

LA SALUD EN MÉXICO: 2006/2012
VISIÓN DE FUNSALUD



LA SALUD EN MÉXICO: 2006/2012
VISIÓN DE FUNSALUD

Primera edición

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

E-mail cvolmedo@funsalud.org.mx
<http://www.funsalud.org.mx>

Impreso y hecho en México
Made and printed in Mexico

ISBN 968-5661-46-4

	Síntesis ejecutiva	7
I	Introducción	15
II	Situación actual de la salud en México	19
1.	Recursos necesarios para un perfil cambiante	21
2.	Obstáculos al desempeño	26
III	La visión sobre la transformación del sistema	29
IV	La reforma para dar prioridad a la salud poblacional	37
1.	Continuar y expandir políticas, programas y proyectos de intervenciones poblacionales	40
2.	Reducir rezagos de enfermedades pre-transicionales	41
3.	Dar prioridad a la salud de grupos vulnerables	42
4.	Reforzar el blindaje sanitario federal para enfrentar amenazas globales	42
5.	Consolidar medidas internas de control sanitario de bienes, productos y servicios	43
6.	Profundizar el control de industrias que generan riesgos a la salud	44
7.	Fortalecer la acción comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	45

V	La reforma para alcanzar la protección financiera universal y ordenar el financiamiento del sistema de salud	47
8.	Legislar la contribución social generalizada para la salud	52
9.	Separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social	54
10.	Separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica	54
11.	Consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos para servicios de alta especialidad	55
12.	Asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud	55
13.	Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud	56
14.	Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud	57
15.	Asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo	58
VI	La reforma para desarrollar recursos esenciales	59
16.	Fortalecer los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud	62
17.	Impulsar la innovación y el uso racional de la tecnología para la salud	62
18.	Intensificar el despliegue coordinado de las tecnologías de la información y la telemedicina	63
19.	Promover la investigación en salud	64

VII	La reforma para mejorar la eficiencia de la prestación de la atención médica	67
20.	Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario	70
21.	Promover la autonomía de la gestión hospitalaria y consolidar redes regionales de alta especialidad	70
22.	Impulsar una política farmacéutica integral	71
23.	Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil que participan en tareas de la salud	72
VIII	La reforma para fortalecer la rectoría del sistema	75
24.	Actualizar el marco jurídico del sistema de salud	78
25.	Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de los servicios de salud	78
26.	Promover la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones	79
	Conclusiones	81
	Anexos	85
1.	Políticas de salud 1982-2006	87
2.	La contribución de FUNSALUD	90



SÍNTESIS EJECUTIVA

Durante las últimas décadas México ha generado y recibido los beneficios de una mejoría notable en las condiciones de salud. El mejor reflejo de ello se observa en la esperanza de vida al nacimiento: en la segunda mitad del siglo XX este indicador tuvo un incremento de 27 años: de 48 años en 1950 a 75 en 2005. También se manifiesta en la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la erradicación de algunas enfermedades prevenibles por vacunación. Las principales causas de muerte también se han modificado. Las infecciones comunes y los problemas que tienen vínculos con la desnutrición y la reproducción han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que hoy concentran más de 85% de las causas de muerte en el país. Si bien estos avances han sido, en buena medida, producto de una mejoría en las condiciones generales de vida, no podrían explicarse cabalmente sin tomar en cuenta el consistente esfuerzo de las instituciones de salud en México.

En ese contexto, los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren ahora de tratamientos más complejos y prolongados que los de otra índole; por lo mismo, su manejo es más costoso y significan una mayor carga económica para la sociedad que las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción. El sistema mexicano de salud no cuenta con los recursos suficientes y los arreglos organizacionales convenientes para enfrentar este nuevo perfil de enfermedades. Hacer frente a este nuevo perfil y a nuevos riesgos a la salud requiere de una respuesta sistémica que considere riesgos emergentes, los aspectos financieros y estructurales del sistema, los recursos esenciales necesarios para la prestación de los servicios, mejorar la eficiencia en la atención médica y avanzar en la rectoría del sistema para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

Las reformas a la Ley General de Salud en relación con el Sistema de Protección Social en Salud han permitido movilizar recursos adicionales para la salud.

De hecho, se prevé que, gracias a ellas, el gasto en salud se incremente de 5.8% del PIB en 2000 a cerca de 7.0% en 2010. Aunque se trata de un aumento importante, esta cifra se ubicará, todavía, por debajo del promedio latinoamericano. Para alcanzar el nivel de inversión que permita atender las necesidades de salud de los mexicanos, se requerirán recursos crecientes que tendrán que movilizarse mediante estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público en salud.

La cuidadosa atención de estas necesidades exigirá de diversas medidas que garanticen mayor salud por el dinero invertido, lo que supone una oferta de servicios oportunos, seguros y efectivos. Para garantizar la atención a la salud que esperan los mexicanos, será necesario superar diez grandes obstáculos, siete de ellos identificados en el estudio de *Economía y Salud* de 1993, y que aún subsisten: inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada información, inercia e intereses creados.

Desde 1989 la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) ha brindado su concurso —en congruencia con su misión, su visión y sus objetivos—, a la formulación, seguimiento y valoración de políticas y programas de salud, manteniendo siempre una visión crítica, propositiva e independiente de las autoridades del sector salud. Esas reflexiones han sido, en buena parte, consideradas por el Ejecutivo Federal en turno en la formulación de planes de desarrollo y en los programas nacionales de salud. Por su parte el gobierno de la República, desde el sexenio de 1982 a la fecha, ha perfilado políticas de salud que muestran avance y continuidad en su formulación y ejecución y que tienen su reflejo más reciente en el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud.

Con el fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud a la nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país, FUNSALUD estima de gran importancia avanzar hacia el objetivo de diseñar e implantar una política pública de Estado que consolide, en una visión de largo plazo, el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud, y cuyo eje central se ubica en el fortalecimiento de la rectoría del Sistema Nacional de Salud.

La visión de FUNSALUD se explica en cinco ámbitos de reforma que dan pie a líneas programáticas que puedan emprenderse, a saber:

- i. Una reforma en materia de **salud de las poblaciones** para dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo a la salud.

- ii. Una reforma **financiera** para alcanzar el acceso universal a la protección de la salud y ordenar su financiamiento.
- iii. Una reforma sobre los **recursos esenciales** para impulsar la calidad de los servicios.
- iv. Una reforma en la **prestación de servicios** para lograr mayor eficiencia en la atención médica, y
- v. Una reforma enfocada en el **fortalecimiento de la rectoría del sistema** para sustentar de mejor manera su conducción y buen desempeño.

De este modo quedan establecidas 26 propuestas de líneas programáticas para cada ámbito de reforma que se enuncian en el siguiente cuadro.

La protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos. La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social.

El proceso de consolidación de la democracia que se vive en México gira en torno a garantizar el ejercicio de los derechos civiles y políticos; el acceso universal a la atención de la salud constituye una punta de lanza del fortalecimiento de la ciudadanía que encuentra su momento culminante con el ejercicio universal pleno de los derechos sociales, entre ellos, en forma destacada, el de la protección de la salud.

Estamos convencidos de que la reflexión que hace ahora FUNSALUD contribuirá a las tareas de salud del nuevo gobierno en los años por venir.

VISIÓN SOBRE LA REFORMA

Ámbito de reforma	Líneas programáticas
Salud de las poblaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar y expandir políticas, programas y proyectos de intervenciones poblacionales 2. Reducir rezagos de enfermedades pre-transicionales 3. Dar prioridad a la salud de grupos vulnerables 4. Reforzar el blindaje sanitario federal para enfrentar amenazas globales 5. Consolidar medidas internas de control sanitario de bienes, productos y servicios 6. Profundizar medidas de control de industrias que generan riesgos a la salud 7. Fortalecer la acción comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
Financiero	<ol style="list-style-type: none"> 8. Legislar la contribución social generalizada para la salud 9. Separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social 10. Separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica 11. Consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos para servicios de alta especialidad 12. Asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud 13. Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud 14. Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud 15. Asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo

Ámbito de reforma	Líneas programáticas
Recursos esenciales	<ul style="list-style-type: none">16. Fortalecer los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud17. Impulsar la innovación y el uso racional de la tecnología para la salud18. Intensificar el despliegue coordinado de las tecnologías de la información y la telemedicina19. Promover la investigación en salud
Eficiencia de la prestación de atención médica	<ul style="list-style-type: none">20. Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario21. Promover la autonomía de la gestión hospitalaria y consolidar redes regionales de alta especialidad22. Impulsar una política farmacéutica integral23. Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil que participan en tareas de salud
Rectoría del sistema	<ul style="list-style-type: none">24. Actualizar el marco jurídico del sistema de salud25. Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de los servicios de salud26. Promover la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones



I INTRODUCCIÓN

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) es una institución privada al servicio de la comunidad, que tiene como misión contribuir a la salud en México y como visión ser punto de referencia en la discusión de la agenda de temas de salud en el país. Ambas, misión y visión, dan pie a principios y objetivos institucionales; entre los primeros destaca el ser una organización independiente en la expresión de sus ideas y opiniones, en tanto que los objetivos incluyen su cometido para coadyuvar a caracterizar la problemática de salud, generar propuestas de solución a problemas de salud, y desarrollar y aportar conocimientos que apoyen a las autoridades sanitarias en la formulación de políticas públicas y programas que incidan en el mejoramiento de la salud en el país.

A lo largo de los cuatro últimos sexenios ha habido una continuidad en las políticas de salud del gobierno de la República, que se ha traducido en logros irrefutables, lo que ha dado pie a expresar que, en materia de salud, ciertamente ha existido una política de Estado (ver recuadro).

No obstante los logros alcanzados, todavía subsisten limitaciones en las características y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Cabe señalar que, en el año 2000, la Organización Mundial de la Salud publicó una primera evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países que forman parte de ella.¹ El sistema de salud de nuestro país resultó con una posición intermedia en el conjunto de países, evaluación que nos colocó en la posición 61, debido a que México no ha destinado recursos suficientes a la salud y a que la inequidad financiera del Sistema mereció una calificación baja con la posición 144.

Vale decir que, de ser más cuantiosos los recursos destinados a la salud y de no ser tan inequitativo el Sistema Nacional de Salud (en cada ciudadano

¹ Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.

LOGROS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Las campañas de vacunación para contender con las principales enfermedades inmunoprevenibles.
- La aplicación de la rehidratación oral para disminuir la mortalidad infantil.
- El combate a las enfermedades transmitidas por vector.
- La lucha contra el VIH/SIDA.
- La aplicación de encuestas para conocer la situación de las condiciones de salud.
- La ampliación de cobertura.
- La mejoría en la capacidad de respuesta frente a problemas específicos de salud.
- Las innovaciones y las medidas introducidas para el mejor funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

de Nuevo León el gobierno en conjunto invirtió, en 2002, 1,253 pesos en el cuidado de su salud, mientras que en un ciudadano chiapaneco se invirtieron 799 pesos) la calificación del sistema de salud de México nos hubiera llevado a un lugar cercano al 30.

Una revisión de las políticas públicas de salud en las últimas décadas muestra la continuidad conceptual en el desarrollo de las mismas en los últimos sexenios² (Anexo 1). FUNSALUD ha podido tener presencia en el proceso de cambio en las décadas recientes por medio de sus aportaciones a las políticas de salud (Anexo 2).

La reflexión que ahora hace la Fundación Mexicana para la Salud conduce a avanzar hacia un Sistema Nacional de Salud equitativo, eficiente y no fragmentado. La experiencia de FUNSALUD y sus contribuciones anteriores, su derrotero en las políticas públicas de salud y su actitud ante los desafíos que se vislumbran para la salud en la equidad, la calidad y la protección financiera en México, son garantía de la seriedad y viabilidad de su labor.

² Con base en la revisión de los cuatro Planes Nacionales de Desarrollo formulados en 1983, 1989, 1995 y 2001 y los Programas Nacionales de Salud correspondientes.



II SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD EN MÉXICO

1. Recursos necesarios para un perfil cambiante

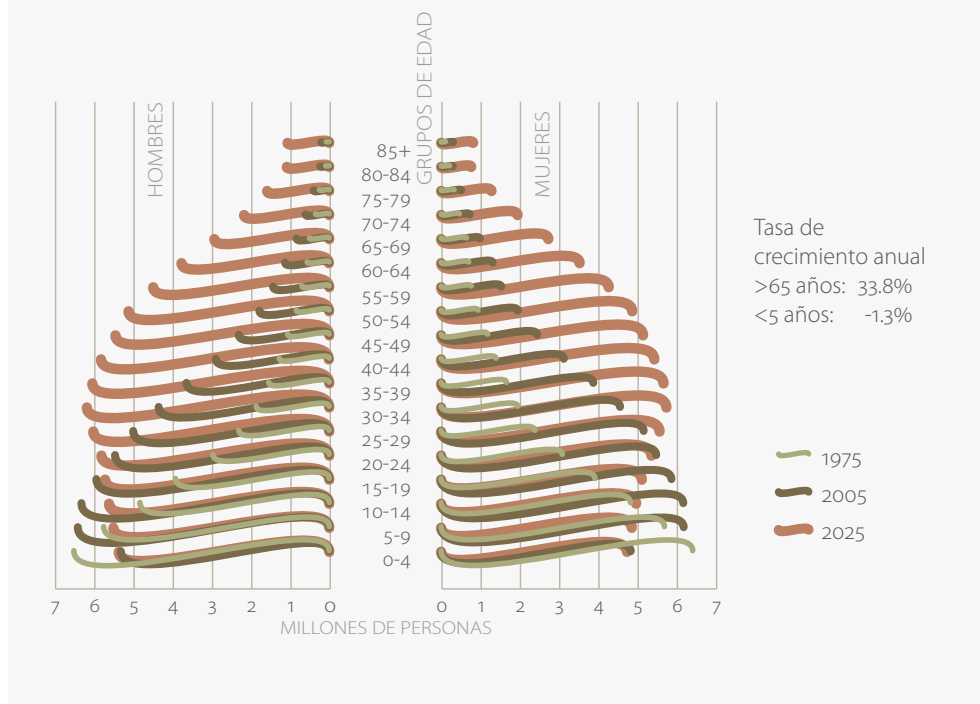
La salud en México ha mejorado en el último medio siglo, hecho que se refleja de manera muy clara en la esperanza de vida al nacimiento: entre 1950 y 2005 el país ganó 27 años en este indicador. Hoy las mujeres mexicanas pueden esperar vivir casi 78 años y los hombres casi 73.

El perfil demográfico es causa y consecuencia del perfil epidemiológico del país. La estructura por edad muestra una población que envejece paulatinamente, con el desplazamiento ascendente de la edad mediana, una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años (Figura 1). También se observa un tránsito persistente de la población rural hacia el medio urbano y la migración hacia el extranjero ha cambiado el perfil demográfico de comunidades, incluso de entidades federativas.

