfuerzos por mejorar la capacidad de respuesta del sistema nacional de salud. (Figura 4) La certificación de hospitales, de médicos especialistas, de escuelas de medicina que ya se ha iniciado, tendrá que vigorizarse para ser un instrumen-

to efectivo que asegure la calidad de los servicios prestados.

Colofón

La reforma de salud en México, como en el resto del mundo, sigue un proceso por etapas en las que cada avance sirve de cimiento para llevar a cabo esfuerzos ulteriores. De esta manera, las medidas que hasta ahora han sido adoptadas favorecen la implantación de lo que falta por hacer. Al mismo tiempo, los resultados obtenidos dan una buena indicación sobre los cambios que deben ser instrumentados todavía y la dirección que éstos deben tomar. La exposición de propuestas que aquí se ha hecho es con el ánimo de contribuir a identificar ese paso siguiente en la dirección a la reforma sanitaria.

Éste es, pues, un momento de oportunidad. Los avances en la reforma de salud de los últimos años nos permiten ahora llevar a cabo acciones necesarias para concretar un nuevo sistema de salud más justo, más eficiente y de mejor calidad. Sin duda este gradualismo en la reforma acerca lo viable

a lo deseable. La ampliación significativa de la cobertura en áreas rurales, así como la creación de un mecanismo de aseguramiento para la población urbana que trabaja hoy en día en el sector informal, ofrecen por primera vez la posibilidad de integrar un seguro nacional de salud que sirva a la gran mayoría de los mexicanos. El fortalecimiento de la infraestructura del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como la consolidación de los Servicios Estatales de Salud, preparan al Sistema Nacional de Salud para responder a las nuevas demandas de las generaciones futuras. Es una gran oportunidad para superar algunas de las segmentaciones del sistema de salud y lograr una mayor integración de funciones, de forma que faciliten las respuestas eficientes de las instituciones frente a las necesidades de la población. El sector privado puede coadyuvar en este propósito pues está llamado a jugar un papel cada vez más importante en el esfuerzo de brindar a los mexicanos la atención a la salud consagrada en la Constitución.



FUNSALUD y el Sistema Nacional de Salud

Anexo 1

Los objetivos de FUNSAUD

La Fundación Mexicana para la Salud dedica sus esfuerzos a contribuir a mejorar la salud de los mexicanos. Para este fin se concentra en captar y generar información y conocimiento relevantes para la toma de decisiones y la formulación de políticas de salud encaminadas a mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud, haciéndolo cada vez más equitativo, de mayor calidad y más eficiente. FUNSAUD tiene también particular interés en apoyar la formación de recursos humanos, la investigación en salud y la innovación tecnológica como medios importantes para lograr estos fines. (Figura A1)

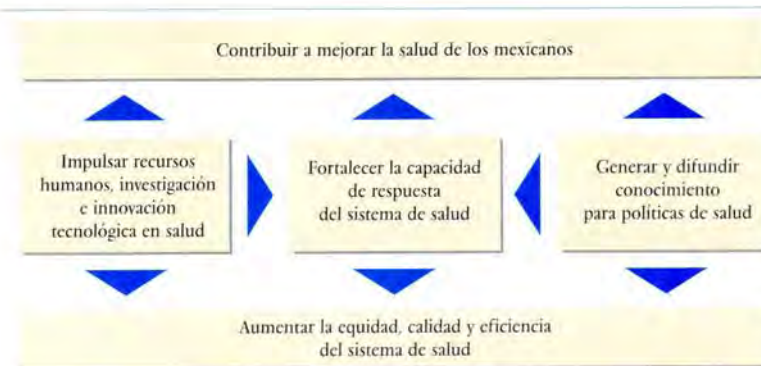
FUNSAUD, instrumentos y medios

Con el propósito de contribuir a definir y evaluar las opciones para lograr que

el sistema de salud de México responda con equidad, calidad y eficiencia a las necesidades de salud de la población, FUNSAUD ha venido realizando investigación en políticas y sistemas de salud desde una perspectiva de reflexión crítica y con sustento científico.

Como resultado, hoy en día la Fundación posee una serie de instrumentos entre los que se encuentran las propuestas para el avance del sistema de salud, reunidas en estudios de Economía y Salud y en bases de datos sobre las necesidades de salud a niveles nacional, estatal y municipal, y sobre la respuesta organizada a las mismas en su componente financiero, organizacional, de infraestructura y de capital humano. FUNSAUD cuenta también con dos instancias de proyección internacional: la Red José Luis Bobadilla y la Iniciativa SIDAAC, a través de las cuales ha participado de manera activa en el debate mundial sobre

Figura A1
Objetivos de FUNSAUD

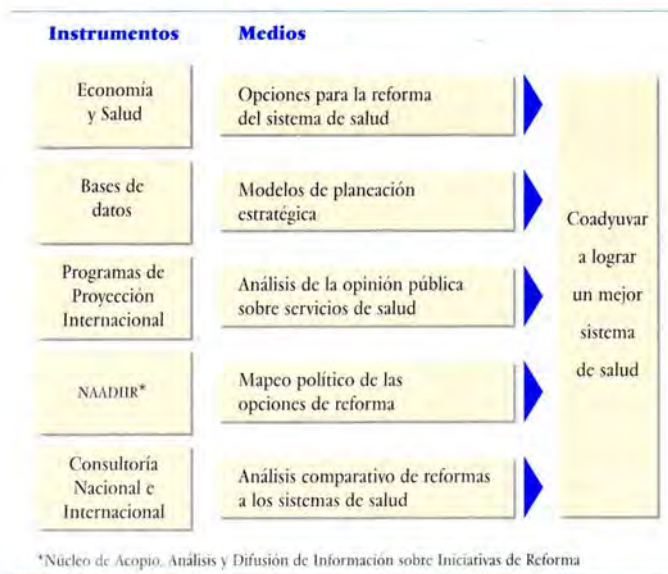


las posibles soluciones a los problemas de salud que compartimos con otras naciones. En FUNSAUD se ha establecido, por encargo de la Organización Mundial para la Salud y con el auspicio de la Fundación Rockefeller y del Gobierno de Noruega, el denominado Núcleo de Acopio, Análisis y Disseminación de Información sobre Iniciativas de Reforma (NAADIIR), que constituye una base de datos que compila información sobre lo que se ha venido implantando en 80 países de América Latina y el Caribe, Asia y África. Este y otros estudios comparativos han permitido a FUNSAUD detectar las

principales tendencias actuales en el mundo para tratar de lograr sistemas más justos, de mayor calidad y más eficientes en su gasto. Finalmente, la asesoría que la Fundación proporciona, tanto a instituciones mexicanas como de otros países, para responder a los retos asociados a la búsqueda de una mejor salud para todos, la mantiene en la exploración y construcción constante de soluciones en el ámbito de la política pública en salud y del fortalecimiento de los sistemas de salud. (Figura A2)

Los medios de los que se vale la Fundación para ayudar a la consoli-

Figura A2
FUNSALUD: instrumentos y medios



ción de un mejor sistema de salud pueden dividirse en cinco grandes grupos. El primero abarca la formulación de opciones de política dirigidas a reformar y mejorar los sistemas de salud, y se encuentra plasmado, como ya se dijo, en los documentos de Economía y Salud. Este primer grupo contiene treinta recomendaciones para avanzar

en la organización del sistema de salud, así como las medidas conducentes que derivan de éstas y que pueden ser implantadas en fases consecutivas de manera creciente.

