

CALIDAD
salud
Financiamiento
resultados
Atención
MÉDICA
eficiencia
protección SOCIAL
SEGURO
popular
cobertura RESULTADOS
mortalidad
infantil
gasto PÚBLICO
acceso
FINANCIAMIENTO
Social resultados
ATENCIÓN gasto

¿GASTAMOS
PARA
MEJORAR?

10 puntos para **ENTENDER**

**EL GASTO EN SALUD
EN MÉXICO:**

En el Marco de la Cobertura Universal



MÉXICO
EVALÚA
CENTRO DE ANÁLISIS
DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Contenido

El gasto en salud en México

**¿Gastamos
para mejorar?**
Presentación

3

**El gasto en salud
en México**
Introducción

4

**En el marco de
la Cobertura
Universal**

5

Recomendaciones

Referencias

2011 México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas.

Reporte elaborado por México Evalúa con base en el documento *Gasto en Salud en México: En el Marco de la Cobertura Universal* preparado por la Dra. Nelly Aguilera para México Evalúa, 2010.

La institución agradece su apoyo a The William and Flora Hewlett Foundation para el desarrollo de estos estudios dentro de nuestro programa de rendición de cuentas y gasto público.

¿Gastamos para mejorar?

Presentación

El presente documento es parte de la Serie: **¿Gastamos para mejorar?**, la cual reúne estudios sobre la calidad del gasto público y sus resultados más visibles en sectores clave para el país como educación, salud, infraestructura, gasto federalizado y gasto social.

México Evalúa convocó a un grupo de investigadores, académicos y expertos que se dieron a la tarea de valorar los efectos del gasto en el desarrollo del país, así como en el bienestar de los ciudadanos en el corto y mediano plazo. Como resultado, los estudios evidenciaron que el gasto público en México tiene efectos limitados para promover el crecimiento económico y la equidad de oportunidades.

Las razones para la enorme desconexión entre el nivel de gasto público realizado y los resultados obtenidos son muy particulares a cada sector. Sin embargo, existe una serie de elementos comunes que explican en gran medida la falta de calidad y eficiencia del gasto público en el país, tales como:

- El uso político del presupuesto
- Un arreglo federal disfuncional y oneroso
- La falta de mecanismos efectivos de control y rendición de cuentas
- Escasos indicadores relevantes para medir el impacto real del gasto

Un gasto público ineficiente y de impacto limitado no puede admitirse en un país que subsiste con tantas carencias sociales y económicas y enfrenta un escenario de recursos públicos escasos. Es por eso que este esfuerzo conjunto entre academia y sociedad civil busca contribuir con evidencia y hallazgos relevantes al debate público, aportar elementos para guiar la toma de decisiones y traducir propuestas en políticas públicas que mejoren la gestión de recursos y el bienestar de los ciudadanos.

En **México Evalúa** estamos convencidos de que sólo a través del acceso a información útil y confiable, sumado a la participación conjunta de instituciones académicas y sociedad, impulsaremos al gobierno a actuar con transparencia y efectividad.

Edna Jaime
Directora General
México Evalúa

México Evalúa,
Centro de Análisis
en Políticas Públicas, A.C.
 Septiembre, 2011.



El gasto en salud en México:

Introducción

.....

Durante las últimas décadas, el financiamiento público para la atención del sector salud del país ha aumentado de forma significativa. Principalmente se ha incrementado el gasto dirigido a la población que no tiene acceso a la seguridad social, con lo cual se busca cerrar las brechas del financiamiento entre la población que cuenta con ella y la que carece de la misma. No obstante, existen indicios de que el incremento constante del gasto no se está traduciendo, al mismo ritmo, en mejoras de salud para la población, mayor número de servicios otorgados, así como a mayores recursos físicos y materiales destinados a dicho propósito. En general, se observa que el sistema de salud mantiene un elevado costo administrativo que distrae recursos del cuidado médico de la población, la asignación del financiamiento público mantiene una tendencia inercial y el uso de los recursos está restringido por una estructura poco integrada del sistema de salud. En este sentido, este documento analiza el funcionamiento del sistema de salud en México y el comportamiento histórico del gasto en la materia, en el marco de una política de cobertura universal. Con ello, se busca proponer estrategias para mejorar y hacer eficiente el uso y ejercicio de dichos recursos.

CALIDAD
salud
Financiamiento
resultados
Atención
MÉDICA
eficiencia
protección SOCIAL
SEGURO
popular
cobertura RESULTADOS
mortalidad
infantil
gasto PÚBLICO
acceso
FINANCIAMIENTO
Social resultados
ATENCIÓN gasto

El gasto en salud en México

En el marco de la Cobertura Universal

La salud en México, como en otros países, es altamente valorada por la población y las sociedades están dispuestas a sacrificar consumo de otros bienes por obtener una vida saludable, más larga y de calidad (Hall y Jones 2004). En respuesta a esta necesidad, la política gubernamental ha buscado sostener una tendencia creciente del financiamiento de este tipo de servicios.

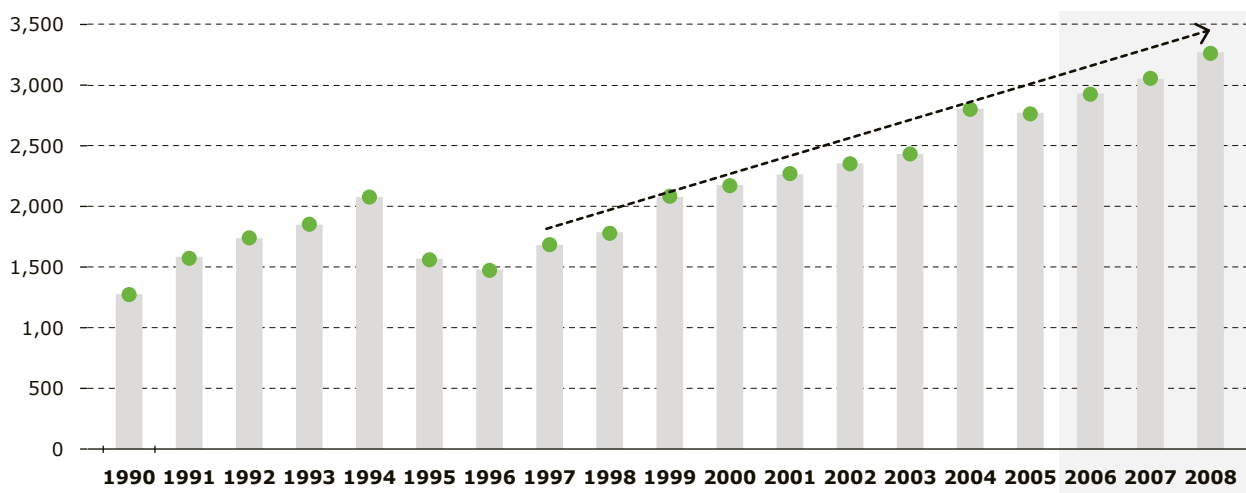
El gasto público en salud del país ha registrado un aumento importante en los últimos años. De hecho, se observa un crecimiento de los recursos públicos por persona en este rubro al pasar de un gasto de 1,235 pesos por habitante en 1990 a 3,125 pesos en 2008, lo que significa un crecimiento del 153%. Se espera que en los próximos años haya un incremento mayor del porcentaje de

ingresos disponibles destinados a salud en el país y en la mayor parte del continente (Martínez, Aguilera y Quintana 2009).