En consecuencia, las causas principales de muerte también se han modificado (Figura 2). Las infecciones comunes y los padecimientos ligados a la desnutrición y a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios entre las causas de muerte, fueron desplazados por las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardio y cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, enfermedades mentales y adicciones) y las lesiones accidentales e intencionales. Entre 1950 y 2004 las diarreas pasaron de producir 14% de las muertes en el país a menos de 1%. En contraste, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar 44% de las muertes en 1950 a 74% en el año 2004. El porcentaje atribuible a las lesiones, sea por violencia o por accidentes, pasó de 6 a casi 11% en ese mismo periodo.

Los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren tratamientos más complejos, prolongados y costosos que los exigidos por las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción.

FIGURA 1
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

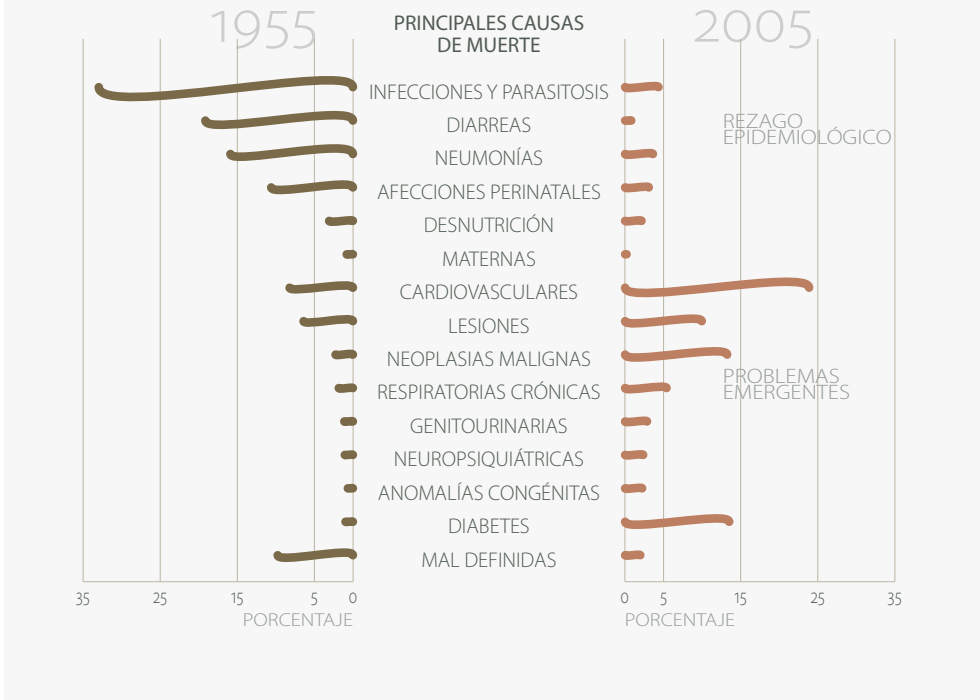


No obstante los avances en el combate a la pobreza, muchos grupos poblacionales persisten por debajo de la línea de la pobreza extrema y se encuentran todavía frente a riesgos de salud ante la falta de oportunidades y de servicios que requieren. Los indicadores nacionales esconden todavía grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud y en su financiamiento, lo que redunda en marcadas diferencias en el nivel de salud entre estados, localidades y grupos poblacionales (Figura 3).

El sistema mexicano de salud no cuenta con recursos suficientes para enfrentar el nuevo perfil de enfermedades que se presenta en la población. En el año 2000 México dedicaba apenas 5.8% del PIB a la salud. Otros países latinoamericanos con condiciones de desarrollo similares como Argentina, Colombia y Uruguay dedicaban más de 8% de su ingreso a este aspecto primordial del desarrollo social.

Estas dos situaciones —la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles y la inversión insuficiente en salud—, junto con la necesidad de

FIGURA 2
TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

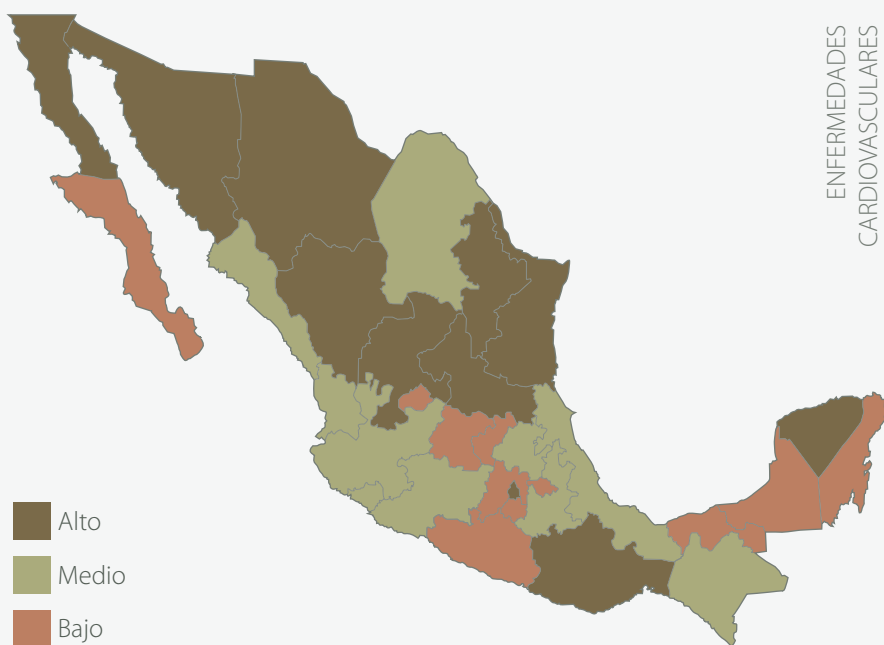
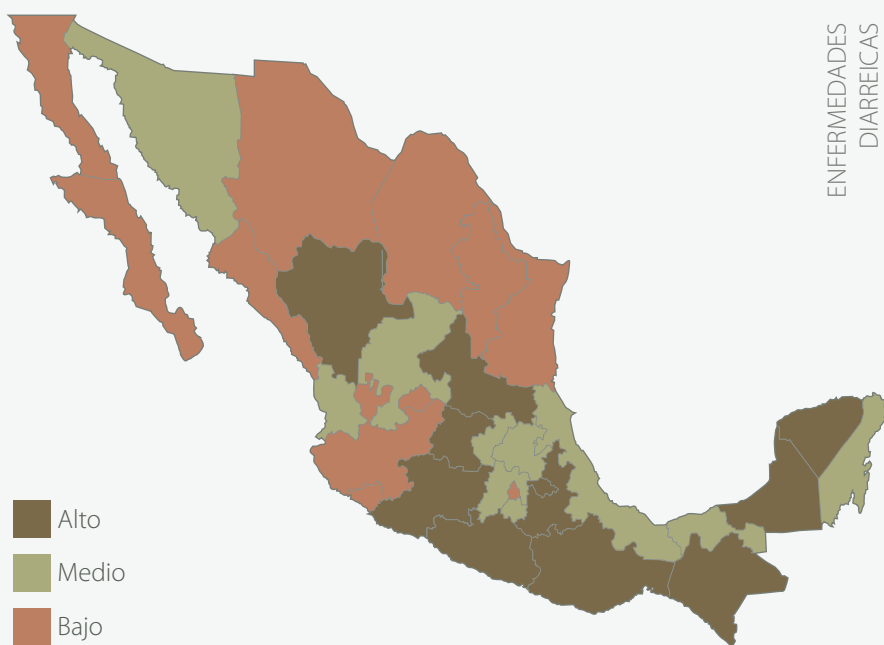


ordenar y redistribuir el gasto público en salud, motivaron una reforma a la Ley General de Salud en 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud. A este seguro se están incorporando paulatinamente más de 50 millones de mexicanos que en 2003 no contaban con la protección de la seguridad social. Se proyecta que en 2010 se alcance la cobertura universal, de modo que todos los mexicanos cuenten con algún seguro público de salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, el Fondo Médico del ISSSTE o el Seguro Popular de Salud.

La reforma también ha permitido movilizar recursos adicionales para la salud. En 2005, el gasto en salud como porcentaje del PIB se incrementó a 6.6% gracias, sobre todo, al aumento del gasto público. Se prevé que en 2010, mediante esta movilización de recursos, el gasto en salud representará alrededor de 7% del PIB. Aunque se trata de un incremento importante, esta cifra todavía se ubicará apenas en el promedio latinoamericano —y muy por debajo del nivel de

FIGURA 3
POBREZA Y SALUD





gasto de otros países de ingresos medios de la región. Para alcanzar el nivel de inversión que permita atender las necesidades de salud de nuestra población se requerirán recursos que tendrán que movilizarse por medio de estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público. La atención adecuada de estas necesidades exigirá también la implantación de diversas medidas que garanticen mayor salud por el dinero invertido, lo que supone una oferta de servicios oportunos, seguros y efectivos.

2. Obstáculos al desempeño

Para poder garantizar la atención a la salud es necesario superar diez grandes obstáculos, siete de ellos identificados en el estudio de *Economía y Salud* y que aún están presentes en el sistema de salud: inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada información, inercia e intereses creados.

La *inequidad* se refiere a un acceso diferencial a los recursos —financieros, materiales y humanos— y servicios para la salud entre distintos grupos poblacionales y entre entidades federativas, que se refleja en diferencias en las condiciones de salud. Las poblaciones no aseguradas del país tienden a recibir menores recursos públicos per cápita para la salud que las poblaciones aseguradas (1,560 pesos *versus* 3,240 pesos, respectivamente en 2005). Las entidades del norte del país reciben más recursos públicos que los estados del sur. El gasto público per cápita en salud de la población no asegurada de Baja California Sur ascendió en 2005 a 2,128 pesos, mientras que en Guerrero fue de 773 pesos. En este rubro el Seguro Popular de Salud también ha ayudado a cerrar las brechas, pero todavía hay un importante rezago que combatir, sobre todo en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, que presentan aún los valores más bajos del país en los indicadores de gasto en salud, acceso a recursos humanos (médicos y enfermeras) y materiales (camas y quirófanos), cobertura de servicios (atención prenatal, atención institucional del parto) y condiciones de salud. En este último rubro destaca la persistencia en estas poblaciones de problemas de salud (diarreas, infecciones respiratorias y problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción) para los cuales se cuenta con intervenciones efectivas y poco costosas.

La *inseguridad* se refleja en el alto porcentaje de hogares mexicanos que sufren por gastos catastróficos o empobrecedores al atender sus necesidades de salud. Hasta diciembre de 2005 la implantación del Seguro Popular de Salud

había permitido extender la protección social en salud a cerca de doce millones de mexicanos que en 2003 no gozaban de los beneficios de la seguridad social, lo que se refleja en una mayor protección financiera, sobre todo de los hogares más pobres. Este esfuerzo, sin embargo, debe ampliarse para alcanzar a todos los mexicanos.

La *insuficiencia* se relaciona de manera muy estrecha con el nuevo perfil epidemiológico del país, el cual obliga a movilizar mayores recursos financieros con el fin de atender problemas de salud más complejos, más prolongados y más costosos.

La *inflación* en salud es consecuencia, sobre todo, de las continuas innovaciones tecnológicas en el sector, las cuales han hecho que los precios de los productos y los servicios para la salud se incrementen a un ritmo mayor que el índice general de precios. Esto obliga al sistema de salud a un uso más eficiente y racional de sus siempre limitados recursos.

La *inadecuada calidad* se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud. Lo mismo en el sector público que en el privado existe una enorme variación en la calidad con la que operan los servicios. Hay unidades públicas y privadas de salud de excelencia, pero también centros de atención ambulatoria y hospitales que ofrecen servicios de baja efectividad y son inseguros.

La *insatisfacción* es un reflejo de la calidad heterogénea de los servicios. Se han hecho progresos importantes en la atención pronta, en el trato digno a los usuarios y en el abasto de medicamentos, pero estos progresos deberán extenderse a todo el sistema para mejorar el nivel general de satisfacción de los usuarios con los servicios. Todavía en algunas instituciones de seguridad social el nivel de satisfacción con la atención pronta es apenas de 60%, según datos de la última Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado.

La *ineficiencia* se refleja en una baja productividad de los recursos en algunas instituciones (médicos, consultorios y quirófanos), mientras que en otras el problema es de una sobreutilización de los recursos asociada a un exceso en la demanda que pone en riesgo la calidad de la atención. Otro indicador de los problemas de eficiencia del sistema son los altos gastos administrativos de algunas instituciones públicas: 23% en los servicios estatales de salud y 17% en las instituciones de seguridad social, según la OCDE.³

³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México. París. 2005.

La *inadecuada información* y la brecha en materia de tecnología de la información impiden la documentación objetiva de los problemas y el apoyo al diseño, implantación y evaluación de los programas y políticas de salud. En algunas entidades federativas, por ejemplo, todavía hay problemas de subregistro de las defunciones infantiles y maternas. Esto ha influido en la falta de transparencia y ha impedido el establecimiento de procesos institucionalizados de rendición de cuentas.

La *inercia* genera resistencias al cambio en todos los niveles del sistema, las cuales sólo pueden combatirse con la formación de una nueva cultura institucional que incorpore incentivos generadores de comportamientos eficientes y comprometidos con el objetivo último del Sistema Nacional de Salud: mejorar las condiciones de salud de la población.

Finalmente, los *intereses creados*, reflejados, entre otras cosas, en la apropiación corporativista de las políticas sociales y las instituciones públicas, han dificultado la implantación de las reformas financiera y organizacional que el sistema de salud requiere para adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y políticos que vive el país.



III LA VISIÓN SOBRE LA TRANSFORMACIÓN
DEL SISTEMA

Desde 1983 el Artículo 4° constitucional reconoce el derecho de todas las personas a la protección de la salud. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud no ha permitido el ejercicio universal e igualitario de este derecho. No obstante el éxito de ciertos programas de salud pública, persisten brechas en las condiciones de salud de la población, y la meta de alcanzar una cobertura universal parece inalcanzable mediante los esquemas tradicionales de la seguridad social.

Las nuevas propuestas para consolidar el avance en la reforma del sistema de salud deben centrarse en hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud pero, a partir de una mayor precisión del concepto de protección de la salud y sus alcances en términos de las obligaciones y responsabilidades para los tres órdenes de gobierno y la sociedad en su conjunto.

Con el fin de adaptar el Sistema Nacional de Salud a la nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país, la visión que aporta ahora FUNSALUD busca el establecimiento de un nuevo Contrato Social para la Protección de la Salud, cuyo objetivo es diseñar e implantar una política pública de Estado que consolide, en una visión de largo plazo, el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud. Las propuestas que se presentan a continuación corresponden a los instrumentos de política asociados a la aplicación de la protección de la salud y se enmarcan en cinco componentes de la reforma de salud:

- i. Una reforma en materia de **salud de las poblaciones** para dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo a la salud.
- ii. Una reforma **financiera** para alcanzar el acceso universal a la protección de la salud y ordenar su financiamiento.
- iii. Una reforma sobre los **recursos esenciales** para impulsar la calidad de los servicios.
- iv. Una reforma en la **prestación de servicios** para lograr mayor eficiencia en la atención médica, y
- v. Una reforma enfocada en el **fortalecimiento de la rectoría del sistema** para sustentar de mejor manera su conducción y buen desempeño.