El segundo presenta modelos de planeación dedicados a apoyar a los tomadores de decisiones en el uso más eficiente de los recursos destinados a

la salud. En este rubro cabe destacar el Paquete Básico de Salud que a través de la definición de intervenciones costo-efectivas que responden a las necesidades de salud de la población, permite definir con claridad los recursos de infraestructura y los recursos humanos que deberán invertirse para mejorar la salud de la población.

El tercer grupo se refiere a una serie de datos basados en una encuesta de opinión elaborada por la Fundación que permiten conocer a fondo el uso que hace la población del sistema de salud, el nivel de respuesta que obtiene del mismo y el grado de satisfacción con los servicios, entre otras cosas. Cabe recalcar que esta información ha permitido determinar la medida en que la población se apega al uso de los servicios que le son adscritos según su perfil laboral, dependiendo de su valoración de la calidad de la atención y las barreras que enfrenta para acceder a los servicios de su preferencia.

El cuarto grupo consiste en una serie de técnicas de análisis enfoca-

das a valorar la viabilidad política de las iniciativas de reforma que se promueven en el sector salud. Con ellas se hace un análisis cuidadoso de los actores que participan en el proceso de formulación e implantación de las políticas de salud, sus intereses, su posición frente al cambio y su nivel de influencia, entre otros. Todo ello facilita el proceso de diálogo y búsqueda de consensos necesarios para fortalecer el apoyo a los cambios destinados a mejorar el sistema de salud.

Por último, mediante los instrumentos de proyección internacional mencionados anteriormente, la Fundación ha logrado conjuntar un acervo importante de experiencias internacionales en cuanto a iniciativas de reforma y los resultados obtenidos por las mismas. Este grupo permea y nutre a todos los anteriores, y representa una fuente importante de conocimiento que la Fundación se esmera en adquirir y articular de manera que resulte relevante para el proceso de reforma en México.



Salud y desarrollo

Anexo 2

¿Por qué la salud debe interesarnos a todos?

La inversión productiva en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad tiene un efecto positivo sobre la actividad económica, pues incrementa la calidad del capital humano, mejora la productividad y la competitividad y genera empleo; además, alienta la investigación científica y estimula la innovación tecnológica.

El estudio *Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe: un estudio de determinantes y comportamiento regional y local*, que llevaron a cabo CIDE-FEDesarrollo-FUNSAUD para la Organización Panamericana de la Salud, encuentra evidencia de la relación positiva entre salud y educación en el periodo de 1965 a 1990 y la formación de mayor capital y crecimiento económico en el largo plazo. Apparently the sa-

lud favorece el crecimiento del ingreso a través de aumentos en los niveles educativos, por efecto directo del incremento de la productividad y por una mayor participación femenina en la economía. En general, para América Latina la esperanza de vida de hombres y mujeres tiene relación significativa con el ingreso per cápita, de manera que por cada incremento de un año en la esperanza de vida, ocurre un aumento en la tasa de crecimiento per cápita entre 0.8 y 1.5%, después de 15 años. Para México, en el periodo 1955-1995 las ganancias son mayores a las de la región ya que la contribución de la mejora en salud sobre el crecimiento es de hasta 2% anual. La buena salud es una condición indispensable para que exista una auténtica igualdad de oportunidades. Vale la pena recordar que si los beneficios en salud no llegan a la población de ingresos inferiores, se pola-

riza el ingreso y disminuyen las ganancias; son las inversiones en salud las que producen los mayores rendimientos. En esta forma, la atención a la salud es una de las piezas fundamentales en el combate a la pobreza. Más altos niveles de salud significan mayor capital humano y, por lo tanto, mayor desarrollo económico que, a su vez, permite mayores inversiones en salud. Se conforma, así, un círculo virtuoso. (Figura A3)

Como se mencionó anteriormente, el crecimiento económico y la me-

joría en los niveles de salud se entrelazan. Por lo tanto, no sorprende que el gasto improductivo en salud tenga un efecto negativo sobre la economía, pues agrava la inflación, reduce la productividad y la competitividad, genera desigualdad y distrae recursos para el bienestar. Cuando no hay recursos para invertir en salud se establece, entonces, un círculo vicioso. Por lo tanto, es importante la asignación óptima de recursos de inversión en salud que con el apoyo de políticas públicas adecuadas de edu-

Figura A3
Inversión productiva en salud:
el círculo virtuoso



Figura A4

Las empresas ganan con un mejor sistema de salud

Un mejor sistema de salud	<p>Respuesta más expedita a sus necesidades de salud</p> <p>Retorno más alto de sus recursos invertidos en salud</p> <p>Mejor desempeño de la economía nacional</p> <p>Mayor competitividad en el mercado internacional</p>	Sector empresarial general
	<p>Certidumbre basada en mejor regulación</p> <p>Definición clara de oportunidades de inversión</p> <p>Promoción de una justa competencia en base a calidad y costos</p>	Industria de la salud

cación y fertilidad tiene efectos positivos en el desarrollo de capital humano y, por lo tanto, en el crecimiento económico.

Además de lo anterior, la atención a la salud constituye un sector importante de la economía de los países si se considera la relevancia del gasto en salud tanto público como privado. En México el gasto privado en salud ha aumentado de manera considerable como porcentaje del PIB y como componente del total, que ya es superior al 50%. Aunque el gasto público se modifica de acuerdo al desempeño de la economía, en general los recursos financieros dedicados a la salud, que ocupa un lugar cada vez más importante en la economía nacional, son crecientes.

Las empresas y la salud

Un mejor sistema de salud debe ser de particular interés para todas las empresas ya que coadyuva a que éstas tengan un mejor desempeño en la economía nacional e internacional. Un sistema de salud eficiente y de calidad responde en forma expedita a las demandas de las empresas en el cuidado de la salud de su fuerza de trabajo. Con esto, las empresas obtienen una ganancia más alta por el dinero que invierten en la salud de sus trabajadores. Finalmente, los mayores rendimientos de la inversión en salud aumentan su productividad y acotan sus costos, haciéndolas más competitivas. (Figura A4)

Las empresas dedicadas a la salud, sean éstas prestadoras de servicios o

proveedoras de insumos, se ven beneficiadas por un sistema de salud bien regulado en la medida en que se genera un mercado transparente con reglas definidas. Esto trae como consecuencia mayores y más claras



oportunidades de inversión. De la misma manera, una regulación bien establecida genera certidumbre así como una competencia justa basada en el precio y la calidad de los servicios e insumos de salud.