El principal rubro que explica el incremento del gasto público en salud es el financiamiento destinado a la población que carece de seguridad social a través del Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular y administrado a nivel federal en materia de afiliación y comprobación de gastos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Actualmente, este sistema da cobertura a 31 millones de personas y, en comparación con las instituciones de salud del país, ocupa el segundo lugar en tamaño y cobertura de población. En primer lugar se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende a 49 millones de afiliados.

Gráfica 1. GASTO PÚBLICO TOTAL EN SALUD POR HABITANTE 1990-2008

(Pesos a precios de 2008)



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010.

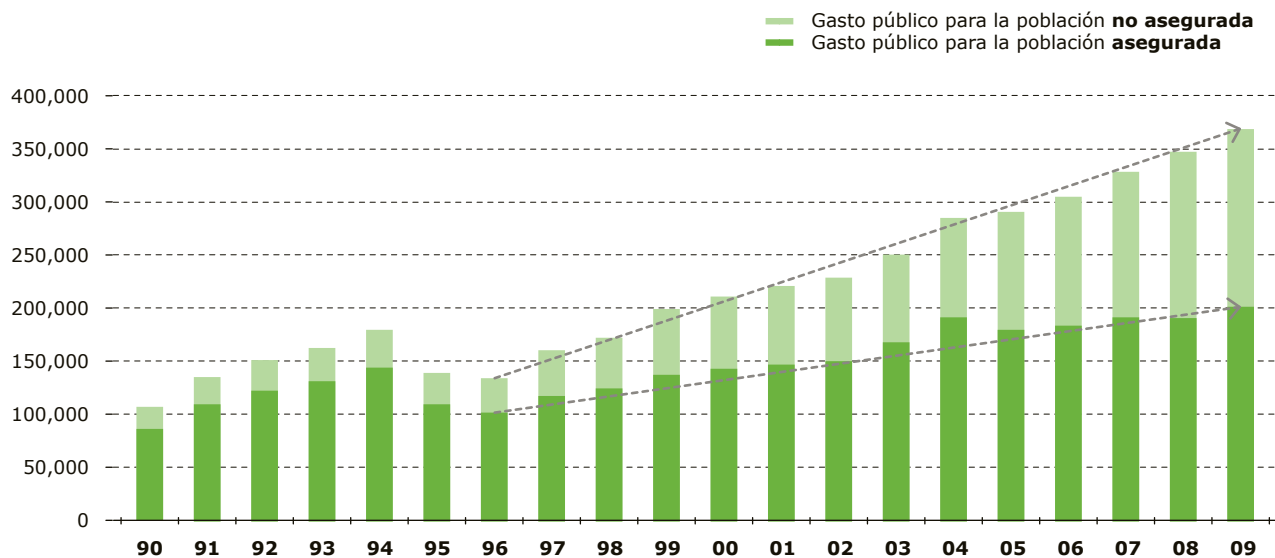
En general, un mayor gasto público se justifica por la necesidad de disminuir las desigualdades y el gasto de bolsillo al que están expuestas las personas y que, en el caso de las familias ubicadas en los niveles más bajos de ingreso, las pone en riesgo de caer en condición de pobreza (Knaul y Frenk 2005).

Si bien existe evidencia para justificar un mayor gasto público (CMMS 2006, OCDE 2005), **hay indicios de que la introducción del Sistema de Protección Social¹ en Salud no ha cambiado de forma significativa el panorama general del sistema, por lo que se observa un bajo impacto agregado del gasto en salud.**



Gráfica 2. GASTO PÚBLICO POR POBLACIÓN ASEGURADA Y NO ASEGURADA

(Millones de pesos de 2009)



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010.

¹ En 2003 se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud, que entra en vigor el 1 de enero de 2004. Explícitamente, el programa busca, a través del aseguramiento, reducir los gastos de bolsillo y catastróficos, promover la eficiencia, distribuir de forma más equitativa los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud (Knaul y Frenk, 2005). Implícitamente, la reforma permite al gobierno federal regular la acción de los estados y ejercer un mayor control sobre el gasto, al mismo tiempo que centralizar el gasto en salud destinado a financiar las enfermedades asociadas a gastos catastróficos (Martínez, Aguilera y Chernichovsky, 2010).

1

El incremento del gasto en salud no ha mejorado la salud de las personas.

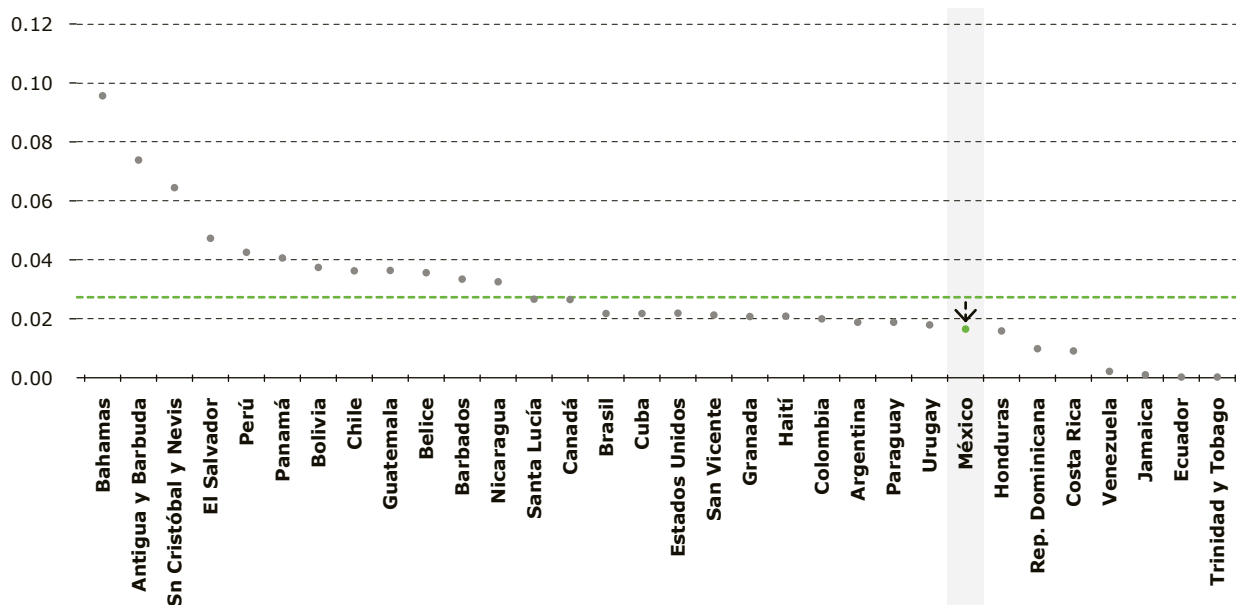
Un indicador útil para medir el efecto del gasto en las condiciones de salud de la población es el coeficiente de efectividad (Hall y Jones, 2004). El coeficiente permite analizar, de manera conjunta, la evolución del gasto público destinado a salud y su impacto en el comportamiento de indicadores de salud de la población² (en este caso la expectativa de vida al nacer).