De este modo quedan establecidas 26 propuestas de acción que se enuncian en el cuadro.

La protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico de combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos. La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social.

El proceso de consolidación de la democracia que se vive en México gira en torno a garantizar el ejercicio de los derechos civiles y políticos. El acceso universal a la atención de la salud constituye una punta de lanza del fortalecimiento de la ciudadanía, que encuentra su momento culminante con el ejercicio universal pleno de los derechos sociales, entre ellos, en forma destacada, la protección de la salud.

Estamos convencidos de que la reflexión que hace ahora FUNSALUD contribuirá a las tareas de salud del nuevo gobierno en los años por venir.

VISIÓN SOBRE LA REFORMA

Ámbito de reforma	Líneas programáticas
Salud de las poblaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar y expandir políticas, programas y proyectos de intervenciones poblacionales 2. Reducir rezagos de enfermedades pre-transicionales 3. Dar prioridad a la salud de grupos vulnerables 4. Reforzar el blindaje sanitario federal para enfrentar amenazas globales 5. Consolidar medidas internas de control sanitario de bienes, productos y servicios 6. Profundizar medidas de control de industrias que generan riesgos a la salud 7. Fortalecer la acción comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
Financiero	<ol style="list-style-type: none"> 8. Legislar la contribución social generalizada para la salud 9. Separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social 10. Separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica 11. Consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos para servicios de alta especialidad 12. Asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud 13. Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud 14. Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud 15. Asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo

Ámbito de reforma	Líneas programáticas
Recursos esenciales	<ul style="list-style-type: none"> 16. Fortalecer los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud 17. Impulsar la innovación y el uso racional de la tecnología para la salud 18. Intensificar el despliegue coordinado de las tecnologías de la información y la telemedicina 19. Promover la investigación en salud
Eficiencia de la prestación de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> 20. Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario 21. Promover la autonomía de la gestión hospitalaria y consolidar redes regionales de alta especialidad 22. Impulsar una política farmacéutica integral 23. Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil que participan en tareas de salud
Rectoría del sistema	<ul style="list-style-type: none"> 24. Actualizar el marco jurídico del sistema de salud 25. Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de los servicios de salud 26. Promover la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones



IV LA REFORMA PARA DAR PRIORIDAD
A LA SALUD POBLACIONAL

Las acciones que protegen contra riesgos a la salud van más allá del ámbito de la atención médica o los servicios personales de salud. Existe un conjunto amplio de acciones comprendidas en el campo sanitario y preventivo que no sólo forman parte esencial de todo sistema de salud, sino que son también las intervenciones que más contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población a un costo razonable.

A pesar de su importante aporte para aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de la población, las acciones sanitarias y de prevención desde el arranque del Sistema Nacional de Salud fueron desplazadas por la atención médica curativa. Hoy se hace imprescindible rescatar un balance adecuado entre la atención médica y la salud poblacional que contribuya al mejoramiento persistente de los niveles de salud. Para seguir contribuyendo a mejorar las condiciones de salud de acuerdo con el ritmo observado en las últimas décadas, superar rezagos persistentes, atender necesidades de grupos vulnerables y con el fin de ayudar a contener los costos crecientes de la atención a la salud, es necesario colocar de nuevo a la salud poblacional en el centro de las políticas del Sistema Nacional de Salud. Esto implica un esfuerzo para continuar y expandir políticas, programas y proyectos relacionados con intervenciones en poblaciones y reducir rezagos de enfermedades pre-transicionales, además de una mayor y mejor coordinación intra e intersectorial, y una mayor participación en los presupuestos federal y estatal asignados a la salud pública. Se trata de acciones sanitarias que benefician a todas las personas, independientemente de su condición económica, social, étnica o de cualquier índole, tales como la vacunación. Asimismo, se trata de promover políticas saludables —políticas efectuadas en otros sectores pero que tienen impacto importante en los principales determinantes de las condiciones de salud—, como la disposición de agua potable y el manejo de desechos, entre otras. Ya en su momento FUNSALUD planteó la creación de un Fondo Nacional de Salud Pública que buscó asegurar

y dirigir los recursos indispensables para llevar a cabo acciones de salud pública, investigación, recursos humanos e insumos. Ante este amplio abanico de oportunidades, se juzga prioritario avanzar en las propuestas de reforma para priorizar la salud pública que se presentan a continuación:

PROPUESTAS DE REFORMA PARA DAR PRIORIDAD A LA SALUD POBLACIONAL

1. Continuar y expandir políticas, programas y proyectos de intervenciones poblacionales
2. Reducir rezagos de enfermedades pre-transicionales
3. Dar prioridad a la salud de grupos vulnerables
4. Reforzar el blindaje sanitario federal para enfrentar amenazas globales
5. Consolidar medidas internas de control sanitario de bienes, productos y servicios
6. Profundizar el control de industrias que generan riesgos a la salud
7. Fortalecer la acción comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

1. Continuar y expandir políticas, programas y proyectos de intervenciones poblacionales

Una de las medidas más exitosas en el ámbito mundial ha sido el programa de vacunación universal, iniciado en 1990 y que ha continuado incorporando nuevos inmunógenos. Gracias a este programa se ha logrado erradicar la poliomielitis y controlar el sarampión, la difteria, el tétanos, la tosferina y otras enfermedades prevenibles por vacunación, que otrora causarían tanto sufrimiento. En el mismo sentido, las intervenciones sobre el control de vectores han permitido la disminución a niveles mínimos del paludismo y se ha logrado controlar razonablemente bien el dengue. De la misma manera, las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA tienen en México los índices de prevalencia más bajos en el continente americano. En muchos otros países en donde se descuidaron las coberturas de vacunación (v.gr. países tanto de Europa Oriental como ahora de Europa Occidental) estas

enfermedades han resurgido. En el caso del paludismo o del dengue, un descuido en los programas de control de vectores podría hacer que estos males aparezcan de nueva cuenta en zonas turísticas, petroleras, o de gran importancia económica.

En este sentido se propone: i) incrementar la efectividad de los programas de vacunación básica mediante la introducción de nuevos inmunógenos como la vacuna contra la meningitis y el virus de papiloma humano asociado con el cáncer cérvico uterino; ii) ampliar la cobertura de los programas de control de vectores, y iii) aumentar la efectividad de los programas de enfermedades de transmisión sexual.

2. Reducir rezagos de enfermedades pre-transicionales

México cursa por una muy rápida transición epidemiológica, en la cual muchas de las enfermedades transmisibles y otras asociadas a la pobreza han tenido importantes reducciones. Sin embargo, existen algunas enfermedades causantes de ceguera perfectamente evitables, como el tracoma y la oncocercosis, localizadas en zonas muy focalizadas del país, particularmente en poblaciones rurales indígenas. Hay otras condiciones causantes de ceguera, como las cataratas, que son reversibles con una cirugía relativamente simple y rápida. La razón costo beneficio de una cirugía de cataratas es altamente redituable, toda vez que una persona ciega por cataratas puede recuperar plenamente la visión por un costo menor a \$5,000. Otro rezago en salud pública se refiere a la deficiencia de micro-nutrientes. Por ejemplo, más de 20% de mujeres y niños en México tienen anemia por deficiencia de hierro. Existen otras carencias de micro-nutrientes (vitaminas y minerales) que podrían combatirse en el ámbito poblacional a un costo accesible.

En este sentido se propone: i) aumentar la efectividad de los programas de enfermedades prevenibles en zonas de mayor rezago social y económico; ii) incrementar la cobertura de programas de atención a la ceguera y discapacidad visual, con la participación de organizaciones de la sociedad civil; iii) aumentar la efectividad de los programas de alimentación y suplementación nutricional en zonas de mayor rezago social y económico.

3. Dar prioridad a la salud de grupos vulnerables

En salud pública existen grupos poblacionales que requieren una atención especial. Tal es el caso de indígenas, ancianos, mujeres en edad reproductiva, niños pre-escolares y discapacitados. Una mujer indígena pobre, por ejemplo, tiene mayores riesgos de enfermar (y reproducir estos riesgos en sus hijos) por sus condiciones de vida. La mortalidad materna se concentra principalmente en este grupo de mujeres. En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio México no se encuentra en curso de alcanzar la meta correspondiente a la mortalidad materna, razón por la cual reducirla es una prioridad. Los recién nacidos de estas mujeres tienen asimismo un mayor riesgo de nacer con bajo peso y por ende su probabilidad de morir es mucho mayor; por ello, las mujeres y niños indígenas constituyen un grupo vulnerable que requiere atención especial. Del mismo modo se puede argumentar a favor de intervenciones específicamente diseñadas para otros grupos vulnerables, tales como discapacitados, adultos mayores y migrantes, en donde las organizaciones de la sociedad civil pueden jugar un papel importante.

Para reducir la mortalidad materna y neonatal se propone: i) establecer redes público-privadas de atención médica primaria que garanticen la detección y atención oportuna de embarazos de alto riesgo y partos complicados; ii) establecer redes de urgencias obstétricas con alta capacidad resolutive que garanticen la cobertura universal en la atención de trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio, así como las hemorragias del embarazo; iii) incrementar la proporción de embarazos y partos que son atendidos por personal profesional y debidamente capacitado, y iii) garantizar la cobertura universal de intervenciones de cuidados intensivos neonatales. Para reducir la mortalidad post-neonatal y preescolar se propone: i) establecer medidas intersectoriales que garanticen el acceso de toda la población a los servicios básicos, como el agua potable y el drenaje, con la finalidad de prevenir muertes por infecciones intestinales, y ii) establecer mecanismos de prevención y atención oportuna de accidentes viales y en el hogar.

4. Reforzar el blindaje sanitario federal para enfrentar amenazas globales

La creciente integración de México a la comunidad internacional ha generado importantes beneficios sociales y económicos, pero también ha expuesto al

país a riesgos sanitarios que deben evaluarse con detenimiento y enfrentarse con medidas reguladoras eficaces. Proteger a la población contra riesgos a la salud que resultan del consumo de productos y servicios de importación, de la exposición transfronteriza a factores ambientales y del tránsito internacional de personas, es una de las obligaciones inalienables del Estado moderno. La posible reaparición de enfermedades como el sarampión, la polio o el cólera —ya controladas dentro del territorio mexicano—, o la amenaza latente del SARS, el virus del Nilo Occidental, y del desencadenamiento de una pandemia de influenza, representan riesgos sanitarios que podrían generar daños graves y de gran escala tanto a la población como a sectores económicos importantes del país, como el agropecuario y el turístico.

La protección contra este tipo de riesgos depende en gran parte del diseño y la aplicación de medidas de regulación sanitaria y de acciones de vigilancia epidemiológica que requieren de una estrecha coordinación internacional. Dado que un blindaje sanitario efectivo exige la participación activa y comprometida de estados y municipios, la responsabilidad última y la relación con los demás órdenes de gobierno deben recaer en la autoridad federal. Por estas razones, se propone: i) revisar y actualizar el marco normativo de manera que se concilien los intereses comerciales y migratorios con las posibles pérdidas económicas y humanas de una eventual emergencia sanitaria; ii) promover la coordinación internacional con los principales socios comerciales y organismos internacionales responsables de la vigilancia epidemiológica global; iii) coordinar las políticas preventivas con las Secretarías de Economía (comercio interior y exterior), Agricultura y Ganadería (vectores y reservorios animales) y Gobernación (política migratoria), y iv) reforzar el papel de la Federación en esta materia para dar certidumbre a los diferentes órdenes de gobierno en cuanto a sus responsabilidades en lo normativo, financiero y operativo.

5. Consolidar medidas internas de control sanitario de bienes, productos y servicios

La regulación sanitaria sobre la producción, comercialización y consumo de productos y servicios es una de las acciones del Estado que más incide en la actividad económica del país, pero con una sólida responsabilidad de protección sanitaria a la población. Una regulación eficaz es aquella que permite a las autoridades minimizar los riesgos a la salud a los que está expuesta la población y, al mismo tiempo, evitar o minimizar costos o distorsiones innecesarios en

los sectores de la actividad económica. En contraste, una regulación ineficaz, además de poner en riesgo a la población, podría generar ineficiencias en los mercados internos. Además de promover una regulación efectiva, el ejercicio de la autoridad sanitaria debe incorporar, en este rubro, políticas de anticipación y protección contra riesgos. De ahí la creación, en 2001, de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) que respondió a la necesidad de modernizar la función de regulación, mediante un enfoque anticipatorio.

Para consolidar una protección eficaz contra riesgos sanitarios en el ámbito interno se requiere: i) consolidar las funciones de control sanitario de la COFEPRIS con un enfoque integral de acciones sinérgicas por proceso; ii) efectuar una revisión periódica del marco normativo que permita conciliar el objetivo de la protección contra riesgos sanitarios con los objetivos de la política económica y aplicar la normatividad de manera imparcial y expedita; iii) hacer transparente, flexible y justo el desarrollo de procesos y trámites; iv) coordinar y armonizar entre los diferentes sectores de la economía e instancias gubernamentales, las prácticas comerciales, las políticas de derechos de propiedad industrial, de turismo, de agricultura, de ecología y en materia laboral, y v) coordinar las acciones derivadas de la aplicación del marco normativo y la vigilancia sanitaria interna entre la Federación, las entidades federativas y los municipios.

6. Profundizar el control de industrias que generan riesgos a la salud

Los trastornos de la nutrición, el tabaquismo y el abuso del consumo de alcohol generan graves daños a la salud de la población. Además de los años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad, producen costos económicos importantes asociados con una menor productividad laboral y una mayor demanda de atención médica. Amén de ello, es creciente la necesidad de contar con una población más y mejor informada sobre los bienes, servicios y productos que tienen un riesgo potencial para su salud.