Logros del Sistema Nacional de Salud e impacto de la pobreza

Anexo 3

El Sistema Nacional de Salud de México, en su forma actual, tiene cerca de 60 años de existencia. Aun cuando su desarrollo ha sido primordialmente responsabilidad del gobierno federal, ha habido participación de los otros niveles de gobierno y del sector privado. Hay que entender que corresponde al Estado el gran papel de mediador social entre los distintos actores que concurren en el cuidado de la salud de la población. Así, le incumbe al Estado por entero la función de regular el sistema. En México esta responsabilidad ha sido delegada a la Secretaría de Salud, según lo señala la Ley General de Salud.

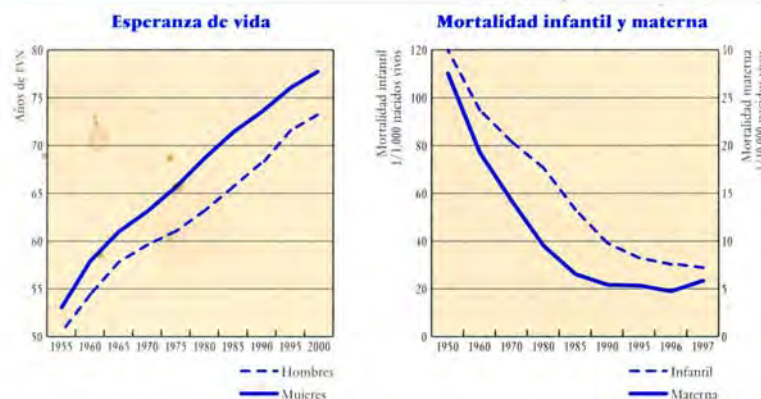
Desde su concepción en la década de los años cuarenta, el Sistema Nacional de Salud ha tenido logros innegables. Más y mejores servicios de atención a la salud han acompañado al crecimiento económico, la rápida urbanización del país y el incremento

en el promedio de escolaridad de la población, lo que ha redundado en una mayor esperanza de vida (de 50 a 74 años en las últimas cinco décadas). Asimismo, se ha obtenido un descenso significativo en la mortalidad general, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. (Figura A5)

Actualmente, México se encuentra entre los países que han logrado una cobertura prácticamente total en una intervención tan importante como es la vacunación. Otras acciones de salud pública tales como la rehidratación oral, el combate a las enfermedades infecciosas y a las transmitidas por vector, también han tenido un impacto indudable en la calidad de vida de los mexicanos.

El acceso a los servicios de salud también ha aumentado sustancialmente: si en 1975 sólo cuatro de cada diez mujeres embarazadas eran atendidas en un hospital público, para 1995 casi

Figura A5
México: avances en salud
1950-2000



EVN: Esperanza de vida al nacimiento.

Fuente: para 1950-1995: La situación demográfica en México. Conapo 1998.
Para 1995-2010. Proyecciones de población 1995-2010. Conapo 2000.

siete de cada diez mujeres disfrutaban de este beneficio, lo que, aunado al desempeño del sector privado, hace que hoy en día, según UNICEF, un total de nueve de cada diez mujeres embarazadas tengan algún tipo de atención institucional en el parto.

Últimamente, gracias a la iniciativa de reforma de la reciente administración, se han obtenido avances

importantes en el acceso al cuidado de la salud de los mexicanos. Mediante el Paquete Básico de Salud se ha logrado que grupos marginados que anteriormente tenían acceso limitado a los servicios de salud cuenten hoy con un conjunto de trece intervenciones costo-efectivas.

Salud y desarrollo socioeconómico

A pesar de los grandes avances que México ha tenido en los últimos 50 años en materia de salud, el promedio nacional de sus indicadores esconde todavía grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud y en su financiamiento, lo que redundará en marcadas diferencias en el nivel de salud de los estados y de los diferentes grupos poblacionales.

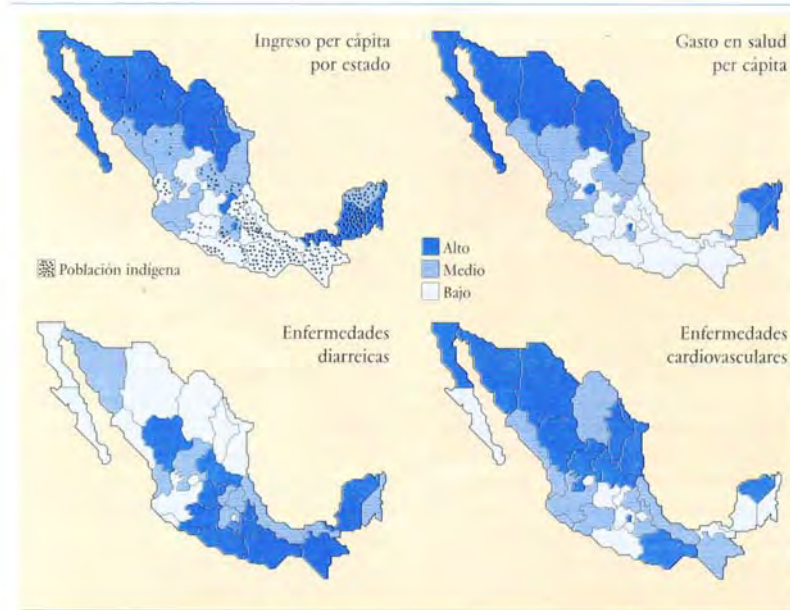
Si bien hoy en día un estado de ingreso alto como Nuevo León goza de los estándares de salud de un país como Canadá, un estado de ingreso bajo como Oaxaca apenas alcanza los de Bolivia. En el caso de los estados de ingreso alto se han superado casi en su totalidad las enfermedades llamadas del rezago o de la pre-transición epidemiológica (infecciones, de la esfera reproductiva, desnutrición), esto es, aquellas que prevalecen cuando no se han podido establecer las condiciones sanitarias y de prevención mínimas necesarias para su control efectivo. Estos estados se enfrentan ahora a enfermedades de post-transición o no transmisibles (diabetes, cardiovasculares, neoplasias, lesiones) que surgen en una situación de mayor desarrollo económico. Precisamente se denomina transición epidemiológica al cambio de una situación en la

que predominan las enfermedades del rezago, a otra en la que tienen mayor peso las enfermedades no transmisibles. Cabe añadir que los estados de ingreso bajo deben enfrentar una doble carga. Esto es, aun cuando no han superado los factores que intervienen en el control y prevención de las enfermedades infecciosas, ya deben responder, simultáneamente, al ascenso de las enfermedades no transmisibles.

Hoy, los números desagregados nos muestran que el gasto en salud entre los estados tiene un importante sesgo inequitativo ya que no se ajusta a las necesidades en salud y, por lo tanto, perpetúa la disparidad en las condiciones de salud de los mexicanos. Los estados con mayores ingresos y con mejores niveles de salud son los que tienen un mayor gasto en salud per cápita. (Figura A6)

Las diferencias en el gasto en salud entre los estados aquí señaladas se reflejan también en el gasto en salud entre grupos sociales, lo que se traduce en marcadas diferencias de niveles de salud determinadas por el nivel de ingreso. Los pobres no sólo tienen una menor esperanza de vida, sino que se ven afectados con mayor frecuencia por enfermedades pretransicionales en comparación con los grupos de mayores recursos.