Al comparar el coeficiente de efectividad de todos los países del continente americano, se observa que México tiene un coeficiente de efectividad

por debajo del promedio e incluso, se ubica por debajo del coeficiente de países similares como Brasil, Chile o Colombia. Esto significa que el presupuesto que México ha destinado a los servicios de salud no se está traduciendo en resultados que mejoren las condiciones de salud de la población.

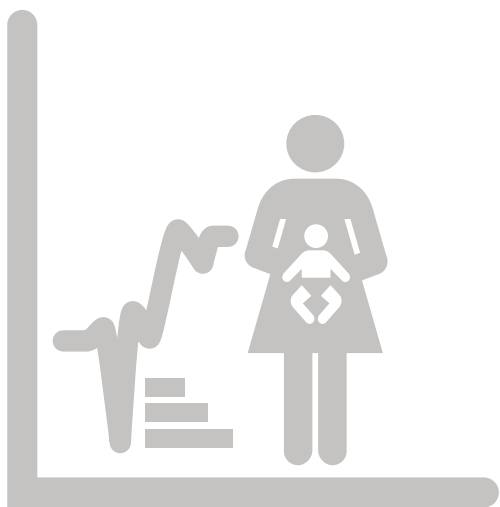
Es importante aclarar que este coeficiente fue calculado con datos hasta 2006, por lo que no captura la creciente expansión del Sistema de Protección Social en Salud y los efectos del

Gráfica 3. COEFICIENTE DE EFECTIVIDAD DEL GASTO TOTAL EN SALUD



Fuente: Tomado de Martínez, Aguilera y Quintana 2009.

² El coeficiente de efectividad (Hall y Jones, 2004) y la Curva de Preston (Preston, 1975) son datos comúnmente utilizados que relacionan el gasto en salud y la salud de la población. Sin embargo, debe ser usado con cuidado pues es altamente dependiente a los cambios en las tasas de mortalidad infantil. Es un indicador útil, al compararlo a México con países similares socio-demográficamente.



Seguro Popular en los últimos años. No obstante, hay evidencia que sugiere que no existe un comportamiento significativamente distinto en los últimos años.

Por ejemplo, al revisar las estadísticas del estado de salud en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2010), se observa que el indicador de mortalidad infantil de la población mexicana registró un nivel de 15.2 muertes por 1,000 nacidos vivos, durante 2008. Sin embargo, en comparación con el promedio de la OCDE, **la mortalidad infantil en México es la segunda más alta y tiene un nivel 3 veces superior al promedio de la OCDE** (4.7 muertes por 1,000 nacidos vivos).

2

La atención médica y la infraestructura en salud no han crecido al mismo ritmo que el gasto en salud.

A pesar de los esfuerzos realizados para incrementar el gasto en salud de manera sostenida, esto no se refleja en un crecimiento de la misma magnitud de los servicios de atención médica e infraestructura. De acuerdo con la publicación Eco-Salud OCDE 2010, *México mantiene una oferta de servicios de salud por debajo de los estándares de la OCDE.*

De esta manera, en 2008 **el número de camas para cuidados de enfermedades agudas en el país fue de 1.6 por cada 1,000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE fue de 3.6 camas.** En términos del número de médicos, **la población mexicana cuenta con 2 por cada 1,000 habitantes, en tanto que la media de la OCDE es de 3.2 médicos.**

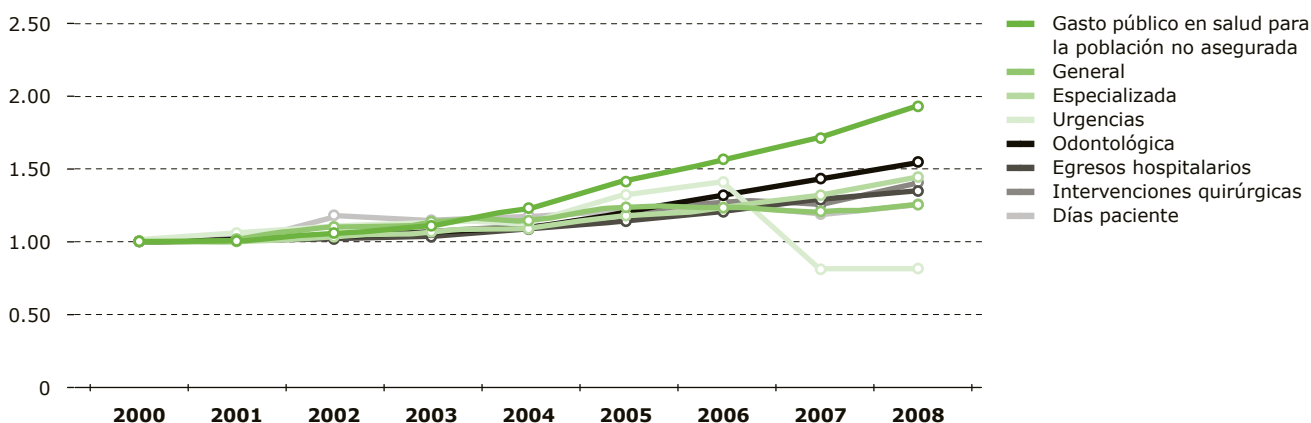
En materia de disponibilidad de equipo de diagnóstico de alta tecnología, existen amplios rezagos debido a sus altos costos. Por ejemplo, **el número de equipos de imagenología por resonancia magnética (o tomografía) es de 1.5 por millón de habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 12.6 equipos por millón de habitantes.** Como se puede observar en las **Gráficas 4 y 5**, uno de los únicos posibles efectos positivos del gasto se refiere a la disminución de urgencias médicas.

A pesar de lo anterior, hay algunos aspectos del Sistema de Protección Social en Salud que sí han tenido impacto en cierto grupo de la población, como lo demuestran algunos estudios y análisis experimentales enfocados en las zonas rurales

(ver Secretaría de Salud, 2007a; Sosa-Rubí y Harris, 2009). Ello indica que la introducción del Sistema de Protección Social en Salud no ha cambiado de forma significativa el panorama general del sistema de salud y se observa un bajo “impacto agregado”.

