Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

OPS/OMS en México

Cobertura Universal en Salud:

Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México

OPS/OMS en México

Cobertura Universal en Salud:

Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Catalogación en la Fuente,
Biblioteca de la OPS/OMS en México

Organización Panamericana de la Salud.

OPS/OMS en México. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F. : OPS, 2013.

1. Cobertura universal. 2. Salud mundial - tendencias. 3. Accesibilidad a los servicios de salud. 4. Sistemas de Salud. 5. Reforma de la Atención de Salud. Américas. 6. México. I. Título. II. Gabriel Manuell Lee. III. Eduardo González Pier. IV. Osvaldo Artaza Barrios. V. Raúl Rafael Anaya Núñez. VI. Begoña Sagastuy Artaloitia.

ISBN 978-92-75-31786-0 (Clasificación NLM: W 84.6)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Servicios y Sistemas de salud de la OPS/OMS en México podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

OPS/OMS en México Cobertura Universal en Salud:

Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México

Equipo editorial:

Gabriel Manuell Lee

Eduardo González Pier

Osvaldo Artaza Barrios

Raúl Rafael Anaya Núñez

Begoña Sagastuy Artaloitia

Diseño y diagramación:

Maximiliano Rosete

Imágenes en la portada:

Archivo fotográfico de la OPS/OMS en México / Evelyn Cerón

Impreso en los talleres de **Kunts Gráfico**: grafico.kunts@gmail.com

México D.F, 2013

Nota: Este libro no representa la posición de la OPS/OMS ni la de la Secretaría de Salud, sino la expresión de la opinión de los autores. Los colaboradores listados más adelante son quienes han enviado aportaciones específicas o han contribuido activamente en algunas de las secciones de este libro. En un anexo se mencionan a todas las personas que han participado en los contenidos de esta publicación a través de su asistencia y opiniones vertidas en los diversos foros que son recogidos en las relatorías. Dada la diversidad de juicios y planteamientos que se expresan a continuación, ningún colaborador o participante de los diversos eventos, puede sentirse interpretado por la totalidad de lo vertido en la publicación, ya que mucho de lo expresado es parte del debate y la controversia actual.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Índice

- COLABORADORES 9
- PRÓLOGOS 11
- INTRODUCCIÓN 17
- RESUMEN EJECUTIVO 21

CAPÍTULO PRIMERO: ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA COBERTURA UNIVERSAL 41

- ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA COBERTURA UNIVERSAL 41
- ASPECTOS ESENCIALES PARA DAR FORMA AL SISTEMA DE SALUD PARA LA COBERTURA UNIVERSAL 50
- RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL 71

CAPÍTULO SEGUNDO: LECCIONES INTERNACIONALES APRENDIDAS 91

- INTRODUCCIÓN 91
- CHILE 93
- COLOMBIA 114
- ESPAÑA 133
- PERÚ 139

CAPÍTULO TERCERO: ELEMENTOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN MÉXICO 157

- MÉXICO. ALGUNOS ANTECEDENTES 157
- LA FUNCIÓN DE RECTORÍA EN MÉXICO 176
- PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL ACCESO UNIVERSAL EN MÉXICO 186
- FORO DEL 4 DE ABRIL "AVANZANDO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA, EQUITATIVA Y SOLIDARIA" 194

- TALLER PARA EL DESARROLLO DE UNA AGENDA REGIONAL PARA HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, 5 DE ABRIL DEL AÑO 2013 201
- EL CAMINO DE LA UNIVERSALIDAD EN SALUD EN MÉXICO 207
- PROPUESTA DE FUNSALUD 215
- PLANTEAMIENTO DE IMSS-OPORTUNIDADES 219
- HOSPITAL INFANTIL FEDERICO GÓMEZ 224
- EL LEGADO Y QUÉ SIGUE 229
- APORTACIONES DE CONSULTORES INDEPENDIENTES 232

1.- Atención primaria y calidad de los servicios de salud: una deuda histórica 232

2.- Seguridad Social Universal: ¿Cómo garantizar un acceso efectivo al sistema de salud a todos los mexicanos? 241