Figura A6
Inequidad y salud



Los pobres son también los que se encuentran con mayores dificultades para atender sus necesidades de salud, ya sea porque enfrentan serias barreras de acceso a los servicios públicos de salud o porque no cuentan con los recursos para recurrir a otros provee-

dores. Debido a lo anterior, es el grupo social que gasta la mayor proporción de su ingreso en el cuidado de su salud y que está más expuesto a lo que se denominan gastos catastróficos en caso de padecer una enfermedad grave.

Cuadro A1
Indicadores socioeconómicos y de salud

Indicador	Municipio		
	I	II	III
Marginación	Muy alta	Media	Muy baja
Población indígena (%)	100.0	0.4	0.1
Promedio de educación (años)	4.2	5.7	8.2
Acceso a agua potable (%)	4	73	95
Gasto público en salud per cápita	19 pesos	69 pesos	291 pesos
Esperanza de vida (años)	62.3	67.8	70.6
Mortalidad infantil (x 1,000)	45	22	11
Causas mortalidad x 100,000 hab.			
Diarrea aguda	200.0	13.7	4.2
Enfermedades cardiovasculares	102.0	17.0	107.0
Desnutrición	50.4	18.4	3.8
Lesiones accidentales	18.9	47.4	33.3

I San Juan Cancun, Chis. II. Paso de Ovejas, Ver. III. Nicolás Garza García, N. L.

*Pesos de 1995.

El análisis de datos al nivel municipal de FUNSALUD muestra que es en los municipios pobres en los que se gasta menos en salud. (Cuadro A1)

Se ha demostrado que la ausencia de un nivel mínimo de salud impide al individuo trabajar y su-



perarse, de manera tal que la falta de acceso al cuidado de la salud contribuye a perpetuar su condición de pobreza. Ello es una razón de más para no escatimar esfuerzos en revertir la tendencia del gasto inequitativo en salud.

Reformas de los Sistemas de Salud

Anexo 4

Retos para el Sistema Nacional de Salud

Los cambios que ha sufrido el país en los últimos cincuenta años han sido significativos. En el aspecto demográfico se ha observado una disminución importante en la tasa de crecimiento anual, ya que en los años setenta ésta era de 3.5% y actualmente es de sólo 1.6%. Esto es consecuencia de un marcado descenso en la tasa de fecundidad, que pasó de 6.5 a 3.5 hijos por mujer en el mismo lapso. En el terreno de la educación se han generado cambios importantes, ya que actualmente el sistema educativo nacional ofrece una cobertura más amplia (cerca de 29 millones de estudiantes) y un mayor número de opciones de formación a todos los niveles; asimismo, la proporción de estudiantes que acceden al nivel superior de la pirámide educativa (licenciatura y posgrado) ha

aumentado. En lo económico, el país ha logrado modernizarse y expandir su intercambio comercial con los bloques más importantes del mundo, lo que ha resultado en una mayor oferta de empleos mejor remunerados y la posibilidad de sostener un crecimiento económico que permita responder a los retos sociales del país. En lo político, el proceso de democratización del país, así como el notorio aumento de la participación ciudadana en las políticas públicas, ha generado mayores presiones para que el sistema de salud responda a las necesidades y expectativas de la población. De esta manera, el acceso a la atención a la salud se ha convertido en una divisa política. El perfil cultural del país también ha sufrido varios cambios que se reflejan en nuevos estilos de vida. Estos traen consigo nuevos retos para la salud de los individuos y de la población en su conjunto, como es el caso del aumen-

to significativo de los accidentes de tránsito, las lesiones intencionales, la obesidad y la diseminación de nuevas enfermedades. Por otro lado, estos mismos cambios culturales y educativos han traído consigo importantes avances en áreas tales como la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones, mismos que, debidamente utilizados, tienen el potencial de incrementar espectacularmente el poder resolutivo de los sistemas de salud.

Debido a estos cambios, hoy en día nos enfrentamos a dos tipos de retos para mejorar el nivel de salud del país. Por un lado, los retos poblacionales, que son aquellos relacionados con el cambio de ubicación, la composición y el crecimiento de la población. En este grupo se incluyen asimismo el envejecimiento paulatino, la persistencia de enfermedades relacionadas con la marginación y la falta de control y prevención de sus causas, y la aparición simultánea de nuevas enfermedades como el sida, o el repunte de enfermedades que se pensaban controladas, como la tuberculosis. Por otro lado, los retos institucionales, los generados por las inercias propias de un sistema de salud que ha venido operando por más de medio siglo y que no fue diseñado bajo parámetros que llevarán hacia la universalidad de la atención.

Un problema más es el dilema de la inequidad, esto es, la falta de adecuación entre las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada una de ellas. El sistema también se enfrenta al problema de insuficiencia de recursos para resolver los problemas prioritarios de salud del país. Esto se ve agravado por el hecho de que los recursos con los que sí se cuenta son utilizados de manera ineficiente, como es el caso de la asignación de recursos a problemas no prioritarios o a tecnologías de alto costo y baja productividad. Cabe señalar que la tendencia inflacionaria de los servicios de salud es mayor que el incremento en los precios de otros productos y en las remuneraciones de la población. La estructura y el proceso de atención actuales de los servicios de salud han impedido alcanzar las mejoras esperadas en la salud de la población o de los pacientes, lo que representa un problema de calidad de la atención. Esto a su vez se ha traducido no sólo en una creciente insatisfacción de la población respecto de la incapacidad de los servicios de salud para satisfacer sus necesidades de salud, sino en el aumento de la inseguridad financiera de las familias, pues no encuentran protección y apoyo ante la enfermedad, la discapacidad y la muerte. De manera especial preocu-

pa el riesgo financiero inherente a la atención médica de problemas de salud de alta complejidad y altos costos como el cáncer o el sida.

Desde su origen, el sistema de salud en México viene enfrentando una serie de obstáculos para su mejor desempeño, entre los cuales se puede señalar el hecho de que fue concebido como un sistema segmentado. Esto es, el sistema está compuesto por una serie de instituciones destinadas a grupos poblacionales específicos, en las que cada una cuenta con su propia infraestructura de servicios, se financia con fondos separados y se rige por reglas diferentes. Esto ha dado pie a grandes ineficiencias en la provisión de servicios, expresadas como traslapes en la oferta de servicios en ciertas regiones y escasez en otras. Un reto urgente es lograr una mezcla adecuada entre lo público y lo privado que evite la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, y que promueva la equidad entre la población.