Gráfica 4. GASTO PÚBLICO PER CÁPITA PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA Y SERVICIOS OTORGADOS A LA POBLACIÓN NO ASEGURADA* 2000-2008

(Por cada 1,000 habitantes)

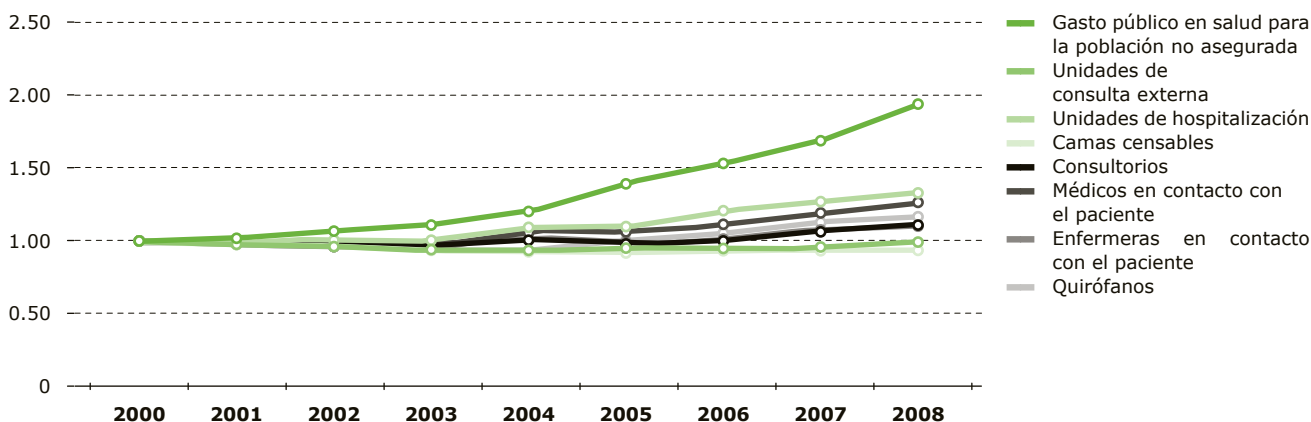


Fuentes: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010. La población no asegurada se tomó de CONAPO.

*Servicios se refiere a los otorgados a la población atendida por SS y SESA. (2000=1)

Gráfica 5. GASTO PÚBLICO PER CÁPITA PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA MÉDICA PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA* 2000-2008

(Por cada 1,000 habitantes)



Fuentes: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010. La población no asegurada se tomó de CONAPO

*Infraestructura médica y recursos humanos se refiere a la de SS y SESA. (2000=1)

3

El gasto público no está sustituyendo el desembolso que las familias realizan para pagar atención médica y existen diferencias en la cobertura de salud según el nivel de ingreso de los hogares.

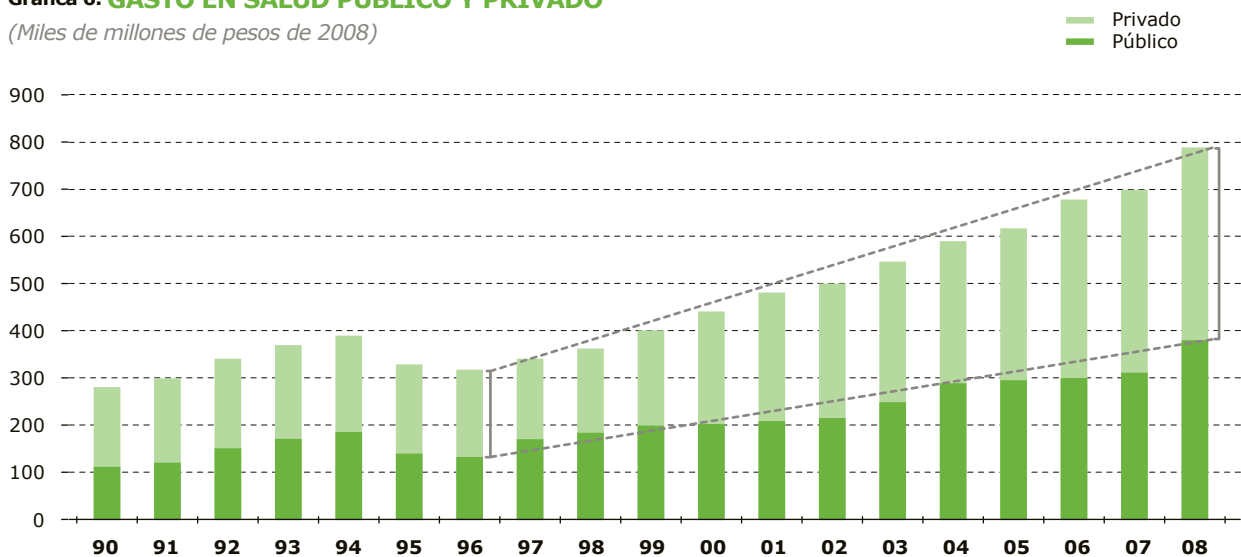
Uno de los efectos deseables del aumento del financiamiento público es la reducción del gasto privado en salud, ya que permite a las personas dirigir parte de su gasto al mayor consumo de otros bienes (*Murphy y Topel 2005 y Martínez y Aguilera 2010*). Sin embargo, al revisar la composición del gasto total en salud del país, se observa que **el gasto total ha crecido en respuesta al incremento de recursos públicos, pero también al crecimiento del gasto privado.**

Esto significa que no hay un efecto desplazamiento del gasto privado provocado por un mayor gasto público, aunque debe aclararse que la introducción del Sistema de Protección Social en Salud sí ha estado asociada a un menor gasto privado de las familias beneficiarias (*Barros 2009*).

Por otro lado, al analizar la cobertura de servicios en salud por nivel de ingresos de los hogares, ésta muestra amplias diferencias: **cerca del 45% de las familias ubicadas en el decil de ingresos más bajo del país, únicamente tiene acceso a los servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud y el Programa IMSS Oportunidades.** En el caso de los hogares con el mayor nivel de ingresos, el 56% recibe atención del ISSSTE, IMSS, PEMEX, Defensa, Marina, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y, en una menor proporción, de la Secretaría de Salud y el Programa IMSS Oportunidades. Como se puede observar, **el acceso a servicios de salud aún no es universal y los sectores más vulnerables tienen pocas opciones de atención médica.**