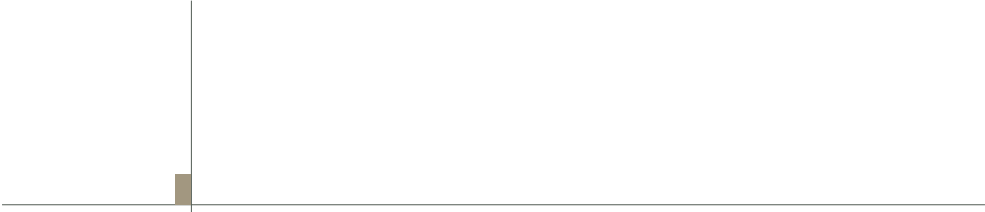
Dentro de las intervenciones costo-efectivas orientadas a combatir este tipo de riesgos destacan la promoción de estilos de vida saludables en colaboración con otras áreas de gobierno, con la industria y con la sociedad. Así, se propone: i) fomentar el compromiso de la industria para brindar información completa y objetiva a los consumidores sobre las consecuencias del consumo excesivo de algunos productos, en particular aquella necesaria para evitar el uso de taba-

co, así como combatir el alcoholismo, el sobrepeso y la obesidad; ii) alinear la política fiscal con la política de salud para desalentar el consumo de productos que generan riesgos a la salud, y iii) promover mecanismos para financiar con recursos fiscales y privados la disseminación de información a los consumidores para compensar las deficiencias en la información sobre riesgos a la salud.

7. Fortalecer la acción comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

La promoción de la salud supone propiciar comportamientos saludables en la población y prevenir la exposición a riesgos asociados a ciertos hábitos, conductas y entornos (escuelas, centros de trabajo, servicios, vía pública). El ámbito en donde se desarrollan y pueden ser evitados algunos de los riesgos a los que está expuesta la población es el familiar. El enfoque comunitario de la promoción y la prevención mediante el fomento de la educación en salud complementa las prácticas preventivas colectivas a cargo del Estado (como la vigilancia epidemiológica), y particularmente las que se brindan como parte de la atención primaria a la salud.

Para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se requiere: i) enfocar la acción comunitaria, y en particular la educación en salud, en las áreas de nutrición infantil y materna, la salud reproductiva, el combate al consumo de sustancias adictivas, el fomento a la actividad física, la prevención de la violencia familiar, y el impulso a la seguridad vial; ii) canalizar mayores recursos humanos y financieros para estas actividades evitando duplicidades y traslapes entre instituciones y entre órdenes de gobierno, y iii) favorecer la participación coordinada de las organizaciones de la sociedad civil en estas tareas.



V LA REFORMA PARA ALCANZAR LA PROTECCIÓN
FINANCIERA UNIVERSAL Y ORDENAR EL
FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

La configuración actual del sistema de salud ya no responde a los retos demográficos y epidemiológicos, ni a los que plantea la realidad democrática y económica del México actual. La transformación integral del sistema debe comenzar con una respuesta de orden estructural en la forma en que se financia la salud. La consolidación del componente financiero es la clave para desencadenar otros incentivos y las reformas subsecuentes que son indispensables para cambiar de fondo los alicientes a la equidad, a la calidad y a la eficiencia. El objetivo de esta reforma financiera es transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles y, de este modo, hacer efectiva la protección social en salud para **toda** la población.

El sistema de salud en México cuenta hoy en día con tres pilares del aseguramiento en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Fondo Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados de las instituciones de la administración pública federal y sus familiares; y el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los desempleados y sus familiares. Con ello se tiene un fundamento sólido para alcanzar la protección financiera universal, mediante la consolidación de un Seguro Universal de Salud (que garantice el acceso de todas las familias al aseguramiento de servicios médicos y que integre los pilares institucionales existentes: IMSS, ISSSTE y el Seguro Popular de Salud).

Para construir el Seguro Universal de Salud se requiere reconfigurar el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con una lógica de integración “horizontal” por tipo de prestación, como se ilustra en el cuadro siguiente:

CUADRO 1
INTEGRACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
POR FUNCIONES Y TIPO DE PRESTACIÓN⁴

Prestaciones	Poblaciones			Institución
	Asalariados de empresas privadas	Asalariados de instituciones públicas	No asalariados	
Atención médica				SUSalud
• Financiamiento				Financiador único: Instituto del Seguro Universal de Salud
• Prestación				Prestación plural: IMSS-P, ISSSTE-P, SS: F-E, privados
Prestaciones monetarias				Instituto Mexicano de Previsión Social (prestaciones monetarias)
• Enfermedad y maternidad				
• Vejez				
• Accidentes trabajo y enfermedad profesional				
• Invalidez				
• Sobrevivientes (vida)				
Vivienda				Instituto Nacional de Vivienda
Otras				Instituciones de enfoque exclusivo

El objetivo es contar con una estructura única para el componente del financiamiento de la protección social en salud [atención médica] (incluyendo la recaudación de fondos, la diversificación de riesgos y la asignación de recursos). Esto implicaría integrar el financiamiento de los tres pilares institucionales existentes en uno solo (un posible Instituto del Seguro Universal de Salud). La

⁴ Acrónimos: SUSalud: Seguro Universal de Salud; IMSS-P: IMSS como prestador de servicios de atención médica; ISSSTE-P: ISSSTE como prestador de servicios de atención médica; SS:F-E: Servicios de Salud Federales y Estatales.

prestación de los servicios de atención médica sería plural —y siempre coordinada— y comprendería los servicios ambulatorios y hospitalarios del IMSS, del ISSSTE, de los Institutos Nacionales de Salud, así como los de los servicios estatales de salud y de los hospitales federales de referencia.

Esta configuración (que no es exclusiva y se puede extrapolar a otras prestaciones de la seguridad social, como se observa en el Cuadro 1) sería más equitativa en términos de las reglas de financiamiento y la prestación de los servicios, ya que eliminaría la problemática de la portabilidad de beneficios entre instituciones, al concentrar en un solo rubro todo lo relacionado con el tema de salud, sin discriminar por grupo de población, y al operar de manera independiente de otros beneficios de la protección social, sobre todo de aquellos asociados más estrechamente con la nómina.

La mejor estrategia para lograr estas previsiones es la implantación de reformas graduales que vayan preparando el camino hacia la consolidación de instituciones, en particular en lo relativo a las prestaciones para población no asalariada. El modelo objetivo entraña diseños institucionales muy distintos a los actuales con implicaciones jurídicas, laborales, presupuestales y operativas complejas, y que demandan un alto grado de consenso político. El camino hacia la visión objetivo invariablemente enfrentará resistencias importantes y la velocidad de la reforma deberá evaluarse a la luz del capital político de las nuevas administraciones.

Para avanzar en este sentido, se requeriría desarrollar cuatro instrumentos financieros que le darían precisamente un carácter universal al sistema y lo prepararían para la transición hacia el modelo horizontal. Estos instrumentos son:

1. Un **fondo único de aseguramiento**, que permitiría diversificar riesgos en salud a escala nacional, de manera solidaria y eficiente.
2. Una **tarjeta universal de salud**, que garantizaría que las personas puedan reclamar sus beneficios a las instituciones prestadoras, así como una mayor claridad en el pago de las aportaciones del gobierno federal por beneficiario.
3. **Tabuladores unificados de intervenciones**, que garantizarían optimizar la oferta mediante la utilización y facturación cruzada de servicios entre instituciones públicas, sociales y privadas.
4. Un **plan obligatorio de servicios**, que establecería y homologaría de manera explícita el conjunto de beneficios a que tiene derecho la población.

Uno de los elementos fundamentales para anclar la construcción del Seguro Universal de Salud es la redefinición de los mecanismos de financiamiento. La transición hacia un nuevo modelo del sistema de salud requiere de una serie de propuestas puntuales que logren, por un lado, consolidar los pilares actuales de la seguridad social y, simultáneamente, migrar hacia la universalización e integración del sistema. Estas propuestas específicas de política para el corto plazo se describen a continuación.

PROPUESTAS DE REFORMA FINANCIERA

- 8.** Legislar la contribución social generalizada para la salud
- 9.** Separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social
- 10.** Separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica
- 11.** Consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos para servicios de alta especialidad
- 12.** Asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud
- 13.** Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud
- 14.** Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud.
- 15.** Asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo

8. Legislar la contribución social generalizada para la salud

El punto de partida para alcanzar una verdadera universalidad es reformular el esquema de financiamiento público de la atención médica. Esto requiere romper con la segmentación artificial por grupos de población que es el origen y principal fuente de inequidad del sistema, tanto en términos de financiamiento como de acceso a los servicios. Establecer un mecanismo para financiar los servicios de salud sustentado en impuestos generales, ya sean directos o indirectos, es una política utilizada en diversos países para lograr

la cobertura universal al desvincular el acceso a los servicios de la capacidad de pago de las personas. Experiencias recientes como la de Chile con el Plan AUGE ejemplifican cómo, mediante una reforma a las contribuciones fiscales y la conformación de un fondo solidario, es posible generar los recursos adicionales necesarios para garantizar la universalidad en la prestación de un conjunto de beneficios explícitos. La etiquetación de fuentes fiscales para financiar servicios de salud, en particular de los ingresos provenientes de impuestos sobre productos riesgosos para la salud, también ha sido utilizada con éxito en diversos países. En México, migrar hacia un esquema de impuestos generales implicaría eliminar de manera gradual las cuotas obrero-patronales del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS. Por otra parte, una contribución fiscal generalizada sería progresiva en la medida en que el esquema de contribución por medio de un impuesto general también lo sea. Finalmente, una alternativa de esta naturaleza es fiscalmente responsable ya que se reemplazan los presupuestos actualmente asignados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, al Seguro Popular de Salud, a las cuotas y faltantes del Fondo Médico del ISSSTE. Como beneficios colaterales aumentaría el empleo y la recaudación del impuesto sobre la renta (vía menores deducciones de cuotas), además de que la portabilidad de beneficios flexibilizaría el mercado laboral y mejoraría su eficiencia. Por último, la contribución social generalizada para la salud es una forma eficaz y transparente para que la sociedad apoye un incremento necesario de obligaciones fiscales para financiar la salud.

La propuesta central consiste en: i) legislar una contribución social generalizada que sustituya a los sistemas actuales de financiamiento de la atención médica provenientes de fondos generales y cuotas obrero-patronales; ii) establecer dicha contribución como un impuesto especial que por ley tendría como destino específico financiar la atención médica de todos los mexicanos; este impuesto podría aplicarse como una combinación de gravámenes sobre el consumo general, la producción de artículos que representan un riesgo para la salud (tabaco, alcohol) y el ingreso, que con una base gravable amplia no podría ser excluyente de contribuyentes ni de beneficiarios, y iii) integrar con estos recursos un fondo único de aseguramiento de atención médica que canalice el financiamiento para la prestación de servicios.

9. Separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social

Las distintas prestaciones de la seguridad social tienen también diferentes lógicas de cómo financiarse, lo cual explica que algunas puedan financiarse vía la nómina y otras requieran reservas actuariales para suavizar en el tiempo las contingencias financieras de los cambios demográficos. Así por ejemplo, las prestaciones en dinero (pensiones y subsidios) deben mantener un régimen de reservas financieras y los beneficios deben estar vinculados a las contribuciones para facilitar la autofiscalización por parte del trabajador. En la atención médica la lógica de recaudación y acceso a los beneficios es distinta y la principal preocupación financiera es buscar la diversificación más amplia posible de los riesgos de salud que enfrenta la población.

La reforma integral del financiamiento requiere evitar que las contingencias financieras de un ramo de seguro, como las pensiones, afecten los servicios de salud, y viceversa. Para ello se propone: i) desarrollar estrategias y efectuar cambios en la estructura corporativa de las instituciones de la seguridad social con vistas a separar en dimensiones operativas independientes los distintos ramos de seguros; ii) evaluar aquellas prestaciones susceptibles de ser consolidadas en el corto plazo por funciones y por tipo de prestación, lo que permitiría avanzar hacia la visión deseable del sistema, y iii) utilizar los ahorros asociados a economías de escala y reducción de duplicidades para financiar estructuras administrativas más capacitadas y eficientes.

10. Separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica

Un elemento clave para lograr una asignación eficiente y equitativa de recursos en función de las necesidades de salud es separar las funciones de financiamiento y prestación de servicios de atención médica en todas las instancias y unidades operativas del sector público. Este cambio organizacional permitiría una prestación plural de servicios sensible a las preferencias de los usuarios y premiaría el buen desempeño y la calidad de la atención. Asimismo, esto permitiría romper con la fragmentación institucional que ha dado lugar a monopolios en la prestación de los servicios, con el consecuente deterioro de la calidad de la atención y la duplicación de la infraestructura.

De esta forma, se propone: i) llevar a cabo los cambios organizacionales que permitan hacer efectiva la separación entre las funciones de financiamiento y prestación de servicios en todos los niveles de atención médica; ii) instrumentar reglas de financiamiento para la prestación de la atención médica definidas, en función de la población a atender y el perfil epidemiológico, incluyendo el uso de pagos por capitación para financiar la atención primaria por zonas geográficas y el establecimiento de un tabulador unificado que permita efectuar el pago por intervenciones a los diferentes prestadores de servicios hospitalarios, y iii) establecer el uso de una tarjeta universal de salud que introduzca la portabilidad de beneficios, preservando la transparencia en el pago de las aportaciones federales por beneficiario, y que dé a la población mayor capacidad para elegir a su prestador de servicios.

11. Consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos por servicios de alta especialidad

La frecuencia, costo y distribución de algunos padecimientos son tales que su abordaje financiero requiere de la búsqueda de una base más amplia para la diversificación de riesgos. Como estrategia inicial que apunte hacia la consolidación del financiamiento, se propone: i) crear un fondo de atención de alta especialidad que logre mancomunar los riesgos financieros entre poblaciones en todo el país, que genere una mayor protección contra el gasto empobrecedor y catastrófico en salud para las familias y garantice finanzas sanas en las instituciones; ii) constituir este fondo sectorial a partir de la estructura y experiencia operativa del actual Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, y iii) establecer un tabulador unificado de intervenciones de alta especialidad mediante el cual se canalicen los recursos de forma equitativa hacia los diferentes prestadores de servicios.

12. Asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud

Las intervenciones de salud dirigidas a las colectividades así como las intervenciones de salud dirigidas a la persona pero que no cuentan con demanda espontánea son altamente costo-efectivas. Sin embargo, el financiamiento de estos bienes suele ser aún más insuficiente que el dedicado a la atención médica curativa.

Para garantizar una provisión oportuna y en cantidades óptimas de bienes públicos de la salud se propone: i) crear un fondo público centralizado con una estructura programática separada, que garantice la inversión en estos bienes y servicios en los tres órdenes de gobierno; ii) sujetar este fondo a reglas claras de financiamiento y producción conjunta de bienes públicos entre la Federación, los estados y los municipios, y iii) instrumentar procesos de auditoría sobre la utilización de recursos y evaluación externa y periódica del impacto sobre la salud derivado de las intervenciones realizadas.

13. Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud

Las necesidades de salud de la población siempre serán mayores que los recursos públicos y privados disponibles para atenderlas. Ante las crecientes presiones de servicio derivadas de la rápida introducción de nuevas tecnologías y el acelerado envejecimiento de la población, el sistema de salud debe fijar límites objetivos y justos a los servicios que puede financiar. Esto obliga a contar con mecanismos para asignar de manera óptima los recursos escasos. Este proceso debe verse reflejado en criterios explícitos para asignar prioridades y en la definición de un conjunto de servicios de carácter obligatorio que incorpore adecuadamente los principios de equidad, eficiencia, justicia social y respeto a la dignidad de la persona. La definición explícita de un paquete de servicios daría a la ciudadanía un elemento tangible sobre el cual demandar sus derechos.