Al mismo tiempo, si bien se han hecho grandes esfuerzos en este sentido las diversas instituciones del sistema de salud aún enfrentan serias limitantes en la referencia y contrarreferencia de los pacientes, dificultando el seguimiento adecuado del tratamiento de un paciente cuando éste requiere de atención de segundo y ter-

cer nivel y, consecuentemente, motivando a los usuarios a que recurran directamente al segundo y tercer nivel de atención, aun cuando pudieran ser atendidos en el primer nivel. Estos problemas son incluso mayores cuando se trata de enfermedades de alta complejidad como la diabetes y el cáncer.

Las instalaciones de provisión de servicios han crecido a gran velocidad, en consonancia con el crecimiento de la población y de sus demandas. Los hospitales de antaño se han convertido en organismos complejos que requieren de una gerencia especializada. De ahí que el sistema se enfrente hoy en día a una gerencia ineficiente que necesita la modernización de sus mecanismos y el entrenamiento adecuado de su personal a fin de poder hacer un uso más eficiente de los recursos que se manejan y ofrecer una mejor calidad en la atención.

A estos retos deben añadirse nuevos problemas que están emergiendo a raíz del desarrollo mismo de la medicina y de las decisiones que se han tomado con el paso de los años. Tal es el caso del aumento en espiral de los costos relacionados con la provisión de servicios y con la administración de los mismos. El uso inadecuado de tecnología ejerce una fuerte presión en el presupuesto del sector, sin que los aumentos en las erogaciones se vean

reflejados en mejoras equivalentes en las condiciones de salud de la población. Los desequilibrios en la distribución de recursos humanos permanecen y se agudizan, lo que ocasiona que médicos y personal de salud cambien de empleo o prefieran permanecer en el subempleo en zonas urbanas, mientras que existen zonas rurales en las que se carece todavía de personal médico entrenado para el primer nivel de atención.

El potencial de una mayor participación del sector privado para ayudar a superar los problemas aquí descritos mediante una conveniente mezcla público-privada en la provisión de servicios no ha sido aprovechado a cabalidad y deberá ser explorado con detenimiento, como se señala más adelante en este documento.

Por último, a pesar de los avances en la certificación de médicos especialistas y la acreditación voluntaria de hospitales, éstos son procesos incipientes y todavía persisten algunos vacíos regulatorios. Las principales ausencias de una infraestructura legal adecuada se observan en aspectos relacionados con la provisión de servicios, la calidad de la atención, y en temas nuevos que han surgido a raíz del avance de la medicina, tales como la medicina genómica, y de nuevas formas para gestionar la administración de los ser-

vicios de salud, como las recién creadas ISES. (Figura A7)

Lo anterior permite entender por qué México, junto con numerosos países en el mundo, ha tomado la iniciativa de reformar su sistema de salud. Queda mucho por hacer: la esperanza de vida en México es menor que la de Panamá, que cuenta con un menor producto nacional per cápita. Asimismo, la mortalidad infantil en México es superior a la de Colombia, a pesar de que este país tiene un producto nacional per cápita un tercio menor al nuestro, y que gasta en salud una proporción de su producto interno bruto equiparable a la que eroga México. Esto quiere decir que, utilizando bien los recursos con los que contamos, hay un enorme potencial para mejorar la salud de los mexicanos. (Cuadro A2)

Se puede afirmar entonces que si bien hacen falta más recursos económicos para la salud, México, junto con otros países, ha cobrado conciencia de que es necesario obtener más salud por los recursos que ya se invierten. Por eso se plantea en muchas naciones la reforma de sus sistemas de salud.

Como se ha venido analizando en la base de datos del NAADIIR descrita anteriormente, las principales medidas que los países han adoptado en los procesos de reforma en curso incluyen

Figura A7
Retos para el sistema de salud



Cuadro A2
Gasto en salud y desempeño
México y otros países de América Latina

País	PNB p.c. (us\$)	Gasto en salud % PIB	Gasto en salud p.c.	Asistencia profesional al nacimiento (%)	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad infantil (1/1000 n.v.)
	(1997) ¹	(1997) ²	(1997) ²	(1990-1997) ³	(1998) ⁴	(1998) ⁴
Brasil	4,570	6.5	343	92	67	42
México	3,970	6.0	—	91	73	31
Panamá	3,080	7.5	256	86	74	21
Costa Rica	2,780	8.7	226	98	77	12
Colombia	2,600	9.3	247	85	71	30

¹ Banco Mundial 1998.

² OMS 2000 (por publicarse).

³ Estado Mundial de la Infancia 1999.

⁴ The World Health Report, WHO, 1999.

la separación del financiamiento y la prestación, la descentralización de los servicios, la libre elección del prestador de servicios por parte del usuario y la definición de paquetes de intervenciones costo-efectivas.

Tendencias internacionales en las reformas de salud

Numerosos países han establecido arreglos institucionales para organizar mejor las funciones prioritarias de un sistema de salud, a saber: modulación, financiamiento, articulación y prestación de los servicios de salud. Respecto del financiamiento, se ha reconocido que es necesario garantizar el financiamiento público de los servicios de salud para la población más pobre, y está población puede recibir servicios a través de una gama de combinaciones de prestadores públicos y privados. La modulación va más allá de la regulación propiamente dicha pues incluye la protección de los usuarios, la planeación estratégica y la vinculación intersectorial. La función de articulación se refiere a los vínculos entre el financiamiento y la prestación de servicios. Conviene revisar los principales esquemas que han surgido en la segunda mitad del siglo XX. (Figura A8)

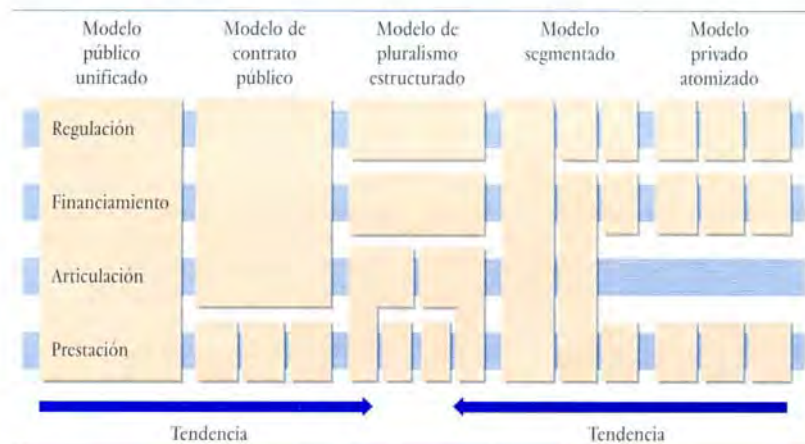
En el modelo público unificado, que representa uno de los extremos de los sistemas de salud, el Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. Este modo de proceder se observa en los países de economía planificada como las naciones socialistas antes de la desintegración de la URSS y en Cuba.

En el modelo privado atomizado, que representa el extremo opuesto, la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones. La función regulación es dispersa. El ejemplo más conspicuo es Estados Unidos.

El modelo de contrato público integra las funciones de modulación, financiamiento y articulación, y separa la prestación de los servicios; Canadá se ha organizado de esta manera.