Gráfica 6. GASTO EN SALUD PÚBLICO Y PRIVADO

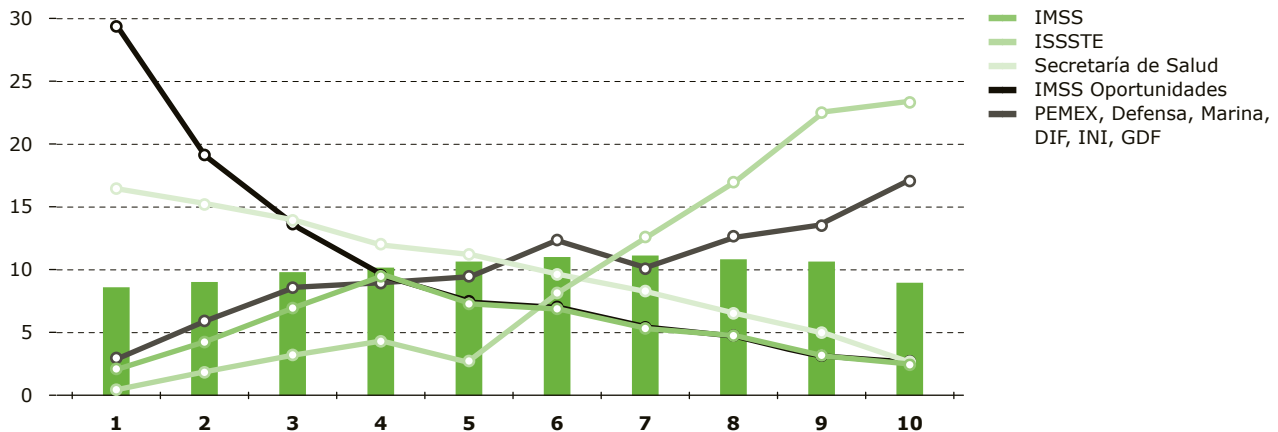
(Miles de millones de pesos de 2008)



Fuente: Información de Salud de la OCDE (2009).

Gráfica 7. COBERTURA EN SALUD DE ACUERDO AL NIVEL DE INGRESO

(Porcentaje de la población)



Fuente: Investigación de John Scott, 2010.

De acuerdo con lo anterior, se pueden adelantar dos factores, que no son excluyentes y que obstaculizan el desempeño y la efectividad del presupuesto público en salud.

El primero se refiere al **cambio en el perfil epidemiológico de la población que ha propiciado que se eleven los costos de atención médica.** Actualmente, los habitantes

tienen padecimientos y enfermedades más costosas de atender, lo que implica mayor especialización y costo del personal médico, así como medicamentos más caros.

El **segundo consiste en el uso ineficiente del financiamiento público, el cual provoca la pérdida de recursos que no llegan a la atención médica.** Respecto al uso del gasto en salud, su problemática se detalla a continuación.

4

El sistema de salud tiene un elevado costo administrativo, lo que distrae recursos que podrían dirigirse a la provisión de un mayor número de servicios de cuidado médico.

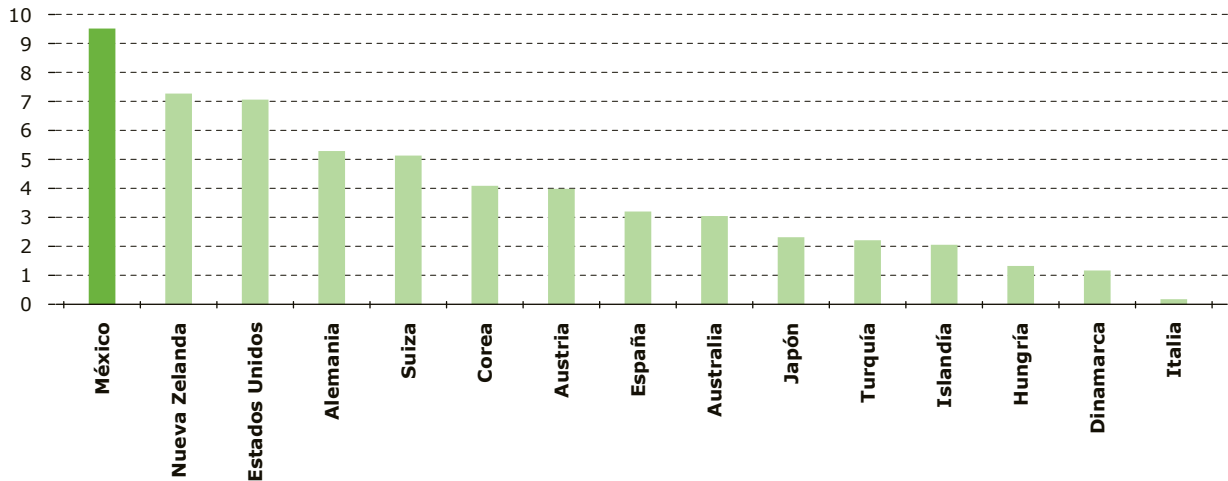


El gasto administrativo del país alcanza poco más del 9% del gasto en salud para todo el sistema y, en el comparativo internacional, es el más alto de todos los países de la OCDE. México tiene un costo administrativo más alto aun que otros países que tienen sistemas de salud descentralizados,³ como Estados Unidos.

³ Descentralizado se refiere a que existen múltiples agencias que realizan la función de ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD y proveedores, en su mayoría privados.

Gráfica 8. GASTO ADMINISTRATIVO COMO PROPORCIÓN DEL GASTO EN SALUD, PAÍSES DE LA OCDE

(Porcentaje)



Fuente: OCDE Health Data 2008 y OCDE (2005).

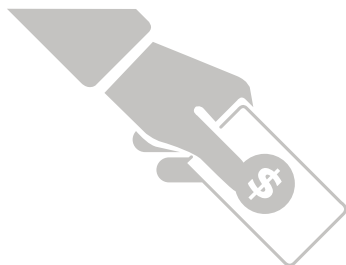
Nota: Los datos de los países son para 2008, con excepción de Noruega, Portugal, Australia, Austria que son de 2006; y los de Italia, Turquía, Reino Unido, Luxemburgo, Estados Unidos y México que son de los primeros años del 2000.

Al comparar las cifras de gasto administrativo del IMSS y el ISSSTE con agencias similares, se observa que el costo administrativo de las primeras alcanza cerca del 20%, mientras que el de Kaiser Permanente, una de las aseguradoras integradas más grandes de Estados Unidos, y el de FONASA, la aseguradora pública de Chile, son de 4%.

Por otro lado, hay evidencia que señala que **en el IMSS, el personal requerido para que funcione un médico de primer nivel es de 20 personas, de las cuales dos son médicos titulares y el resto son médicos de reemplazo, enfermeras, secretaria, asistentes, personal de limpieza, personal administrativo y jefes** (ver Martínez, 2006).

5

No se realiza un uso eficiente de los recursos porque el sistema de salud está fragmentando y no se articulan sus procesos.



En general, el sistema mexicano de salud realiza tres funciones:

El **financiamiento**, el cual incorpora los procesos de afiliación, recolección y asignación de fondos y registros.

La **organización y administración del cuidado de la salud**, que es la función básica en los esquemas de aseguramiento, se refiere a la administración del riesgo, que incluye el manejo de los fondos y de las demandas de las personas, así como la selección de los proveedores.