La propuesta consiste en: i) institucionalizar normativa y profesionalmente el proceso de asignación de prioridades de intervenciones para hacerlo más justo y transparente; ii) definir, a partir del ejercicio de definición de prioridades, un **paquete obligatorio de servicios**, entendido como el conjunto de beneficios al que toda persona tendría derecho bajo cualquier esquema de aseguramiento público en salud, con independencia de quién sea el prestador de servicios, y iii) incorporar al proceso de asignación de prioridades la evaluación rigurosa de las tecnologías médicas, intervenciones, insumos y medicamentos por parte de una entidad externa y objetiva para racionalizar su uso mediante el empleo de metodologías y criterios de costo-efectividad, suficiencia financiera y factibilidad operativa.

14. Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud

En los últimos años se ha llevado a cabo un importante esfuerzo para el fortalecimiento de la infraestructura en salud para atender a la población que no tiene acceso a los servicios de la seguridad social, con una elevada prioridad hacia la alta especialidad. De esta forma, por ejemplo, está el fortalecimiento de la red de hospitales de alta especialidad en seis ciudades donde se observa mayor rezago de la oferta de servicios; la organización de proyectos para prestación de servicios con participación privada en su construcción, y el impulso a unidades de especialidades médicas, con base en un modelo integrado de atención a la salud y un plan maestro de infraestructura física de salud. Amén de la participación privada en la inversión en salud que se ha dado, buena parte de los servicios públicos de salud contratan ciertos servicios de apoyo con prestadores privados (tal como los de lavandería, aseo y vigilancia). La red de clínicas y hospitales privados participa ya en algunos estados de la República como proveedor subrogado de servicios de salud en localidades donde no se cuenta con infraestructura pública; asimismo, hay experiencias de farmacias privadas en la dotación de medicamentos del Seguro Popular de Salud. La participación coordinada de los sectores público y privado debe basarse en reglas claras que garanticen el cumplimiento de estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios, y sustentarse en mecanismos que permitan el monitoreo sobre el uso de los recursos y el apego a la normatividad.

Bajo un enfoque de complementariedad, en donde la participación privada coadyuve al cumplimiento de los objetivos de la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas, se propone: i) favorecer la participación de capitales privados en la creación de nueva infraestructura física de salud, principalmente en proyectos de prestación de servicios y en las unidades médicas de alta especialidad; ii) estudiar las condiciones para la participación de prestadores privados de servicios de atención médica, bajo el cumplimiento de condiciones de calidad y eficiencia; iii) impulsar el fortalecimiento de patronatos de hospitales e institutos públicos de alta especialidad para acrecentar la movilización de recursos a favor de la salud; iv) favorecer la participación de otros servicios privados de apoyo a las funciones sustantivas de las unidades aplicativas, y v) avanzar en la reglamentación de las instituciones de seguros especializadas en salud con objeto de garantizar el cumplimiento de estándares de servicio.

15. Asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo

Las condiciones de salud de la población tienen un impacto directo sobre la economía. La evidencia macroeconómica demuestra que a aquellos países con bajos índices de salud y educación les es más costoso alcanzar un crecimiento sostenido y que las mejoras en las condiciones de salud traen aparejados incrementos en el ingreso per cápita. El desarrollo económico es por lo tanto una función tanto del desarrollo institucional y de las políticas públicas como de la tecnología y del capital humano. En ese sentido, la salud afecta al desarrollo económico por medio del capital humano. En el corto plazo, altas tasas de morbilidad y un bajo nivel de salud se reflejan en una baja productividad por trabajador. En el largo plazo, la malnutrición infantil impacta directamente sobre el crecimiento físico y cognitivo afectando la productividad laboral de los futuros adultos. Es por esto que además de los argumentos a su favor conferidos por su valor intrínseco, el interés por invertir en salud y garantizar que el sistema de salud logre sus objetivos cuenta con argumentos adicionales vinculados con el valor instrumental que tiene la salud para promover la competitividad del sistema productivo.

Por ello, se propone: i) reforzar las estrategias de extensión del aseguramiento en salud con el fin de que se concentren en la población que hoy en día carece de acceso a mecanismos que le permitan proteger su salud y su fuente de ingresos; ii) considerar como criterio adicional para la asignación de prioridades de intervenciones, la identificación de aquéllas asociadas con mayores gastos de bolsillo (y que por lo tanto pueden ser reflejo de una demanda insatisfecha que expone a los hogares al riesgo de sufrir enfermedades y de empobrecimiento), y iii) crear un frente de defensa de la salud conformado por representantes de los sectores privado y social, con objeto de sensibilizar a la sociedad en general y a los sectores público y privado de la importancia que tiene mejorar las condiciones de salud para el desarrollo económico, para canalizar mayores recursos al sector y para catalizar la instrumentación de políticas intersectoriales (políticas saludables).



VI LA REFORMA PARA DESARROLLAR RECURSOS
ESENCIALES

En casi todos los países del mundo, alrededor de tres cuartas partes del financiamiento del sector salud se destina a la prestación de servicios de atención médica vía la operación de una red de hospitales, clínicas y centros de salud. Elevar la calidad y la eficiencia en la prestación de estos servicios es una condición necesaria para garantizar que cada peso invertido genere los mayores beneficios posibles en la salud de la población. Esto implica revisar las condiciones bajo las cuales se da la interacción entre los prestadores de servicios y se ejerce la práctica médica, así como promover el desarrollo de los instrumentos que permitan brindar una atención segura y eficaz, y que considere la dimensión interpersonal de la relación médico-paciente. Las necesidades de mejorar la seguridad (evitar riesgos y daños a la salud adicionales e innecesarios para el paciente), la eficacia (concentrarse en las intervenciones que generan más salud), el trato digno a los usuarios y sus familiares (respetar sus derechos y expectativas), y la eficiencia (hacer las intervenciones correctas al menor costo posible) son impostergables y pueden abordarse por medio de las siguientes propuestas.

PROPUESTAS DE REFORMA SOBRE RECURSOS ESENCIALES

- 16.** Fortalecer los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud
- 17.** Impulsar la innovación y el uso racional de la tecnología para la salud
- 18.** Intensificar el despliegue coordinado de las tecnologías de la información y la telemedicina
- 19.** Promover la investigación en salud

16. Fortalecer los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud

El personal médico, de enfermería y de apoyo es el recurso más importante con que cuenta el sector para mejorar las condiciones de salud y para garantizar la calidad técnica y de trato digno que demanda la población.

Es importante mejorar en el corto plazo el desempeño de los recursos humanos mediante la educación continua, el reentrenamiento y la certificación de especialistas. En el mediano plazo se propone: i) reforzar los procesos de selección de nuevos cuadros y certificar a las instancias académicas responsables de formarlos; ii) instrumentar un plan de recursos humanos que permita empatar la formación de especialistas y enfermeras en las especialidades médicas que se demandarán conforme a las necesidades de salud del nuevo perfil epidemiológico de la población, y iii) establecer como requisito la capacitación continua y la re-certificación periódica de médicos, tanto para los prestadores públicos de servicios como para los privados.

17. Impulsar la innovación y el uso racional de la tecnología para la salud

La sociedad mexicana demanda un mejor ejercicio de la medicina y de los servicios de salud y cada vez es más exigente con las instituciones, públicas o privadas, para que sean sensibles a la necesidad de una atención sustentada en la calidad, en la eficacia y en la eficiencia de las intervenciones en salud. La aplicación de tecnología para la salud requiere de evidencias científicas para disminuir la incertidumbre implícita en su uso; pero éstas precisan también de incorporar el contexto cultural, social, económico y familiar, tanto de los pacientes como de las instituciones en donde éstas se aplican. Sin duda las ciencias médicas y las tecnologías inherentes a la salud han registrado cambios impresionantes en la prestación de servicios, han contribuido a aumentar significativamente la esperanza de vida, a mejorar la salud de la población y a construir una mejor forma de vida de las sociedades. La importancia creciente de las enfermedades no transmisibles y la todavía fuerte presencia de las enfermedades del subdesarrollo se han reflejado en la incorporación continua en la práctica médica y en los servicios de salud de elementos tecnológicos que poseen una mayor capacidad de diagnóstico o que permiten realizar intervenciones terapéuticas más complejas y efectivas. El reto no sólo es impulsar la

innovación de las tecnologías para la salud y vincularlas adecuadamente a los principales padecimientos, sino encontrar las maneras en que ese conjunto de tecnologías apoyen la solución de problemas —sencillos o complejos—; pero también es necesario desarrollar mecanismos alternos para poner las tecnologías para la salud al alcance de las personas de recursos escasos, así como de instituciones públicas de salud que enfrentan problemas financieros para su operación diaria, e incluso para la adquisición de tecnología.

Por ello se propone: i) avanzar en el establecimiento de un órgano autónomo para la evaluación de la tecnología para la salud; ii) favorecer la participación del sector privado en el desarrollo de tecnología para la salud, de acuerdo con las necesidades de salud de la población, y iii) establecer fondos sectoriales preferentes para inducir la innovación de la tecnología para la salud en temas prioritarios para el avance del Sistema Nacional de Salud.

18. Intensificar el despliegue coordinado de las tecnologías de la información y la telemedicina

La combinación de recursos tecnológicos y de infraestructura que convergen en la prestación de servicios de salud es uno de los rasgos que reflejan la complejidad del sector. El uso adecuado de las tecnologías de la información es un importante auxiliar para lograr una eficiente asignación y utilización de los recursos, así como para el establecimiento de procesos que permitan elevar la calidad de los servicios de atención médica. En particular, el mejoramiento de las redes de referencia de pacientes, el establecimiento de mecanismos de facturación entre instituciones y contabilidad de costos, así como la promoción de una verdadera autonomía de la gestión hospitalaria, son propósitos y tareas que difícilmente pueden lograrse si gran parte de los procesos operativos de los servicios de salud continúan realizándose con sistemas de información obsoletos. Más aún, en los casos en que se despliega tecnología de la información de vanguardia, esto se realiza de manera independiente por cada institución y sin garantizar que al menos los proveedores públicos de servicios de salud cuenten con sistemas que permitan la información portátil y comparable sobre usuarios de servicios entre instituciones. Por otra parte, la telemedicina guarda un potencial particularmente importante para nuestro país. Incluso en sus aplicaciones más sencillas, la telemedicina puede constituirse en una herramienta para proporcionar algunos servicios especializados aun en las comunidades más pequeñas y de difícil acceso.

Se propone: i) invertir en el despliegue intensivo de tecnologías de la información adecuadas como paso esencial para mejorar la eficacia y la eficiencia en la prestación de atención médica; ii) establecer mecanismos de coordinación entre instituciones de salud para garantizar la convergencia y compatibilidad de tecnologías de la información y la transferencia de la información clínica y administrativa, y iii) invertir en aplicaciones básicas de la telemedicina principalmente orientadas a prestar servicios de telediagnóstico de uso frecuente.

19. Promover la investigación en salud

La investigación genera conocimiento y el conocimiento bien aplicado mejora las condiciones de salud. En el ámbito de la salud pública la generación de conocimiento es necesaria para poder diseñar e instrumentar acciones que protejan a la población contra riesgos a la salud. En el ámbito de la atención médica, la generación de conocimiento es necesaria para comprender mejor la etiología de los problemas de salud y, por tanto, para mejorar la efectividad de la práctica clínica mediante una mejor comprensión del proceso salud-enfermedad y el desarrollo de intervenciones médicas y tecnologías eficaces y eficientes. La investigación básica en salud es necesaria pues permite confirmar hallazgos sobre los procesos biológicos subyacentes de la salud y la enfermedad, pero también es necesaria en virtud de los perfiles genómicos que distinguen a los grupos poblacionales. La investigación en políticas y servicios permite superar deficiencias y avanzar en el mejor desempeño de los sistemas y procesos de los prestadores de servicios. El conocimiento tiene características de bien público, por lo que la participación del Estado para financiar y promover que se lleven a cabo actividades de investigación es una condición necesaria al tiempo que se hace necesario fomentar la inversión privada y la movilización de recursos de organizaciones de la sociedad civil, de la cooperación internacional y del extranjero para complementar el financiamiento de la investigación en salud.

La inversión en investigación en salud ha sido históricamente baja y no ha superado el 0.6% del gasto total en salud. Adicionalmente no se ha logrado establecer o consolidar un vínculo eficiente entre el sector académico y la industria para asegurar que la inversión en conocimiento reditúe en innovación de productos y mejores prácticas en la operación del sector.

Se propone: i) cumplir con el llamado de la Comisión sobre Investigación en Salud para el Desarrollo —ratificado en la Cumbre Ministerial de Investigación en Salud realizada en la Ciudad de México en 2004—, para que los gobiernos

nacionales inviertan al menos 2% de su gasto en salud en actividades de investigación, que en nuestro caso implica una meta de un presupuesto de 9,500 millones de pesos anuales que deberán ser canalizados al fondo sectorial de investigación en salud; ii) reforzar la capacidad para hacer investigación enfocada en temas prioritarios, incluyendo la investigación en sistemas de salud, así como el acceso a financiamiento mediante concurso y aprobación colegiada con base en criterios estrictos, pertinencia y excelencia, y iii) vincular la investigación básica con la generación de propiedad intelectual y su posterior licenciamiento con la industria; y fomentar la participación de la industria y el sector no lucrativo en el financiamiento de la investigación en salud.



VII LA REFORMA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE
LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Los servicios de salud son la respuesta social organizada para combatir las enfermedades y para mantener la salud de la población. El complejo médico asistencial implica la organización de los servicios por niveles de atención, en donde la atención primaria juega un papel preponderante en la atención de los problemas sencillos mediante intervenciones más adecuadas y efectivas para mantener la salud de la población. Los hospitales generales han jugado un papel importante en la atención de problemas más complicados, pero los avances en las ciencias médicas y una tecnología cada vez más sofisticada ante problemas de salud cada vez más complejos, hacen necesaria la presencia de otros componentes de tercer nivel y alta especialidad. Esta red de servicios de atención médica se hace más compleja ante la dinámica demográfica que lleva a una fuerte migración hacia ciudades medias y grandes, dejando al medio rural en desventaja ante la atención de problemas de salud. En estas circunstancias es imperante introducir mejoras en la eficiencia en la prestación de servicios médicos.