El modelo segmentado se organiza de acuerdo con grupos poblacionales: los derechohabientes de la seguridad social, los que no lo son (los pobres) y los que tienen capacidad de pago y recurren a servicios privados. Mientras que la seguridad social integra sus funciones verticalmente, las

Figura A8
Tendencias en la reforma de salud



otras tienen grados variables de integración, según se aprecia en la figura A8. Los países latinoamericanos, entre ellos México, se han organizado en esta forma.

El concepto de pluralismo estructurado intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “El pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. El carácter de “estructurado” evita los

extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. La mezcla público-privada para prestar servicios de salud no genera controversia en las reformas de salud emprendidas en numerosos países.

Ubicado dentro del modelo segmentado, nuestro país parece debatirse entre dos extremos: el gigantismo de las instituciones públicas y la atomización del sector privado. En el sec-

tor público, sobre todo en la seguridad social, las unidades prestadoras de servicios —consultorios, centros de salud, clínicas, hospitales, laboratorios y gabinetes de diagnóstico— están sumergidos dentro de estructuras muy grandes y, por lo tanto, los órganos de decisión se encuentran distantes de la operación cotidiana. En el sector privado ocurre el fenómeno opuesto, pues el tamaño promedio de las organizaciones es muy pequeño, lo que las fragmenta y debilita.

A raíz de la reforma en curso está surgiendo una dimensión intermedia con un alto potencial para poder mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud en sus diferentes ámbitos. En efecto, el proceso de descentralización de la Secretaría de Salud ha cimentado las bases para la

consolidación de los SESA. De la misma manera, el IMSS busca descentralizar sus funciones y otorgar mayor capacidad resolutoria al nivel estatal mediante la formación de las AMGD. En dirección opuesta, si se quiere, en el sector privado comienza a concretarse un mecanismo de agrupación y articulación de servicios en las ISES. Cada una de estas nuevas formas organizacionales en su respectivo sector son la piedra de toque de una nueva institucionalidad de la salud, de un nuevo sistema capaz de adaptarse y responder a las necesidades con mayor eficacia y de experimentar con combinaciones innovadoras de proveedores de servicios de los dos sectores que hasta ahora han operado de manera desarticulada. (Figura A9)

Figura A9
Nueva institucionalidad para la salud: redefiniendo el sistema de salud



Avances en el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud de México

Los cambios que se han introducido apuntan hacia un sistema que alcance cobertura universal (si bien limitada en las intervenciones que puede aplicar), que incremente la calidad de los servicios que se proporcionan y que atenúe la inequidad que prevalece. Asimismo, se pretende diversificar las fuentes de recursos económicos y hacer un mejor uso de éstos.

Vale la pena revisar las medidas que se han tomado hasta ahora en el contexto de la reforma sanitaria en curso a fin de ponderar los avances obtenidos y poder sugerir nuevos planteamientos que lleven a un mejor sistema nacional de salud.

En el ámbito de la SSA se ha consolidado el proceso de descentralización de los servicios de salud que de 1985 a 1988 cubrió 14 estados de la República, y que a partir de 1994 continuó con las otras 18 entidades federativas. Ahora los Servicios Estatales de Salud dependen de los gobiernos del Distrito Federal y de cada uno de los estados de la República; de esta forma, la SSA deja de operar los servicios de atención médica y se dedica fundamentalmente a normar, planear, evaluar, supervisar y ser un organismo de gestión

financiera, además de conducir y ejecutar, en su caso, los programas de salud pública, de investigación en salud, de formación de recursos humanos y de producción de insumos. Se ha asegurado que los recursos económicos se apliquen en las propias entidades federativas y se ha establecido una relación laboral mejor definida entre los trabajadores de la salud y los gobiernos de los estados. No obstante, los servicios del programa IMSS-Solidaridad no se han incorporado y permanecen bajo la administración del IMSS en los 17 estados descentralizados en los años noventa, a diferencia de su incorporación a los Servicios Estatales de Salud como fue el caso en los estados descentralizados en los años ochenta.

Paralelamente se ha definido un paquete Básico de Atención de Salud con 13 intervenciones costo-efectivas que se aplican a la población rural dispersa mediante un programa de ampliación de cobertura (PAC). Asimismo, la SSA es responsable de manejar el componente de salud dentro del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) que desde 1997 inició el gobierno federal. Con esto, el cuidado de la salud en México prácticamente adquiere una cobertura universal.

Por otra parte, la SSA ha emprendido otras modificaciones que se tradu-

cen en el fortalecimiento del sistema de salud, a saber: la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la certificación de hospitales y la política de producción y uso de medicamentos genéricos. Coadyuva al mismo fin la certificación de las instituciones formadoras que ha desarrollado la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). También la SSA trabajó con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público una iniciativa de ley para regular el mercado de las ISES que deberán iniciar operaciones en 2001. Es la primera vez que en México se definen las características de la vigilancia y supervisión conjunta que llevarán a cabo la SSA y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Queda pendiente la aplicación de las disposiciones administrativas y la obligación de cumplir con la acreditación de la infraestructura y la certificación de médicos especialistas.

Como parte de la reforma del Estado, el gobierno federal implantó el sistema de AFORES/SIEFOPES para resolver el problema de las pensiones de retiro. El IMSS elaboró un diagnóstico que llevó a la modificación de la Ley del Seguro Social en 1995. Asimismo, esta institución ha acentuado la desconcentración y descentralización de recursos financieros y está en

el proceso de delegar decisiones a 139 AMGD.

Además, en el IMSS se ha ido perfeccionando el Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud (MIAIS) y la asignación de recursos mediante el enfoque de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD); se estableció el Seguro para la Familia, un seguro voluntario que busca incorporar a personas sin relación laboral formal y con capacidad de pago, y se aprobó la libre elección del prestador de servicios por parte del usuario, medida que todavía está en proceso de implantación. También se fortaleció el Programa de Medicina Familiar, se iniciaron acciones tendientes a incrementar la calidad de la atención médica y se inició un programa para la renovación integral del equipo. Por último, es importante mencionar que recientemente se llevó a cabo un programa de capacitación gerencial a cerca de 4 mil funcionarios desde el nivel central hasta el nivel operativo, a fin de inducirlos al proceso de reforma en curso. (Figura A10)

El ISSSTE ha concentrado sus esfuerzos en la consolidación de sus sistemas institucionales conforme a un modelo de atención médica propio que busca elevar la calidad de los servicios que presta. El modelo incluye el desarrollo de microrregiones, con unidades de alta resolución apoyadas con

Figura A10

Reforma del Sistema Nacional de Salud Principales avances

SSA

Descentralización (SESA)
Paquete Básico
Certificación: hospitales y escuelas de
medicina (AMFEM)
Conamed
Genéricos
Regulación ISES (SHCP/SSA)

IMSS

Afores/Siefores
Diagnóstico/Ley General del IMSS
Seguro para la familia
MIAIS
AMGD
GRD
Medicina familiar
Libre elección del usuario
Capacitación gerencial
Renovación integral del equipo

SESA Sistemas Estatales de Salud

AMFEM Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

ISES Instituciones de Seguros Especializadas en Salud

MIAIS Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud

AMGD Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada

GRD Grupos Relacionados de Diagnóstico

telemedicina. Asimismo, se han aplicado sistemas para la agilización de la atención y programas para la reducción de costos ante la preocupación del elevado costo por derechohabiente. Además, recientemente se ha ofrecido sanear el actual déficit que existe en las pensiones de retiro.