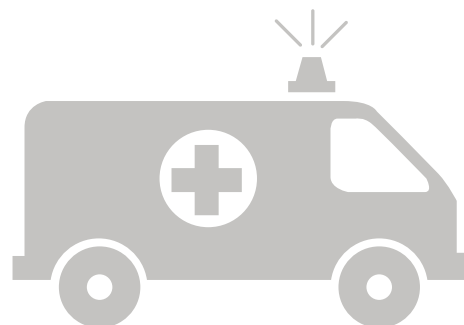
La **provisión** se divide en primer nivel (no hospitalaria), en segundo y tercer nivel (hospitalaria).

Sin embargo, en el sistema de salud mexicano, el desempeño de estas tres funciones no permite la transferencia de recursos financieros ni afiliados entre las instituciones que el sistema de salud, además de que no existe un uso eficiente de los recursos porque:

- No se aprovechan economías de escala en aquellas funciones como la afiliación, en la cual podrían reducirse los costos del servicio de salud.

- No se hace un manejo eficiente de la demanda de servicios de salud ni de los proveedores, ya que no quedan claras las obligaciones y facultades de los diferentes órdenes de gobierno para organizar y administrar los servicios de salud.
- No se incentiva la productividad porque no se cuenta con modelos de remuneración de los servicios de salud que reflejen las actividades generadas.
- No hay competencia en la provisión de los servicios ni competencia en la organización y administración del cuidado de la salud. Por lo tanto, no hay incentivos para la eficiencia (ver *Martínez, Aguilera y Chernichovsky 2010*).

En el IMSS han tratado de resolver el problema de la organización y administración del sistema de salud definiendo "modelos de atención" con el objetivo de dar un nivel de



autonomía regulada a las clínicas y hospitales. Esta institución define modelos de atención familiar y modelos de hospitales.

No obstante, esto no se ha traducido en una responsabilidad descentralizada del presupuesto que permita un desarrollo eficiente de las funciones del sistema de salud. Por el contrario, opera con un marco inflexible para regular los movimientos de los pacientes, el financiamiento, los recursos humanos y los insumos físicos entre las diferentes clínicas o instituciones proveedoras de los servicios de salud.

Con la introducción del Sistema de Protección Social en Salud, el gobierno federal esperaba

que los gobiernos estatales, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS)⁴, actuaran como organismos que recibieran y administraran los recursos de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social, y con ello organizaran la provisión de salud, comprando tanto al sector público como al privado los servicios de salud necesarios. Sin embargo, los resultados en esta materia han sido escasos ya que no se ha podido generar un mercado de servicios de salud en el país.



6

La distribución del gasto hacia las entidades federativas es desigual y obedece, principalmente, a criterios inerciales que en poco contribuyen a mejorar los resultados de salud en el país.

Las reformas realizadas al Sistema de Salud del país y el proceso de descentralización de estos servicios hacia los estados contribuyen a que la distribución de gasto no se realice a través de un fondo único, en el que se concentren los recursos. Además, no se cuenta con reglas únicas para la asignación del financiamiento y en su lugar, existen diversas leyes y reglamentos -como la Ley de Coordinación Fiscal, La Ley General de Salud y la Ley del IMSS- que determinan la asignación del gasto.

Otra partida de gasto importante para la provisión de servicios de salud es el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, el cual llega directamente a las entidades federativas y municipios. Mediante esta partida se transfieren los recursos para el programa Seguro Popular, con el cual se beneficia, principalmente, a la población sin acceso a la seguridad social.

Para la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud entre las entidades

⁴ El Régimen de Protección Social en Salud tiene el objetivo de ofrecer acceso a servicios de salud a las familias que carecen de seguridad social y, es responsable de la implementación de dos programas: Seguro Popular y del Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

federativas, el número de personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud se considera como criterio de asignación; sin embargo, éste no ha sido suficiente para abatir las brechas en el financiamiento que reciben los gobiernos locales. Por este motivo, el gasto se sigue distribuyendo de forma inercial y beneficia de manera desigual a los estados (Aguilera y Barraza – Lloréns, 2010).

En instituciones como el IMSS y el ISSSTE la historia no es muy diferente, ya que éstas definen centralmente los presupuestos (generalmente de manera inercial) de los hospitales y las clínicas de atención, lo que de facto ignora la existencia de otras funciones del sistema como la organización y administración del cuidado de la salud. Es decir, el aspecto presupuestal y de la asignación de fondos

debería estar estrechamente vinculado al financiamiento de las tres funciones que lleva a cabo el sistema de salud y no a criterios inerciales de asignación.

Ahora bien, *en un modelo de sistema único de salud como el que se busca para el país con la implementación del Seguro Popular, y una vez alcanzada la cobertura universal, la asignación de recursos deberá hacerse de forma integral, sin distinción entre población con y sin seguridad social.* Esto implica que toda persona, independientemente de su estatus laboral, debe tener derecho a un paquete mínimo de salud financiado por el Estado. El establecimiento de este paquete mínimo general requiere cambios sustanciales al financiamiento, consolidación y asignación de recursos en todo el sistema de salud.

7

Las líneas de acción y las propuestas de las autoridades muestran pocos avances en la atención de los obstáculos del Sistema Mexicano de Salud.

Los resultados de las reformas de los años 90 se resumen en:

- a) La descentralización de la infraestructura y de los recursos financieros para salud a los estados, para la población no asegurada y mínima descentralización en el caso del IMSS e ISSSTE.
- b) La falta de cobertura de los servicios de salubridad, a pesar del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y del Seguro de Salud para la Familia (SSF).
- c) Nulos cambios operativos y funcionales, tanto en los servicios para la población no asegurada, como en las instituciones de seguridad social.
- d) Nula participación de la iniciativa privada en los flujos financieros públicos.



El cambio más sustancial se observa en 2004, cuando se creó el Sistema de Protección Social en Salud. Este programa busca, a través del aseguramiento, reducir los gastos de bolsillo y catastróficos en materia de salud de la población. El esquema otorga a la población no derechohabiente de la seguridad social, un paquete de beneficios definidos que incluye acceso a servicios médico-quirúrgicos, medicamentos y hospitalización sin costo en la unidad médica de servicio.

Aún con los cambios y reformas implementadas en el sector, las autoridades gubernamentales reconocen las limitaciones del Sistema Mexicano de Salud y se percibe una constante preocupación por atenderlas. De hecho, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se define que en el marco de la cobertura universal, el sistema debe avanzar hacia mejoras organizacionales y funcionales para abatir las ineficiencias en el sistema.

El gobierno federal ha trazado reformas al sistema de salud que van más allá de

modificaciones al financiamiento de la Protección Social en Salud. De acuerdo con el actual plan de gobierno, el Programa Nacional de Salud (PNS) establece que en el año 2030, el sistema mexicano de salud deberá ser universal, integrado, enfocado a la prevención y financiado principalmente con recursos públicos (*Secretaría de Salud, 2007b*). No obstante, son pocos los avances en esta materia.