PROPUESTAS DE REFORMA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- 20.** Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario
- 21.** Promover la autonomía de la gestión hospitalaria y consolidar redes regionales de alta especialidad
- 22.** Impulsar una política farmacéutica integral
- 23.** Fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil que participan en tareas de la salud

20. Mejorar la capacidad resolutiva de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario

Prevenir siempre será mejor que tratar de reparar un daño a la salud. En gran medida, las acciones para evitar daños a la salud, incluyendo la detección y el seguimiento oportuno de enfermedades crónicas corresponden a la atención primaria. No obstante, la atención hospitalaria es en ocasiones necesaria. En muchas circunstancias, sin embargo, estos servicios se utilizan cuando no son clínicamente necesarios, o bien cuando no se recibió una respuesta adecuada en la atención primaria. Por esta razón, es necesario encontrar un balance óptimo entre la utilización de servicios por nivel de atención. Es deseable que los servicios de atención médica ambulatoria general y familiar funcionen como puerta de entrada al sistema y permitan canalizar solamente aquellos casos que realmente requieran atención hospitalaria o de mayor complejidad.

Para mejorar la capacidad resolutiva de la red de servicios se propone: i) reorganizar la atención primaria bajo una perspectiva de medicina familiar en donde el médico se desempeñe efectivamente como primer contacto y punto de referencia para otros niveles de atención médica; ii) replantear los esquemas de referencia y contrarreferencia de pacientes para permitir mayor flexibilidad geográfica y opciones de atención interinstitucionales; iii) redefinir las reglas de financiamiento para cada nivel de atención según esquemas de pagos por población de responsabilidad inscrita en las unidades de atención primaria y pagos por incentivos que permitan internalizar los costos de las referencias hacia la atención hospitalaria.

21. Promover la autonomía de la gestión hospitalaria y consolidar redes regionales de alta especialidad

Los hospitales son organizaciones complejas, en las que las decisiones gerenciales tomadas de manera externa (y frecuentemente centralizada) limitan su capacidad para reaccionar de manera oportuna y adecuada al volumen y tipo de actividad demandada. Esta complejidad crece en las unidades de alta especialidad, en donde se combinan acciones médicas con actividades de investigación y de enseñanza. La gestión centralizada fomenta la inercia y el uso de criterios para asignar los recursos que desmotivan la búsqueda de una prestación de servicios más eficiente. Por ejemplo, es frecuente que los ahorros generados por un hospital se reflejen en futuras reducciones presupuestales,

por lo que existen incentivos a gastar todo el presupuesto asignado, de manera independiente del resultado. O bien, cuando los criterios de utilización de los recursos son rígidos, a veces las unidades no cuentan con algún margen de maniobra para hacer frente a eventos imprevistos o cambios en la demanda. Por su parte, la distribución geográfica de los casos que requieren la atención médica de alta especialidad obliga a organizar la prestación más allá de las fronteras estatales o de las esferas administrativas institucionales.

Para promover la autonomía de la gestión hospitalaria, la propuesta consiste en: i) otorgar la autonomía en lo financiero, administrativo y directivo a los hospitales, con el fin de generar los incentivos necesarios para mejorar la eficiencia del sector hospitalario y la reducción de gastos administrativos; ii) definir los presupuestos que estas unidades reciben mediante contratos con el agente responsable de financiar los servicios en los niveles federal y estatal, en donde se establezcan el volumen y tipo de servicios de manera compatible con la demanda, así como compromisos de resultados, y iii) profesionalizar los cuadros directivos de los hospitales de acuerdo con los nuevos retos y responsabilidades directivas.

Respecto a las unidades de alta especialidad, se propone: i) consolidar las redes regionales de alta especialidad de acuerdo con las necesidades de este tipo de atención a escala nacional y de manera que, al no estar circunscritas a una sola institución, permitan la agregación de casos y el aprovechamiento sistémico de la capacidad instalada, así como dar respuestas locales que eviten traslados innecesarios de pacientes; ii) vincular el funcionamiento de estas redes con los demás niveles de atención médica mediante la revisión de los esquemas de referencia y contrarreferencia entre instituciones prestadoras de servicios, y iii) sujetar el financiamiento de las redes al financiamiento canalizado por medio del fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos por servicios de alta especialidad, y constituir este fondo como la entidad reguladora de la inversión en alta tecnología de acuerdo con las necesidades de salud de la población y la distribución geográfica de los casos esperados. De nueva cuenta, el sistema privado y las organizaciones de la sociedad civil en materia de salud pueden jugar un papel importante.

22. Impulsar una política farmacéutica integral

Los objetivos de una política farmacéutica integral son: a) garantizar que los medicamentos disponibles sean seguros y eficaces; b) el acceso y aprovechamiento

óptimo de los mismos, y c) promover el desarrollo e introducción de alternativas terapéuticas que respondan mejor a las necesidades de los pacientes. Lograr la seguridad y eficacia de los productos disponibles en el mercado depende en gran medida de las acciones realizadas por la autoridad sanitaria. El acceso y aprovechamiento dependen, además de las medidas instrumentadas para que no existan barreras financieras, de su disponibilidad en el momento en que el paciente los requiere y de una prescripción acorde con las necesidades clínicas. La falta de disponibilidad de medicamentos en las instituciones públicas de salud es un factor que obliga a las familias a incurrir en gastos de bolsillo, muchas veces enfrentando el riesgo de empobrecimiento y, en casos extremos, de no acceder a los tratamientos adecuados en el momento oportuno. Por otra parte, la centralización de las funciones de adquisición, distribución y dispensación en las propias instituciones públicas genera altos costos administrativos, sin que esto se traduzca necesariamente en un mejor abasto en las unidades médicas. Además, el consumo innecesario o no racional de medicamentos entraña riesgos a la salud y gastos innecesarios sin que esto represente mejoras en la salud.

Impulsar una política farmacéutica integral requiere: i) desarrollar mecanismos de reembolso público de medicamentos para aprovechar los canales de distribución y venta al menudeo ya existentes y eliminar actividades que generan altos costos administrativos; ii) incorporar mecanismos explícitos para la selección de los medicamentos sujetos a financiamiento público bajo criterios de justicia social y de costo-efectividad, y iii) revisar la regulación en materia de prácticas de prescripción y dispensación de medicamentos y hacer efectivo su cumplimiento tanto en el sector público como en el privado.

23. Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil que participan en tareas de la salud

En las últimas décadas el aporte de las organizaciones de la sociedad civil a las tareas del desarrollo nacional ha tenido un crecimiento vigoroso. Hoy existen cerca de 5,500 organizaciones en el campo de la salud que llevan a cabo labores de asistencia social, de atención médica, de actividades relacionadas con diversos problemas sociales, de salud y de investigación que contribuyen a consolidar el sustento científico de la salud. Una buena parte de esas organizaciones cuenta con el reconocimiento de donatarias autorizadas del impuesto sobre la renta, lo que les permite canalizar recursos privados hacia

organizaciones privadas que contribuyen al bienestar público; de éstas, unas pocas participan de los beneficios de la doble tributación para recibir donativos de otros países, principalmente de Estados Unidos de América; otra parte considerable está inscrita en el Registro del Instituto Nacional de Desarrollo Social, lo que les permite acceder a recursos federales. Las organizaciones no lucrativas son reconocidas por su contribución en las tareas para construir el desarrollo económico y social, mediante la elaboración de propuestas, la vigilancia del diseño de políticas públicas y la ejecución y el desempeño de los programas sociales del sector público; sin embargo, se hace necesario su fortalecimiento para ampliar las capacidades de respuesta del Sistema Nacional de Salud a los requerimientos futuros de salud, más allá de la capacidad de los sectores público y privado. El país continuará con el doble reto de combatir padecimientos que se pueden prevenir y para los cuales hay capacidad técnica para combatirlos, al tiempo que enfrentará el peso de las enfermedades crónicas y degenerativas; asimismo, el combate a la pobreza extrema y las necesidades sociales insuficientemente atendidas incidirán en incrementos significativos de demandas de salud pública, de atención médica y de asistencia social. En esos retos las organizaciones de la sociedad civil tienen una labor y una contribución importante que es necesario fortalecer.

Por ello se propone: i) impulsar la regularización de las organizaciones de la sociedad civil en salud ante las autoridades hacendarias y de desarrollo social; ii) apoyar la profesionalización y la instauración de buenas prácticas de gobierno y operación en las organizaciones no lucrativas; iii) establecer fondos sectoriales preferentes para la participación de instituciones en temas prioritarios para el avance del Sistema Nacional de Salud, y iv) favorecer la participación de las organizaciones de la sociedad civil en el Sistema de Protección Social en Salud.



VIII LA REFORMA PARA FORTALECER LA RECTORÍA
DEL SISTEMA

La instrumentación y la efectividad de las políticas en el sector dependen del desarrollo institucional y organizacional del sistema. Asimismo, es necesario contar con instrumentos y cauces que permitan por un lado dar seguimiento a las acciones realizadas y por otro alimentar la definición de políticas con base en las percepciones de la población. El sistema de salud no puede operar sin un marco rector claro, así como tampoco al margen de su desempeño o al margen de la población que atiende. En ese sentido, cada vez es más necesario precisar la figura y funciones de rectoría del sistema. La rectoría es una función necesaria para conducir y velar el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud.

Las propuestas presentadas en las secciones previas requieren del fortalecimiento de la Secretaría de Salud como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud y de una mejor coordinación interinstitucional entre ella y el IMSS y el ISSSTE. Una rectoría unificada bajo una sola dependencia lograría no sólo mayor congruencia de las políticas en materia de salud sino también la reducción significativa de costos administrativos y de traslapes en las coberturas de servicios, así como una mayor transparencia y rendición de cuentas a la sociedad.

PROPUESTAS DE REFORMA PARA FORTALECER LA RECTORÍA DEL SISTEMA

- 24.** Actualizar el marco jurídico del sistema de salud
- 25.** Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de los servicios de salud
- 26.** Promover la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones

24. Actualizar el marco jurídico del sistema de salud

Llevar a la práctica muchas de las propuestas descritas requiere revisar y fortalecer el marco jurídico del sector salud. En ese sentido, será necesario llevar a cabo una revisión integral de la Ley General de Salud como requisito para la modernización del sector mediante la generación de un nuevo marco jurídico más preciso, equilibrado y plenamente federal que, de este modo, brinde mayor claridad y certeza jurídica en los actos de autoridad.

Como elementos que coadyuven al fortalecimiento de la rectoría del sistema se propone: i) definir el nivel jerárquico de la Secretaría de Salud y otras instancias vinculadas con el ejercicio de la función rectora respecto de las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, y agrupar el ejercicio de la función rectora del sistema bajo la Secretaría de Salud; ii) revisar el marco jurídico con miras a generar una nueva Ley General de Salud, y iii) descentralizar de la Secretaría toda actividad relacionada con la prestación de servicios y reestructurar sus recursos y funciones en torno a las actividades de rectoría.

25. Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de los servicios de salud

Dado el carácter descentralizado del sistema de salud, es necesario contar con mecanismos objetivos y eficientes de monitoreo y evaluación de los servicios de salud. El monitoreo y la evaluación deben cumplir con funciones tanto gerenciales como de rendición de cuentas, tener un carácter comparativo (entre instituciones, entidades y/o unidades) y hacer públicos los resultados, los métodos y las fuentes de información utilizados.

Para avanzar hacia ese fortalecimiento se propone: i) establecer una instancia no gubernamental de carácter externo y objetivo para la evaluación y la producción de información; ii) promover la evaluación comparativa del sistema de salud en tres dimensiones: entre países, entre los sectores público y privado y entre instituciones, así como la divulgación y promoción de buenas prácticas y políticas basadas en la evidencia, y iii) establecer una instancia independiente responsable de conducir la certificación y evaluación de unidades de atención médica.

26. Promover la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones

El cuidado de la salud demanda mayor participación de la población. Además de su participación en aspectos de autocuidado de la salud, deben existir mecanismos que permitan incorporar sus expectativas y demandas como parte del diseño de políticas y de la forma de prestar los servicios. En esa medida, el sistema de salud contará con mayores elementos para responder a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Conocer los problemas y preocupaciones de la ciudadanía es una manera también de hacer más efectivas las políticas de conducción de la atención a la salud. En el caso específico de la relación médico-paciente, es importante la existencia de instancias que cooperen para prevenir y resolver los problemas derivados del error médico. La relación entre médicos y pacientes es compleja y ante la presencia de riesgos que generen daños iatrogénicos, existen incentivos para desarrollar prácticas médicas de naturaleza defensiva, en las cuales en aras de proteger al médico se pierde el enfoque sobre el paciente. La resolución de conflictos originados en el entorno de esta relación requiere de una ciudadanía más informada de sus derechos, más participativa y con mayor voz. El conflicto en este rubro genera altos costos para las personas y para el sistema de salud por lo que la búsqueda de instancias que permitan resolver estos casos mediante instancias parajudiciales ha sido uno de los objetivos de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Para lograr una mayor participación ciudadana en materia de salud se propone: i) integrar de manera organizada la participación de grupos de apoyo y defensa de los pacientes en los procesos de definición de intervenciones prioritarias y de los cuadros básicos, así como de evaluación de nuevas tecnologías e intervenciones, por medio del Consejo de Salubridad General; ii) incorporar como parte de los consejos directivos de hospitales a representantes ciudadanos o miembros destacados de la comunidad, con objeto de incorporar en el ámbito operativo las necesidades y expectativas de los usuarios y con ello mejorar la calidad de los servicios en su dimensión interpersonal, y iii) consolidar las instancias existentes para la conciliación y arbitraje médico en los niveles federal y estatal que permitan proteger los derechos de los usuarios y desmotivar el ejercicio de prácticas clínicas defensivas.



CONCLUSIONES

La nueva realidad demográfica, epidemiológica y política del país impone la necesidad de adaptar el Sistema Nacional de Salud. La Fundación Mexicana para la Salud ha presentado una reflexión que considera de la mayor importancia avanzar hacia el objetivo de diseñar e implantar una política pública de Estado que consolide el trabajo de varias generaciones de profesionales e instituciones de la salud, y cuyo eje central se explica en cinco ámbitos de reforma que dan pie a líneas programáticas que puedan emprenderse en la gestión pública en salud para el sexenio 2006-2012. En este aporte de FUNSALUD se busca dar contenido específico a ciertas cuestiones relativas de la reforma de la salud que FUNSALUD considera esenciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Se busca así avanzar en una reforma en materia de salud de las poblaciones para dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo a la salud mediante la continuidad y expansión de las políticas, los programas y los proyectos de intervenciones poblacionales; la reducción de los rezagos de enfermedades pre-transicionales; la prioridad de la atención a la salud de grupos vulnerables; el reforzamiento del blindaje sanitario federal para enfrentar amenazas globales; la consolidación de medidas internas de control sanitario de bienes, productos y servicios; la profundización en medidas de control de industrias que generan riesgos a la salud, y el fortalecimiento de la acción comunitaria para la promoción y la prevención de la salud.