3.- Características para un nuevo Sistema de Salud en México 248

- PROPUESTA UNAM: ALTERNATIVAS PARA MEJORAR EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO 255
- PROPUESTA PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL CENTRO DE ESTUDIOS ESPINOSA YGLESIAS 261
- UAM-XOCHIMILCO. LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD 265
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ 276
- FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN A.C.: RETOS Y PERSPECTIVA DE DERECHOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD 282
- PROPUESTA ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS 296
- CONFEDERACIÓN PATRONAL DE LA REPÚBLICA MEXICANA 306
- DE LA COBERTURA UNIVERSAL HACIA LA EFECTIVIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO 308

CAPÍTULO CUARTO: DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES 317

- DISCUSIÓN 317
- A MODO DE RECOMENDACIONES 331

REFERENCIAS 339

ANEXOS 361

- ANEXO 1. INDICADORES BÁSICOS Y TABLA COMPARATIVA DE PAÍSES 361
- ANEXO 2. LISTADO DE PARTICIPANTES EN LOS FOROS 376

Agradecimientos

Se agradece el apoyo de Mercedes Juan y de Guillermo Soberón Acevedo

Colaboradores nacionales

FERNANDO ÁLVAREZ DEL RÍO
RAÚL RAFAEL ANAYA NÚÑEZ
RECAREDO ARIAS JIMÉNEZ
DOLORES ARMENTA GUTIÉRREZ
HÉCTOR ARREOLA ORNELAS
FRINNE AZUARA YARZÁBAL
SHOSHANA BERENZON GORN
MARTHA LETICIA CABALLERO ABRAHAM
ENRIQUE CÁRDENAS SÁNCHEZ
RICARDO CASARES CEBRECOS
FERNANDO CHACÓN SOSA
MARIA ADRIANA CECILIA CRUZ FLORES
HILDA DÁVILA CHÁVEZ
LUIS DURÁN ARENAS
LUIS RUBÉN DURÁN FONTES
GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
ÁNGEL FERNANDO GALVAN GARCIA
SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
MARÍA DE LOS ANGELES GARDUÑO ANDRADE
JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME
OCTAVIO GÓMEZ DANTES
EMETERIO LEOBARDO GÓMEZ TORRES
JUAN PABLO GUTIÉRREZ
ANTONIO HERAS
MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA
CLAUDIA IGLESIAS PADRÓN
EDGAR JARILLO SOTO
RAÚL LIVAS ELIZONDO
OLIVA LÓPEZ ARELLANO
MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES
SERGIO LÓPEZ MORENO
RAFAEL LOZANO ASCENCIO
GABRIEL MANUELL LEE
GREGORIO MARTÍNEZ NARVÁEZ
MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ
CIRO MURAYAMA RENDÓN
GUSTAVO NIGENDA LÓPEZ
CARLOS PÉREZ LÓPEZ
ALFONSO PETERSEN FARAH
OFELIA POBLANO VERÁSTEGUI
EMANUEL OROZCO NUÑEZ
JUAN PABLO ORTIZ DE ITURBIDE
JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ
RODRIGO REINA LICEAGA
OCTAVIO RIVERO SERRANO
JOSEFINA ROMERO MÉNDEZ
JOSÉ ARTURO RUIZ
BEGOÑA SAGASTUY ARTALOITIA
JORGE SÁNCHEZ GONZÁLEZ
JAVIER SANTACRUZ VARELA
GABRIEL SOTELO MONROY
CAROLINA TETELBOIN HENRION
JOSÉ DE JESÚS VÉRTIZ RAMÍREZ

Colaboradores internacionales

MAUREEN BIRMINGHAM

RAQUEL ABRANTES PEGÓ

ENRIC AGUSTÍ FABRE

ELISA ANSOLEAGA MORENO

OSVALDO ARTAZA BARRIOS

MAURICIO BUSTAMANTE GARCÍA

RICARDO FÁBREGA LACOA

JUAN GARAY AMORES

PHILIPPE LAMY

RONY LENZ ALCAYAGA

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

CLAUDIO A. MÉNDEZ

ALBERTO JOSÉ MUÑOZ VERGARA

CARMEN SANTAMARÍA GUASCH

LUIS SEGÚ TOLSA

RAFAEL URRIOLA URBINA

MIRIAM WLOSKO

ARTURO YGLESIAS BEDOYA

Nota: Se agradece el apoyo del equipo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS Washington: Renato Tasca, Claudia Pescetto, Julio Siede, Cristián Morales , Reynaldo Holder y Soledad Urrutia.