Para ello, se requiere de la definición de derechos o un paquete mínimo de beneficios en salud, aunque el Programa Nacional de Salud sólo establece que el sistema universal garantizará el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población. La introducción del Sistema de Protección de Seguridad en Salud avanza en ese sentido.

Contar con un paquete básico de beneficios universales implica que no exista diferenciación del financiamiento per cápita por tipo de población, como actualmente sucede. Por otro lado, la propuesta de un sistema integral de salud

que posibilite el cumplimiento de sus funciones básicas entraña la reorientación de éste hacia la convergencia, portabilidad y el fomento de un mercado de servicios de salud competitivo.

Lo anterior significa que **el sistema de salud debe permitir al paciente vencer las dificultades de acceso a los servicios de salud**, por lo menos, en lo financiero y geográfico, evitando la interrupción de su atención médica. Ello a pesar de requerir transitar por diferentes instituciones y niveles de atención, donde además la atención se llevaría a cabo a menor costo.

Los cambios que se establecen en el Programa Nacional de Salud y en el IMSS (véase IMSS 2009 e IMSS 2010), pueden alcanzarse a través de múltiples líneas de acción que, en muchos casos, requieren de un esfuerzo importante de inversión, conocimiento y coordinación.

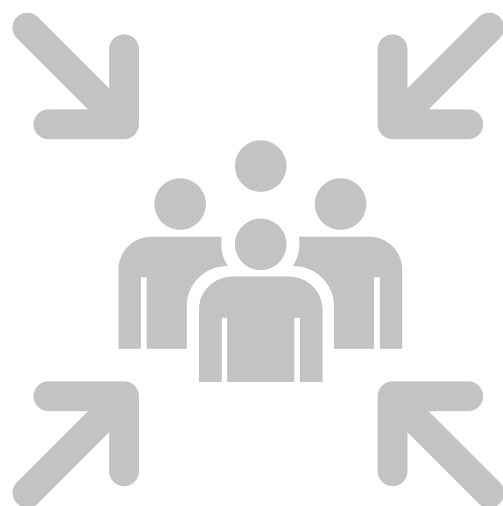
Por ejemplo, **el establecimiento de un mercado de servicios requiere de un sistema de costeo de procedimientos**, idealmente basado en sistemas informáticos hospitalarios que generen facturas (con fines informativos) o protocolos médicos por usuario.

La convergencia de servicios **implica el establecimiento de una plataforma única que permita compartir información entre todos los participantes del sistema de salud.**⁵ Más aún, en muchos casos, se requiere incidir en las políticas que adoptan las diferentes entidades federativas, por lo menos en el caso de los servicios descentralizados para la población abierta. Desafortunadamente, aunque se reconozca el reto que estos proyectos implican, los avances son poco alentadores.

En el IMSS y el ISSSTE la forma de operar no ha cambiado significativamente en los últimos años: operan de manera centralizada los presupuestos y todas las decisiones importantes se definen, a nivel central, generalmente de forma inercial, además de que la situación para la población sin acceso a seguridad social no parece que se haya modificado.

Idealmente, la portabilidad requiere de un sistema único que concentre toda la información del afiliado y cada una de sus interacciones con el sistema de salud (ver Aguilera 2007). Para ello, es fundamental a) contar con un padrón único del personal; b) hacer compatible el uso del expediente clínico electrónico; c) bases de datos diseñadas con base en beneficiarios y d) precios y costos de intervenciones médicas en todos los niveles de atención.

El establecimiento de un padrón único y el mecanismo de identificación confiable se encuentran en su fase de discusión. Hasta ahora, únicamente se han compartido algunas bases de datos entre las diferentes instituciones de salud sin que estén integradas.



⁵ Esto implica que el IMSS debe llevar, por ejemplo, registros por derechohabiente y no por cotizante.

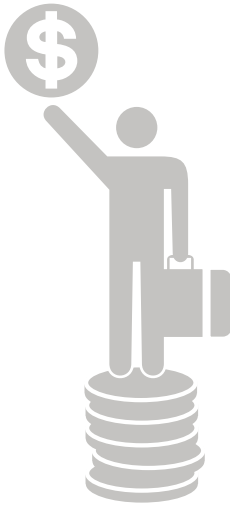


Cada institución cuenta con sus propias bases de datos que, inclusive, pueden estar desconectadas dentro de la misma institución para todos los procesos por los que transitan los afiliados. Por ejemplo, en el IMSS, la base de afiliación es diferente de la que guarda el expediente clínico.

La convergencia podrá ser alcanzada cuando a) el sistema de salud asigne el total de la inversión y gasto en salud con base en el perfil de necesidades de la población, haciendo la distinción entre un paquete básico de atención médica y un paquete complementario; b) se exploten las economías de escala en aquellos procesos sujetos a altos costos y c) las instituciones más eficientes sean las que provean los servicios.

La convergencia demanda entonces la separación de funciones, coordinación entre diferentes instituciones y servicios de atención, integración organizacional de procesos clave y desarrollo del mercado de servicios médicos. En este contexto, es evidente que existen pocos avances en el proceso de convergencia.

El mercado de servicios será una realidad cuando las aseguradoras de salud compren y vendan servicios médicos libremente al proveedor más conveniente, ya sea público o privado. Por el momento, esta práctica es la excepción más que la regla. En el Sistema de Protección Social en Salud son pocos los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud que compran servicios a proveedores diferentes de los Sistemas Estatales de Salud, mientras que el IMSS cuenta con pocos hospitales que tienen capacidad de autogestión y aún se manejan con presupuestos designados centralmente.



Recomendaciones

Lo cambios en los sistemas de salud no son fáciles de implementar. Sin embargo, para alcanzar las metas de atención médica y abatir los rezagos en esta materia, se requiere mejorar el funcionamiento del sistema de salud y el uso de los recursos. Para ello, se recomienda:

8

Mejorar la asignación de recursos financieros en el sector salud.

Como se ha mencionado, existen brechas importantes de financiamiento de poblaciones en todo el país, situación no puede prevalecer si se busca transitar hacia un sistema de universal de salud. Por ello, se recomienda modificar la forma en cómo se asignan los recursos del Ramo 33 entre las entidades federativas para abatir la desigualdad en el financiamiento a la salud y mejorar los resultados de salud globales del país.

La revisión de la distribución del gasto es fundamental para garantizar que cada persona reciba los recursos que le corresponden dado su perfil de riesgo, dentro de cada esquema (en una primera etapa), y a nivel nacional (en una segunda etapa). Esto permitirá destinar los recursos financieros y físicos a aquellos proveedores que tengan los mejores niveles de productividad en servicios de salud.

9

Mejorar el uso de los recursos públicos a lo largo de las tres funciones del sistema de salud.