Las propuestas en materia de reforma financiera para alcanzar el acceso universal a la protección financiera y ordenar el financiamiento del sistema, tienen como meta movilizar recursos adicionales para la salud y garantizar un financiamiento justo de la atención a la salud que evite los gastos excesivos de los hogares en esta materia. Asimismo, se busca ordenar las fuentes y fondos que conforman la estructura financiera del sistema para evitar duplicidades y optimizar el gasto público, es decir, instrumentar medidas que permitan un mejor uso de los recursos. Para ello se ha propuesto legislar

la contribución social generalizada para la salud; separar el financiamiento de la atención médica del financiamiento de otras prestaciones de la seguridad social; separar el financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica; consolidar un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos por servicios de alta especialidad; asegurar el financiamiento de los bienes públicos de la salud; institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud; impulsar la participación público-privada en la inversión en salud, y asegurar el impacto del incremento de los niveles de salud en la competitividad del sistema productivo

Pero también se propone avanzar en una reforma sobre los recursos esenciales para impulsar la calidad de los servicios mediante el fortalecimiento de los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud; el impulso a la innovación y el uso racional de la tecnología para la salud, en especial el despliegue coordinado de las tecnologías de la información y la telemedicina y, en forma enfática, la promoción de la investigación en salud.

Avanzar en la dirección propuesta hace también necesaria una reforma en la prestación de servicios para lograr mayor eficiencia en la atención médica. Ello requerirá mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de atención ambulatoria y su coordinación con el sistema hospitalario; promover la autonomía de la gestión hospitalaria y consolidar redes regionales de alta especialidad; impulsar una política farmacéutica integral, y fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil que participan en tareas de salud.

Finalmente, será menester una reforma enfocada en el fortalecimiento de la rectoría del sistema para sustentar de mejor manera su conducción y buen desempeño, lo que hará necesario actualizar el marco jurídico del sistema de salud; fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de los servicios de salud, y promover la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones.

Lo planteado en el documento es congruente con nuestra misión: contribuir a mejorar la salud de los mexicanos. La protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos. La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social.



1. POLÍTICAS DE SALUD 1982-2006

En este anexo se hace una revisión de los Planes Nacionales de Desarrollo que se formularon en 1983, 1989, 1995 y 2001 y los correspondientes Programas Nacionales de Salud. Las principales políticas públicas implantadas fueron:

- La búsqueda de la cobertura universal de servicios de salud a la población.
- El mejoramiento de la calidad de los servicios.
- La descentralización de servicios para llevar a las entidades federativas a la asunción plena de esta responsabilidad.
- La reorganización de la Secretaría de Salud para acercarla crecientemente al papel rector del Sistema Nacional de Salud.
- La formulación de programas estratégicos para mejorar el nivel de salud de la población.
- La adecuación paulatina del Sistema para enfrentar retos emergentes derivados de la transición demográfica y epidemiológica.
- El énfasis en la investigación en salud y en el desarrollo de recursos humanos.
- El aumento de la infraestructura del sistema para atender las demandas de la población.
- La búsqueda de una mayor equidad en la prestación de servicios.
- La protección financiera ante los riesgos para la salud.

Piedra angular de la reforma en salud fue la labor de un organismo de vida efímera, la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, que funcionó de agosto de 1981 a noviembre de 1982 con el mandato de determinar los elementos técnicos, administrativos, normativos y financieros de

los servicios públicos de salud con el fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población. Esta aportación es el contenido del libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud*⁵ que dio pie al llamado **cambio estructural de la salud**. Lo propuesto en ese documento llevó a la introducción, en 1983, del derecho a la protección a la salud en la Carta Magna del país,⁶ y a la formulación del Programa Nacional de Salud 1983-1988. El cambio estructural se fundamentó en cinco estrategias macro: sectorización, descentralización, modernización administrativa, modernización de la Secretaría de Salud, coordinación intersectorial y participación comunitaria, así como cinco estrategias micro: financiamiento, recursos humanos para la salud, investigación en salud, información en salud, e insumos para la salud.

El Programa Nacional de Salud 1990-1994⁷ se guió con el propósito de impulsar la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, que contribuyeran al mejoramiento de su bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal. El programa determinó seis grandes estrategias: la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud, el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, continuar la descentralización de servicios, la modernización y simplificación administrativa, fortalecer la coordinación intersectorial, y la participación comunitaria.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000⁸ puso el énfasis en la modificación del sector para transformar el sistema, modernizarlo y hacerlo más eficiente, con objeto de hacer frente a los retos epidemiológicos y demográficos del país. Se establecieron así cuatro grandes objetivos: promover la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, ampliar la cobertura de la seguridad social, concluir la descentralización, y ampliar la cobertura a la población no asegurada.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006⁹ contiene en su subtítulo su esencia política: la democratización de la salud en México, hacia un sistema universal de salud. Se fundamentó en tres retos esenciales: la equidad, la calidad y la protección financiera. Para enfrentarlos, el programa definió cinco grandes

⁵ Soberón G, Laguna J, Ruiz L. *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. México: Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4°.

⁷ Programa Nacional de Salud 1990-1994. México: Secretaría de Salud, 1990.

⁸ Programa Nacional de Salud 1995-2000. México: Secretaría de Salud, 1995.

⁹ Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud, 2001.

objetivos: abatir las desigualdades en salud, mejorar las condiciones de salud, garantizar un trato adecuado, regularizar el financiamiento en materia de salud, y fortalecer el sistema de salud. Se establece como visión del programa la conformación de un sistema universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado con el desarrollo. En mayo de 2003 fue establecido el Sistema de Protección Social en Salud, a partir de una reforma a la Ley General de Salud, que entró en vigor en enero de 2004 para implantar, en forma gradual, en siete años, un sistema que busca dar efectividad creciente al derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

A lo largo de los últimos años ha habido una continuidad en las políticas de salud del gobierno de la República que se han traducido en logros irrefutables, pero en las que hay que continuar para consolidar una política de Estado en materia de salud.

2. LA CONTRIBUCIÓN DE FUNSALUD

En una primera etapa FUNSALUD contribuyó con un estudio prospectivo sobre la salud hacia el año 2010,¹⁰ un trabajo sobre el financiamiento de la salud hasta la década de 1990,¹¹ una tesis de grado sobre el financiamiento y prestación de servicios en una entidad federativa,¹² un estudio sobre el estado del arte en la investigación de sistemas de salud,¹³ un foro internacional sobre gestión pública en salud,¹⁴ un seminario sobre racionalidad y uso de tecnología en salud,¹⁵ otro sobre el sector privado en la procuración de la salud,¹⁶ y uno más sobre innovaciones en los sistemas de salud.¹⁷

Un hito en la contribución de FUNSALUD a las políticas de salud lo constituye el estudio seminal *Economía y Salud*,¹⁸ realizado en la institución por Julio Frenk

¹⁰ Valdés Olmedo C, Luna F. *México: perfiles de la salud hacia el año 2010*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1988

¹¹ Valdés Olmedo C. *Bonanza, crisis, ... ¿recuperación?* México: Fundación Mexicana para la Salud, 1991.

¹² Lastiri Quiroz S. *Financing the national health system in Mexico and the role of private sector in the financing and health care*. Madison: University of Wisconsin.

¹³ Frenk J, Durán L.I. Investigación de sistemas de salud: estado del arte en México y perspectivas de desarrollo. *Ciencia* 1990(41):15-25.

¹⁴ Soberón G (Ed. huésped), Valdés Olmedo C, Gómez Dantés O. (coeditores). Foro Internacional sobre Gestión Pública en Salud. *Salud Pública Méx.* 1992; 24(suplemento).

¹⁵ Seminario sobre racionalidad y uso de la tecnología en salud en México. *Decisions in Imaging Economics* XXX; 5(1):15-23.

¹⁶ *El sector privado en la procuración de la salud en México hacia el año 2000*. México: Asociación de Distribuidores de Medicamentos, 1991.

¹⁷ Ruelas Barajas E, Querol Vinagre J (editores). *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional*. México: Editorial Médica Panamericana, 1995.

¹⁸ Frenk J, Lozano R, González Block M.A. *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

y otros entre 1992 y 1994 con el propósito de definir y evaluar opciones para lograr que el sistema de salud de México respondiera mejor a las necesidades de la población, aplicando estrategias que promovieran la equidad, la calidad y la eficiencia en los servicios. El estudio dio paso al esfuerzo institucional para crear una infraestructura en el campo de economía y salud primero mediante un Centro de Economía y Salud, después por el Programa de Economía y Salud, y ahora por el Centro de Análisis Social y Económico en Salud y el Consejo Promotor de Competitividad y Salud.

Economía y Salud hizo un diagnóstico de los problemas de salud con base en el análisis del peso de la enfermedad cuantificado por el indicador de *años de vida saludable perdidos*, primer ejercicio realizado en un país específico después de realizado el Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993, dedicado en ese entonces a la inversión en salud.¹⁹ Este ejercicio permitió llevar a cabo el examen costo-efectividad de las intervenciones en salud. Asimismo, el estudio llevó al análisis de los recursos financieros disponibles mediante el diseño de un sistema de cuentas nacionales en salud. *Economía y salud* también estableció una serie de recomendaciones, en cuatro niveles, de las políticas de salud: el sistémico, el programático, el organizacional y el instrumental. Además el estudio introdujo posibles modalidades de la mezcla público-privada.

La propuesta de reforma que propuso *Economía y Salud* definió ocho líneas estratégicas:

1. Vincular estrechamente a la salud con el desarrollo económico y social.
2. Consolidar un sistema universal de salud.
3. Organizar el sistema de salud de acuerdo a funciones²⁰ y no a grupos sociales.
4. Aplicar la reforma del Estado y del gobierno al ámbito de la salud.
5. Mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud mediante la definición explícita de prioridades.
6. Orientar a los prestadores de servicios hacia el desempeño de alta calidad y la satisfacción de la población.
7. Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud, y
8. Establecer un pacto social por la salud.

¹⁹ Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial. 1993

²⁰ Se identificaron tres funciones primordiales del sistema: la modulación, el financiamiento y la prestación de servicios

Esas líneas estratégicas llevaron a la formulación de 30 recomendaciones específicas para mejorar el Sistema Nacional de Salud aplicadas a cuatro niveles de política de salud: el sistémico, el programático, el organizacional y el instrumental. *Economía y Salud* también identificó siete obstáculos principales al buen desempeño del sistema: inequidad, insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción de usuarios, inflación e inseguridad. El estudio documentó cada uno de esos obstáculos y construyó indicadores para su valoración. Esa revisión sustentó la esencia del documento: ¿por qué reformar el sistema de salud? La propuesta de *Economía y Salud* permeó fácilmente hacia el nuevo gobierno que inició su gestión en diciembre de 1994 ya que, desde meses antes, algunos que habrían de participar en ese gobierno, conocieron y se interesaron por el trabajo realizado.

FUNSALUD continuó su labor en apoyo a los procesos de reforma de los sistemas de salud. A petición del Banco Interamericano de Desarrollo en 1994 estableció la *Red Interamericana José Luis Bobadilla en Políticas de Salud* que comprendió cinco componentes: 1) la adaptación de instrumentos de políticas para la reforma de los sistemas de salud; 2) la organización del Foro Interamericano de Liderazgo en Salud; 3) el establecimiento del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión sobre Iniciativas de Reforma de los Sistemas de Salud; 4) un programa de becas de estudio en el área de políticas de salud para profesionales de América Latina y el Caribe, y 5) el otorgamiento del Premio Internacional José Luis Bobadilla para la investigación y para innovaciones en políticas de salud en países de la región. En los últimos dos años FUNSALUD se ha encargado de conducir los trabajos de la Red Mexicana José Luis Bobadilla que llevan esas cinco líneas de acción al ámbito de los estados, con el fin de consolidar la descentralización de los servicios de salud en el país.

En 1997 y en 2003 FUNSALUD editó los libros *Observatorio de la salud*²¹ y *Caleidoscopio de la salud*.²² El primero actualizó la valoración de la salud de la población en algunos temas de importancia (el peso de la enfermedad; el SIDA; la violencia; la seguridad pública, y la salud), así como al desempeño del sistema (cuentas nacionales y estatales de salud; asignación de recursos y formas de prepago; la medicina privada; los recursos humanos para la salud;

²¹ Julio Frenk (editor). *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

²² Felicia Marie Knaul, Gustavo Nigenda (editores). *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2003.

la satisfacción de los usuarios de los servicios). Por su parte, el *Observatorio de la salud* llevó a cabo una revisión de las políticas en cuanto a la investigación sobre la determinación de prioridades, la globalización y la salud, experiencias de reforma en otros países, el pluralismo estructurado, los avances de la reforma, la dimensión política de la reforma y las tendencias en la organización de la atención médica; finalmente, incluyó una compilación seleccionada de cifras sobre el sistema de salud.

El segundo libro, de nueva cuenta, hace una revisión de las condiciones de la salud en México, de las limitaciones del sistema y del financiamiento de la salud. Ahí se incluyeron las desigualdades en salud, la salud de la población indígena, la violencia como problema de salud pública (incluyendo la violencia intrafamiliar), los problemas de salud en el medio urbano y el SIDA. Por lo que toca al sistema se continuó con el mercado de trabajo de los médicos, el desperdicio de recursos en médicos y enfermeras, la bioética y la economía de la salud, el desempeño del sector privado y la opinión pública sobre el sistema. Finalmente, en lo que atañe al financiamiento, el estudio revisó los determinantes de la falta de demanda de atención, la inequidad en el gasto público, la descentralización del sistema, los inconvenientes del “pago de bolsillo” y la dificultad para alcanzar el aseguramiento universal. Se trataba de mostrar una serie de trabajos que llevaran a la formulación o perfeccionamiento de políticas y de éstas a la construcción de acciones que incidieran en el mejoramiento de los programas de salud.

Esos libros denotan el esfuerzo de la sociedad civil mexicana para construir un país más saludable, partiendo del supuesto de que las responsabilidades inherentes no son exclusivas de la esfera gubernamental; a la vez FUNSALUD ofreció a las autoridades de salud y a los involucrados en la operación y el estudio del sistema de salud información para enriquecer el debate sobre el futuro del sistema.

Entre ambas publicaciones FUNSALUD formuló una segunda aportación a las políticas de salud que tuvo ocasión de someter a la consideración del gobierno que inició su labor en el año 2000.²³ Se insistió en la continuidad de los procesos de reforma en curso, como un aporte de las nuevas formas de relación del Estado con las organizaciones de la sociedad civil en tiempos marcados por la globalización, la democratización, la complementación y la sinergia en la mezcla

²³ Zurita N, González Rosetti A, Knaut F, Soberón G. *Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2001.

público-privada con el fin de enfrentar los retos del desarrollo integral del país. La esencia de esa reflexión se centró en cinco acciones estratégicas:

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

En julio de 2000 FUNSALUD tuvo la ocasión de apoyar a Julio Frenk en la elaboración del plan de trabajo que le fue requerido por el Presidente electo Vicente Fox, previa a su designación como Secretario de Salud por lo que, de manera natural, elementos centrales de la reflexión 2001 de FUNSALUD fueron recogidos por el Gobierno Federal en la formulación del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, que llevaron a la conformación del Sistema de Protección Social en Salud y, en particular, a su brazo operativo: el Seguro Popular de Salud.