El proceso de reforma en las instituciones muestra claros avances que habrá que reforzar y facilitar, en dirección hacia un sistema de salud más

equitativo, más eficiente y que esté en condiciones de dar servicios de mejor calidad. Las áreas clave donde habrá de consolidarse el cambio que se persigue son: la separación del financiamiento y la prestación de servicios de salud, la descentralización en la toma de decisiones de las instituciones que conforman el sistema de salud, la competencia regulada entre un grupo plural de prestadores públicos y privados, y la implantación de incentivos que pro-

muevan la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios.

Lo señalado anteriormente traduce la voluntad política de los actores sociales en México para seguir adelante con la reforma del Sistema Nacional de Salud a fin de contar con un instrumento más equitativo, más eficiente y con mejor calidad para el cuidado de la salud. La participación del sector privado como complemento en la prestación de servicios del sector público tiene el potencial de contribuir en esta transformación y en el cumplimiento de sus objetivos, ya que puede ofrecer opciones costo-efectivas en la provisión oportuna de servicios de calidad. Además, la mezcla público-privada en la prestación de servicios facilita la introducción de elementos de competencia de mercado que busquen una mejor calidad en la atención, control de costos y una mayor satisfacción de los usuarios.

Como ya se mencionó, el estudio *Economía y salud* llevado a cabo por FUNSALUD en 1993-1995 hizo treinta recomendaciones para avanzar en la organización del sistema de salud. Estas fueron sistematizadas en ocho líneas de acción expresadas en un árbol de decisiones que facilite una

cronología de implantación de las medidas según su viabilidad económica, social y política. De acuerdo con las circunstancias prevalecientes en 1995, las medidas se acomodaron en tres etapas sucesivas. Una parte de estas recomendaciones permearon el *Plan Nacional de Desarrollo 1996-2000* y, principalmente, la *Reforma del Sector Salud 1995-2000*.

Los principales cursos de acción incluidos en la primera etapa del planteamiento de FUNSALUD han sido cubiertos, pues ya ha culminado el proceso de descentralización de la Secretaría de Salud con la respectiva consolidación de los SESA. A escala nacional se han instrumentado medidas para fortalecer el sistema en aspectos relacionados con la regulación, el financiamiento y la organización de los servicios de salud, se ha puesto en marcha el seguro para la familia, destinado a incorporar a los grupos sociales no derechohabientes pero con capacidad de pago a los servicios de salud del IMSS. Esta última acción en particular puede convertirse en la piedra de toque de un seguro nacional de salud que lleve a un financiamiento más equitativo y eficiente de los servicios de salud.



Consejo Directivo 1999-2001

PRESIDENTE
Ernesto Rubio del Cueto

VICEPRESIDENTES
Economía y Salud José Alfredo Santos Asseo
Finanzas José Luis Guerrero Álvarez
Programas Fundacionales Alejandro Galindo Acosta
Asuntos Internacionales José Carral Escalante
Nuevos Desarrollos Antonio López de Silanes

CONSEJEROS
Ricardo Álvarez Tostado, Antonio Ariza Alduncin, Pedro Aspe Armella, María Luisa Barrera de Serna, Juan Carlos Braniff Hierro, Isaac Chertorivski Shkoorman, Henry Davis Signoret, Alfonso de Angoitia Noriega, Javier Elguea Solis, Rafael Fajer Garcia, Carlos Fernández González, Francisco Garza Zambrano, Emilio González, Carlos Hank Rhon, Luis Maldonado, Alfredo Miguel Afif, Julio A. Millán Costabile, Raúl Muñoz Leos, Adrián Páez Martínez, Ricardo Rosenkranz, María del Carmen Servitje de Mariscal, Federico Terrazas, Misael Uribe, Alexander G. van Tienhoven, Olegario Vázquez Aldir, Marcela Woodworth de Madariaga, Iván Zurita

COMITÉS
Consultoría Misael Uribe Esquivel
Promoción Filantrópica Emilio González López
Fortalecimiento Patrimonial Luis Maldonado Palomares

CONSEJO DE EX-PRESIDENTES
Carlos Abedrop Dávila, Enrique Robinson Bours Almada, Pablo Escandón Cusi, Antonio Gutiérrez Cortina †, Manuel Martínez Domínguez, E. Guillermo Salas Peyró, Alfredo Santos Mazal

PRESIDENCIA EJECUTIVA
Presidente Ejecutivo Guillermo Soberón
Coordinador General José Cuauhtémoc Valdés Olmedo

CONSEJO TÉCNICO ASESOR
Manuel Campuzano, Alejandro Cravioto, Roberto Kretschmer, Ana Langer, Jaime Martuscelli Quintana, Adolfo Martínez Palomo, José R. Narro Robles, Jaime Sepúlveda Amor, Julio Sorelo, Misael Uribe

ÁREA DE ECONOMÍA Y SALUD
Coordinadora de PROESA Beatriz Zurita
Coordinador de SIDALAC José Antonio Izazola Licca
Coordinador del PROSYP Octavio Gómez Dantés

ÁREA DE CONSULTORÍA
Coordinador Gregorio Martínez Narváez

FONDO NESTLÉ PARA LA NUTRICIÓN
Coordinador Pedro Arroyo Acevedo

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y SALUD
Coordinador Mariano García Viveros

CAPÍTULOS FORÁNEOS

JALISCOENSE
Presidente Víctor Sarquis Sadé
Coordinador Técnico Alfredo Fera Velasco
NUEVO LEÓN

Presidente Jaime M Benavides
Coordinador Técnico Hugo Barrera Saldaña
PENINSULAR

Presidente Fernando Ponce García
Coordinador Técnico Lizardo Vargas Ancona
PUERTO RICO

Presidente Rodolfo Budib Name
Coordinador Técnico Guillermo Ruiz Argüelles
SONORA

Presidente Enrique Mazón López
Coordinador Técnico Abraham Katase Tanaka

ASOCIADOS FUNDADORES

Carlos Abedrop Dávila	Emilio Azcárraga Milmo †
Alejandro Aboumrab Gabriel	Alberto Bañeres González
Rubén Aguilar Monteverde	Guillermo Ballesteros Ibarra
Miguel Alemán Velasco	José Barros Chaves
Ernesto Ammann Obregón †	Jaime M. Benavides
Jerónimo Arango Arias	Gilberto Borja Navarrete
Manuel Arango Arias	Enrique R. Bours Almada
Ignacio Aranguren Castiello	Alfredo Brauer Bier
Francisco Arroyo Chávez	Enrique Bremond Pellat