Se sugiere que cada uno de los procesos de los sistemas de salud: afiliación y recolección; organización y administración del cuidado de salud (aseguramiento); y provisión, se lleve a cabo de forma eficiente con el objetivo de **aprovechar economías de escala, minimizar costos administrativos y generar incentivos hacia la productividad.**

10

Crear un Sistema Integral de Monitoreo que permita mejorar la eficiencia del sector salud y que genere información útil para la toma de decisiones de política pública.

Una forma de dar seguimiento al gasto público y a otros objetivos del sistema de salud para un desempeño más eficiente, es implementar un cuadro de mando integral (o *balanced scorecard* – BSC por sus siglas en inglés) en el sector salud. Un BSC es una herramienta que permite guiar el desempeño actual y futuro del sistema de salud ya que presenta, de forma lógicamente ordenada y relacionada, medidas en cuatro categorías que inciden en el cumplimiento de objetivos: desempeño fiduciario, conocimiento del cliente, procesos internos de negocios y aprendizaje y crecimiento. Con la generación de información a través del BSC, el objetivo que se persigue es que las iniciativas individuales, organizacionales y de las diferentes unidades se alineen hacia el cumplimiento de los objetivos planeados.

Los mapas de estrategia, los indicadores a monitorear y otros conceptos clave, como las fórmulas de cálculo de los indicadores de desempeño, son partes fundamentales de un BSC y deben ser resultado de un proceso interno de planeación estratégica del sistema de salud, en el cual participen los actores relevantes encargados de los procesos que se desarrollen.

Finalmente, la implementación de un sistema de monitoreo requiere del diseño de indicadores de seguimiento y de eficacia en el cumplimiento de metas definidas. Algunos de los indicadores, especialmente aquellos que miden el gasto en salud, pueden ser calculados fácilmente con la información que publica la Secretaría de Salud. Otros indicadores, como por ejemplo, en materia de cumplimiento, deberán ser proporcionados por las mismas autoridades. Es importante mencionar que ciertos indicadores ya se hacen públicos por parte de la Secretaría de Salud en los informes Salud México y Rendición de Cuentas y por las instituciones de Seguridad Social; no obstante, ni son todos los existentes, ni se mantiene una consistencia en su publicación. De ahí la necesidad de establecer un sistema de monitoreo y seguimiento integral.

Referencias

- Aguilera, Nelly (2010). Una Propuesta Integral Para Mejorar el Sistema de Salud en *Los Grandes Problemas de México, X Microeconomía*. Alejandro Castañeda, coordinador. México, D.F. El Colegio de México.
- Aguilera, Nelly (2007). "Organization and Management of Health Insurance Programs" en *The Americas Social Security Report 2008*. CISS, México, D.F.
- Aguilera, Nelly y Mariana Barraza-Lloréns (2009). Descentralización Financiera de Salud. En Análisis del Ramo 33 (título tentativo) próximo a publicarse por CONEVAL y El Colegio de México.
- Aguilera, Nelly y Gabriel Martínez (2008). *Restructuring of the Sistemas Estatales de Salud: Rapid Assessment Tool: A Final Report*, Documento preparado para El Banco Mundial.
- Banco Mundial (1993). *World development Report: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Barros, Rodrigo (2009). *Wealthier but not much healthier: effects of a health insurance program for the poor in Mexico*. Mimeo, Stanford University.
- Cercone, J., y J.J. de St. Antoine. 2001. *Reform of the Mexican health care system*, en M. Giugale, O. Lafourade y V.H. Nguyen (comps.), *Mexico: A Comprehensive Development Agenda for the New Era*. Washington, DC, The World Bank. pp. 409-446.
- Chernichovsky, D. 1995. *Health system reforms in industrialized economies: An emerging paradigm*, *The Milbank Quarterly* **73** (3): 339-372.
- 2002. *Pluralism, public choice, and the State in the emerging paradigm in health systems*, *The Milbank Quarterly* **80** (1): 5-39.
- CMMS. 2006. *Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Hall, Robert E. and Charles I. Jones (2004). *The Value of Life and the Rise in Health Spending*. NBER Working Paper 10737. Available on line at: <http://www.nber.org/papers/w10737>

- Homedes, N., y A. Ugalde. 2006. *Decentralization of health services in Mexico: a historical review*, en N. Homedes y A. Ugalde (comps.) *Decentralizing Health Services in Mexico: A Case Study in State Reform*. San Diego, University of California, Center for US-Mexican Studies, pp. 45-91.
- IMSS (2008) Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2008.
- IMSS (2009) Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008-2009.
- IMSS (2010) Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010. IMSS, México, D.F.
- IMSS y SNTSS (2009). Contrato Colectivo de Trabajo 2009-2011.
- Kaplan, Robert. S. y David. P. Norton (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: Harvard Business School Press.
- King, Gary, Emmanuela Gakidou, Nirmla Ravishankar, Ryan T. Moore, Jason Lakin, Manett Vargas, Martha María Téllez Rojo, Juan Eugenio Hernández Ávila, Mauricio Hernández Ávila and Héctor Hernández Llamas (2007). A "Politically Robust" Experimental Design for Public Policy Evaluation, with Application to the Mexican Universal Health Insurance Program, in *Journal of Policy Analysis and Management* 26(3): 479-506.
- Knaul, F.M., y J. Frenk. 2005. *Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform*, *Health Affairs* 24 (6): 1467-1476.
- Ley Federal del Trabajo. México.
- Londoño, J.L. y J. Frenk (1997). *Structured Pluralism: Towards and innovative model for health system reform in Latin America*. *Health Policy* 41(1):1-36.
- Martínez, G. 2006. *El Estado mexicano de bienestar*. Miguel Ángel Porrúa. México, D.F.,
- , N. Aguilera y D. Chernichovsky. 2010. *The emerging paradigm and the Mexican health care system*, mimeo.
- , Nelly Aguilera y María Quintana (2009). *Projections of Health Expenditure in the Americas*, en *The Americas Social Security Report 2010*, CISS, D.F.
- Medici, A (2006). Las Reformas Incompletas de Salud en América Latina: Algunos Elementos de su Economía Política. *Bienestar y Política Social*, 2(1): 1-26.
- Murphy, Kevin M. and Robert H. Topel (2006). *The Value of Health and Longevity in Journal of Political Economy*, 114(5): 871-904.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). 2005. *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. París.
- Secretaría de Salud. 2006. *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. Secretaría de Salud, FUNSALUD, INSP, FCE. México, D.F.
- Secretaría de Salud. 2007a. Sistema de protección social en salud. Evaluación de efectos. México.
- , 2007b. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México, D.F.
- Secretaria de Salud (2008) Rendición de Cuentas en Salud 2007. Secretaría de Salud, México, D.F.



M É X I C O
EVALÚA
CENTRO DE ANÁLISIS
DE POLÍTICAS PÚBLICAS

México Evalúa, 2011

www.mexicoevalua.org