En 2004 FUNSALUD estableció un nuevo proyecto institucional para estudiar con profundidad la relación entre la competitividad del país y su sistema de salud, con el fin de avanzar hacia la conformación de un sistema de salud más eficaz y eficiente.²⁴ Se trató de promover el análisis del impacto que tiene la salud en el desarrollo económico, para proponer iniciativas que permitan a las empresas participar en el incremento de la competitividad en todos los sectores y sistemas productivos mediante la inversión en salud. De esta manera se conformó un Consejo Promotor de Competitividad y Salud que ha avanzado en diez proyectos consecuentes con el propósito señalado.

Al mismo tiempo, la Fundación estableció una Unidad de Tecnología para la Salud que busca impulsar el mejor conocimiento de los importantes recursos tecnológicos del sistema en el país, la generación de propuestas para una mayor participación del sector privado en su desarrollo, y fomentar la innovación tecnológica en salud.²⁵

²⁴ Competitividad y salud: la propuesta. *Documentos para el análisis y la convergencia*, 19. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2004.

²⁵ La promoción, la evaluación y la gestión de la tecnología para la salud. Elementos para la creación y operación de un espacio de estudio, consultoría y difusión. *Cuadernos FUNSALUD*, 40, México: Fundación Mexicana para la Salud, 2003.

Finalmente, en 2005, en el marco del vigésimo aniversario de la Fundación, se llevó a cabo el seminario *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*,²⁶ que hizo una revisión de ciertos tópicos del interés de FUNSALUD tratados por expertos nacionales e internacionales. El seminario tuvo como propósito reconocer la problemática de salud vigente y perfilar estrategias que atañen a todos para construir un futuro más sólido para la salud de las generaciones por venir. Algunas de las propuestas ahí sugeridas se recogen en este documento.

Es fácil apreciar cómo el trabajo llevado a cabo por FUNSALUD en los últimos años ha contribuido al mejor conocimiento de los procesos desarrollados por el sistema de salud. Muchos de los resultados alcanzados permiten ahora una nueva reflexión con base en la problemática actual de salud y en los logros alcanzados para seguir en el avance hacia un México más saludable mediante el perfeccionamiento de lo realizado y la toma, de nueva cuenta, de elementos contenidos en las propuestas de 1994 y de 2000 que no han podido ser cabalmente instrumentadas, sea porque no ha habido la oportunidad de impulsarlas, sea porque han cambiado las condiciones en las que se plantearon.

²⁶ Ruiz de Chávez M, Valdés Olmedo J.C. *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2005.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
CONSEJO DIRECTIVO 2006-2007

PRESIDENTE

María Luisa Barrera de Serna

PRESIDENTE EMÉRITO

Guillermo Soberón

VICEPRESIDENTES

Jean-Marc Duvoisin

José Carlos Pérez y Pérez

José Alfredo Santos Asséo

Héctor Senosiain Aguilar

Misael Uribe Esquivel

Olegario Vázquez Aldir

CONSEJEROS

José Manuel Agudo Roldán

Antonio Ariza Alduncin

Jorge Bracero Cotty

Jacqueline Butcher de Rivas

Clemente Cabello Pinchetti

Carmen Cabezut de Hill

Oscar Francisco Cázares Elías

Frank J. Devlyn

Carlos Fernández González

Alejandro Galindo Acosta

Pablo García Sainz

Emilio González López †

Erick Hágsater Gartenberg

Flora Hernández Pons de Merino

Jorge Juraidini Rumilla
Alejandro Legorreta Chauvet
Oswaldo Luiz Márquez Gola
Francisco Lozano Martínez
Marta Mejía Montes
Elías Mekler Klachky
Esteban Moctezuma Barragán
Carlos Eduardo Represas de Almeida
José Represas Pérez
Pilar Servitje de Mariscal
Marco Antonio Slim Domit
Jacobó Zaidenweber Cvilich

CONSEJO PROMOTOR DE COMPETITIVIDAD Y SALUD
Pablo Escandón Cusi

CONSEJO PROMOTOR DE TECNOLOGÍA PARA LA SALUD
Antonio López de Silanes

CONSEJO DE EX PRESIDENTES
Carlos Abedrop Dávila
Enrique R. Bours Almada
Pablo Escandón Cusi
Antonio López de Silanes Pérez
Manuel Martínez Domínguez
Ernesto Rubio del Cueto
E. Guillermo Salas Peyró

GRUPO ASESOR INTERNACIONAL
Eduardo Cepeda
Sergio E. Contreras
John Donnelly S.
Amparo Espinosa Rugarcía
Jacobó Finkelman

Karl Frei
Isabel Guerrero
Sandy Flockhart
Carl-Otto Ryder
Ernesto Warnholtz
Yoriko Yasukawa

PRESIDENCIA EJECUTIVA

Presidente

Manuel H Ruiz de Chávez Guerrero

Coordinador General

José Cuauhtémoc Valdés Olmedo

Economista principal

Felicia Knaul

Fondo Nestlé

Pedro Arroyo Acevedo

Educación para la Salud

Mariano García Viveros

COMITÉ TÉCNICO ASESOR

Juan Pedro Laclette San Román

Adolfo Martínez Palomo

Jaime Martuscelli Quintana

María Elena Medina Mora

José R. Narro Robles

José Ignacio Santos

Jaime Sepúlveda Amor

Julio Sotelo Morales

Misael Uribe Esquivel

Roberto Villareal Gonda

CAPÍTULOS FORÁNEOS

Aguascalientes

Antonio Romo Femat

Guillermo Llamas Esperón

Jalisciense

Víctor Sarquís Sadé

Alfredo Feria Velasco

Peninsular

Fernando Ponce García

Lizardo Vargas Ancona

Sonora

Roberto Mazón Rubio

Abraham Katase Tanaka

COMITÉ TÉCNICO DEL FONDO NESTLÉ

Jean Marc Duvoisin

Fernando Gabilondo Navarro

Silvestre Frenk

José Represas Pérez

Manuel H Ruiz de Chávez

CONSORCIO PROMOTOR DE COMPETITIVIDAD Y SALUD

Carlos Abelleira Cordero

Ricardo Amtmann

Gastón Azcárraga Andrade

Carlos Baños Urquijo

Clemente Cabello Pinchetti

Maximiliano Leonardo Castañón

Jean Marc Duvoisin

Carlos Fernández González

Ricardo González Sada

Erick Hágsater Gartenberg

Antonio López de Silanes

Manuel Martínez Domínguez

Carlos Muriel Gaxiola

José Luis Román Pumar

Manuel Saba Ades

Olegario Vázquez Aldir

Walter Westphal Urrieta

Grupo Financiero BBVA-Bancomer
Grupo Nacional Provincial

ASOCIADOS FUNDADORES

Carlos Abedrop Dávila
Alejandro Aboumrad Gabriel
Rubén Aguilar Monteverde
Miguel Alemán Velasco
Ernesto Amtmann Obregón †
Jerónimo Arango Arias
Manuel Arango Arias
Ignacio Aranguren Castiello
Francisco Arroyo Chávez †
Emilio Azcárraga Milmo †
Alberto Baillères González
Guillermo Ballesteros Ibarra
Jaime M. Benavides Pompa
Gilberto Borja Navarrete
Enrique R. Bours Almada
Alfred Brauer Bier
Enrique Bremond Pellat
Rodolfo Budib Name
José Carral Escalante
Pedro Cerisola Benvenuto
Manuel Conde Palazuelos
Jaime P. Constantiner †
Jorge A. Chapa Salazar
Henry Davis Signoret
Guillermo Elizondo Collard
Pablo Escandón Cusi
Manolo Fábregas †
Alejandro Garza Lagüera
Eugenio Garza Lagüera
Francisco Gómez Franco
Antonio Gutiérrez Prieto †
Max Gutman Lischutz
Enrique Hernández Pons †

Eduardo Ibarrola S †
Moisés Itzkovich Sod
Sarquís Jalil Ocle †
Eduardo Legorreta Chauvet
Sandra López Benavides
Prudencio López Martínez
Antonio López de Silanes Pérez
Antonio López de Silanes y Salinas †
Nicolás Madáhuar Cámara
José Madariaga Lomelín
José Miguel Nader †
Mario Moreno †
Rómulo O´Farril Jr. †
Arturo Peniche
Alejo Peralta †
Fernando Ponce García
Abel Quezada Calderón †
Bernardo Quintana Isaac
Gregorio Ramírez González †
Pedro Ramírez Vázquez
Carlos Eduardo Represas de Almeida
Adrián Sada González
E. Guillermo Salas Peyró
Alberto Santos de Hoyos
Alfredo Santos Mazal †
Víctor Sarquís Sadé
Jean Claude Savoir Vilboef
John P. Scott
David Serur Edid
Lorenzo Servitje Sendra
Carlos Slim Helú
Jaime Souza Galán †
Juan Suberville
Jacobo Zaidenweber Cvilich
Marcelo Zambrano Hellion †

ASOCIADOS ACTIVOS

José Manuel Agudo Roldán

Carlos Álvarez Bermejillo

Alfonso Álvarez Páramo

Ricardo Álvarez Tostado

Jaime Alverde Goya

Antonio Ariza Alduncin

Pedro Aspe Armella

Carlos Francisco Autrey Maza

Gastón Azcárraga Andrade

Alejandro Baillères Gual

María Luisa Barrera de Serna

Rodolfo F. Barrera Villarreal

Gonzalo Bautista O´Farril

Isaac Becker Kabacnick

Jorge Bracero Cotty

Juan Carlos Braniff Hierro

Guillermo Braniff Suinaga

Pablo Brener

Benito Bucay Faradji

Jacqueline Butcher García Colín

Clemente Cabello Pinchetti

Carmen Cabezut de Hill

José Carral Cuevas

Ramón Xavier Carreón Arias Maldonado

Wilfrido Castillo Sánchez Mejorada

Oscar Francisco Cázares Elías

José Antonio Cortina Suárez

Antonio Cusió Ariño

Eduardo Cué Morán

Antonio Chedraui Obeso

Isaac Chertorivski Shkoorman

Jaime Chico Pardo

Alfonso de Angoitia Noriega

Alonso de Garay Gutiérrez

Julio A. de Quesada

Frank J. Devlyn

Jorge Dipp Murad

Jean-Marc Duvoisin
Javier Elguea Solís
María Eugenia Espinosa de López de Silanes
Amparo Espinosa Rugarcía
Rafael Fajer García
Carlos Fernández González
Alejandro Galindo Acosta
Silvio García Patto
Pablo García Sainz
Francisco Garza Zambrano
Rubén Goldberg Javkin
Roberto González Barrera
Claudio X. González Guajardo
Claudio X. González Laporte
Carlos González Nova
Guillermo González Nova
Carlos González Zabalegui
Xavier González Ziri6n
Ricardo Guajardo Touch6
Jos6 Luis Guerrero 6lvarez
Eric H6gsater Gartenberg
Carlos Hank Rhon
Alfredo Harp Hel6
Flora Hern6ndez Pons de Merino
Miguel J6uregui Rojas
Arturo Jim6nez Bayardo
Jorge Juraidini Rumilla
Mario Labor6n G6mez
V6ctor Lachica Bravo
Fernando Pedro Landeros Verdugo
Mauro Lara Verde
Alejandro Legorreta Chauvet
Jaime Lomel6n Guill6n
Francisco Lozano Mart6nez
Luis Maldonado Palomares
Nicol6s Mariscal Toroella
Oswaldo Luiz M6rquez Gola
Manuel Mart6nez Dom6nguez

Alejandro Martínez Gallardo
Marina Matarazzo de Escandón
Marta Mejía Montes
Elías Mekler Klachky
José Mendoza Fernández
Alfredo Miguel Afif
Julio A. Millán Costabile
Esteban Moctezuma Barragán
José Mora Hernández
Raúl Muñoz Leos
Mario Padilla Nicolín
Adrián Páez Martínez
Federico Patiño Márquez
Juan Antonio Pérez Simón
José Carlos Pérez y Pérez
Pedro Pinson Edelen
José Represas Pérez
Carlos Roel Schreurs
Alfonso Romo Garza
Ricardo Rosenkranz Stein
Jorge Rosenkranz Weiner
Ernesto Rubio del Cueto
Manuel Saba Ades
Ricardo Benjamín Salinas Pliego
Carlos Sánchez Navarro
José Alfredo Santos Asséo
Fernando Senderos Mestre
Héctor Senosiain Aguilar
Clemente Serna Alvear
María del Carmen Servitje de Mariscal
Pilar Servitje de Mariscal
Marco Antonio Slim Domit
Saturnino Suárez Fernández
Ignacio Sunderland Méndez
Federico Terrazas Torres
Oscar Uribe de la Sierra
Misael Uribe Esquivel
Alexander G. van Tienhoven

Olegario Vázquez Aldir
Luis R. Velasco Mancera
Marcela Woodworth de Madariaga

ASOCIADOS INSTITUCIONALES

Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
Bacardí de México, SA de CV
Bayer de México, SA de CV
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma, SA de CV
Compañía Procter & Gamble México, S de RL de CV
Consupharma SA de CV
Fundación GlaxoSmithKline
Grupo Cemex México, SA de CV
Grupo Empresarial Olmeca, SA de CV
Grupo Salas, SA de CV
Grupo Televisa, SA
Hospital Ángeles del Pedregal, SA de CV
Hospital Ángeles Metropolitano, SA de CV
Hospitales Nacionales, SA de CV
Laboratorios Columbia, SA de CV
Laboratorios Liomont, SA de CV
Laboratorios Pfizer SA de CV
Laboratorios Sanfer SA de CV
Laboratorios Silanes SA de CV
Merck Sharp & Dohme de México SA de CV
NADRO, SA de CV
Nestlé México, SA de CV
Pepsico México, SA de CV
Sistema de Transporte Colectivo Metro
Televisión Azteca, SA
Vitamédica, SA de CV
Wyeth, SA de CV

ASOCIADOS HONORARIOS

Carlos Abedrop Dávila
Rubén Aguilar Monteverde
George Alleyne
Norman Bourlang
José Carral Escalante
Jaime P. Constantiner †
Ramón de la Fuente Muñiz †
Jesús Kumate Rodríguez
Miguel de la Madrid Hurtado
Harvey Fineberg
Carlyle Guerra de Macedo
David A. Hamburg
Abraham Horwitz †
Jorge Rosenkranz Weiner
Ryk Ward †
Salvador Zubirán Anchondo †

LA SALUD EN MÉXICO: 2006/2012

VISIÓN DE FUNSALUD

se terminó de imprimir en
septiembre de 2006 en los talleres
de *Grafía* Editores.

Se tiraron 1000 ejemplares.

La edición estuvo a cargo de José
Cuauhtémoc Valdés Olmedo.

Diseño Laura Novelo Q.