Rodolfo Budib Name	Juan E. Miller Cámara
José Carral Escalante	Mario Moreno †
Pedro Cerisola Benvenutte	Rómulo O'Farrill Jr.
Manuel Conde Palazuelos	Jalil Ocle Sarquis †
Jaime P. Constantiner	Adolfo Patrón Luján
Jorge A. Chapa Salazar	Arturo Peniche
Henry Davis Signoret	Alejo Peralta †
Guillermo Elizondo Collard	Fernando Ponce García
Pablo Escandón Cusi	Eduardo Prieto López
Manolo Fabregas †	Abel Quezada Calderón †
Alejandro Garza Lagüera	Bernardo Quintana Isaac
Eugenio Garza Lagüera	Gregorio Ramírez González
Francisco Gómez Franco	Pedro Ramírez Vázquez
Antonio Gutiérrez Prieto	Carlos Eduardo Represas de Almeida
Max Gutman Lifschutz	Adrian Sada González
Enrique Hernández Pons †	Andrés Marcelo Sada
Eduardo Ibarrola S. †	E. Guillermo Salas Peyró
Moisés Itzkovich Sod	Alberto Santos de Hoyos
Claudio Lebrun	Alfredo Santos Mazal
Agustín F. Legorreta Chauvet	Victor Sarquis Sadé
Eduardo Legorreta	Jean Claude Savoir Vilboeuf
Sandra López Benavides	John P. Scott
Antonio López de Silanes	David Serur Edid
Antonio López de Silanes, Sr. †	Lorenzo Servitje Sendra
Prudencio López Martínez	Carlos Slim Helú
Nicolás Madáhuar Cámara	Jaime Souza Galán
José Madariaga Lomelín	Juan Suberville
Gustavo Martínez Huitrón	Jacobo Zaidenweber Cuilich
José Miguel Nader †	Marcelo Zambrano Hellion

ASOCIADOS ACTIVOS

Carlos Álvarez Bermejillo	Hans Barschkis †
Ricardo Álvarez Tostado	Gonzalo Bautista O'Farrill
Jaime Alverde Goya	Juan Carlos Braniñf Hicrto
Antonio Ariza Alduncin	Pablo Brener
Antonio Ariza Cañadilla	Benito Bucay Faradji
Pedro Aspe Armella	José Carral Cuevas
Carlos F. Autrey Maza	Ramón X. Carreón Arias Maldonado
Gastón Azcárraga Andrade	Giuseppe Castiglioni Bari
Juan Ballesteros	José Antonio Cortina Suárez
María Luisa Barrera de Serna	Antonio Cosío Ariño
Rodolfo Barrera Villarreal	Eduardo Cué Morán

Antonio Chedraui Obeso	Manuel Martínez Domínguez
Isaac Chertorivski Shkooman	Marina Mararazzo de Escandón
Alfonso de Angoitia Noriega	Leonardo M. Mayer
Alonso de Garay Gutiérrez	Enrique Mazón López
Frank J. Devlyn	José Mendoza Fernández
Jorge Dipp Murad	Alfredo Miguel Afif
Soumaya Domit de Slim †	Julio A. Millán Costabile
Michel Domit Gemayel	Consuelo Morales de Téllez
Javier Elguea Solís	Raúl Muñoz Leos
Rafael Fajer García	Mario Padilla Nicolín
Carlos Fernández González	Adrián Páez Martínez
Alejandro Galindo Acosta	Federico Patiño Márquez
Juan Gallardo	Juan Antonio Pérez Simón
Silvio García Patto	José Carlos Pérez y Pérez
Dionisio Garza Medina	Hans C. Philippi
Bernardo Garza Sada	Juan Portugal Orozco Gómez
Francisco Garza Zambrano	Peter Rainartz
Emilio González López	Luis Regordosa
Roberto González Barrera	José Represas Pérez
Claudio X. González Laporte	Carlos Roel Schreurs
Antonio González Mendoza	Carlos Rojas
Carlos González Nova	Enrique Rojas †
Guillermo González Nova	Alfonso Romo Garza
Carlos González Zavalegui	Jorge Rosenkranz Weinr
Xavier González Zitrón	Ricardo Rosenkranz Stein
Ricardo Guajardo Touché	Ernesto Rubio del Cueto
Rodrigo Guerra Botello	Guillermo Ruiz Reyes
José Luis Guerrero Álvarez	Carlos Sánchez Navarro
Antonio Gutiérrez Cortina	Juan Sánchez Navarro Redo
Marita Gutiérrez de Vértiz	José Alfredo Santos Asco
Julio Gutiérrez Trujillo	Fernando Senderos Mestre
Carlos Hank Rhon	Clemente Serna Alvear
Alfredo Harp Helú	Maria del Carmen Servitje
Ignacio Hernández Álvarez	Saturnino Suárez Fernández
Miguel Jáuregui Rojas	Ignacio Sunderland Méndez
Arturo Jiménez Bayardo	Federico Terrazas Torrez
Mario Laborín Gómez	Misael Uribe Esquivel
Victor Lachica Bravo	Oscar Uribe de la Sierra
Germán Larrea	Alexander G. van Tienhoven
Alejandro Legorreta Chauvet	Olegario Vázquez Aldir
Gastón Luken Aguilar	Luis Velasco Mancera
Luis Maldonado Palomares	Marcela Woodworth de Madariaga
Nicolás Mariscal Toroella	Iván Zurita

ASOCIADOS HONORARIOS

Rubén Aguilar Monteverde	Harvey Fineberg
Norman Bourlaug	Carlyle Guerra de Macedo
Jaime P. Costantiner	David A. Hamburg
Ramón de la Fuente Muñiz	Abraham Horwitz
Miguel de la Madrid Hurtado	Salvador Zubirán Anchondo †

ASOCIADOS INSTITUCIONALES

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Caterpillar Inc.
Cervecería Cuauhtémoc-Moctezuma, SA de CV
Compañía Nestlé México, SA de CV
Consupharma, SA de CV
Empresas ICA Sociedad Controladora SA de CV
General Motors
Glaxo Wellcome México, SA de CV
Grupo Araman, SA de CV
Grupo CEMEX México, SA de CV
Grupo Empresarial Olmeca, SA de CV
Grupo Industrial Bacardi de México, SA de CV
Grupo Salas, SA de CV
Hospital Angeles del Pedregal, SA de CV
Hospital Metropolitano, SA de CV
Hospitales Nacionales, SA de CV
Instituto SmithKline and Beecham
Laboratorios Bayer de México SA
Laboratorios Columbia, SA de CV
Laboratorios Liomont, SA
Laboratorios Sanfer, SA
Laboratorios Silanes, SA de CV
Laboratorios Wyeth, SA de CV
Merck Sharp and Dome, SA de CV
Meximed, SA de CV Ven-Salud
NADRO, SA de CV
Procter and Gamble de México, SA
Sistema de Transporte Colectivo Metro
Televisa, SA de CV