Prólogo

Mercedes Juan
Secretaria de Salud de México

"No es el haber recibido una lección lo que nos salva, sino el haber sabido aprovecharla."

Primer Ministro inglés George Canning (1770-1827)

La contribución de múltiples expertos, directivos, académicos, funcionarios y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado a través del análisis, el diálogo, la controversia y la presentación de experiencias prácticas resulta de particular interés e importancia para conocer los diversos puntos de vista sobre la conceptualización, instrumentación, implicaciones jurídico-legales y las potencialidades del acceso universal en salud. La reflexión y la crítica propositiva son instrumentos eficaces para retroalimentar y fortalecer el quehacer público, sobre todo en un gobierno democrático, un gobierno que escucha, que fomenta y se nutre de la participación activa y responsable de la sociedad.

Agradezco a todos los participantes en los diversos foros de discusión que se realizaron para poder concretar este libro, "*Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*". Como todos saben, el tema se tenía que revisar y, sobre todo, se tenía que aprovechar la oportunidad que nuestro país nos brinda, una vez que contamos con un esquema financiero que ha permitido cubrir con recursos públicos prácticamente a la totalidad de la población. Por otra parte, el tema ha sido de mi particular interés desde hace varios años y hoy como Secretaria de Salud he impulsado como propuesta de salud el avanzar para "*asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad*" como un compromiso del gobierno de México ya que considero es una de las herramientas que contribuirán a fomentar la equidad y el desarrollo de nuestra nación.

Este libro es producto de una labor de merecido reconocimiento que compila los puntos de vista de "expertos" con ideologías diversas, interesados y compro-

metidos con la salud y el desarrollo de sistemas por y para la población en México y de la región de América Latina. Es una muestra clara del gran dinamismo y movimiento intelectual que se vive en nuestros días en el continente americano, de la riqueza de experiencias que siempre dejarán una enseñanza que retroalimente la práctica y las políticas públicas en salud de nuestro país, seguramente que esto enriquecerá el criterio de los lectores que recorran los interesantes capítulos que componen esta obra.

México ha dado pasos importantes hacia la universalidad de los servicios de salud, al igual que algunos de nuestros países hermanos, como Colombia, Chile, España y Perú, y cuya experiencia se describe de manera que nos posibilita extraer algunas lecciones para el diseño y la implementación de futuras definiciones y para las acciones que debemos fortalecer a fin de transformar nuestro actual Sistema en un Sistema Nacional de Salud Universal.

La información y contenidos de esta obra son además muy oportunos ahora que México inicia una nueva administración y en el marco de la política pública en salud que busca como objetivo prioritario "asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad". Objetivo por el que trabajamos incansablemente a fin de lograr avances sustantivos en el cumplimiento del derecho efectivo a la protección de la salud de todos los mexicanos sin distingo alguno, como uno de los derechos humanos que el Estado Mexicano debe garantizar para construir una sociedad con justicia y equidad y como elemento indispensable para generar ciudadanía, gobernabilidad, bienestar y prosperidad.

Es muy oportuno también porque incluye una reflexión interesante sobre la función rectora de los sistemas de salud. Es sabido que muchos de los países de América Latina hemos pasado por un proceso de descentralización de los servicios de salud, que nos ha tomado varias décadas, y donde "la rectoría en salud" es aún un asunto pendiente a fortalecer en diferentes grados según el país de que se trate. El actual reto es una rectoría efectiva de Estado que se traduzca en una presencia generadora del orden y el deber ser, en el marco de todos los recursos disponibles y conforme a las tendencias tecnológicas, científicas y bioéticas, se garantice el derecho a la protección a la salud y se refleje en acceso con calidad y oportunidad; financiamiento responsable y sostenible con criterios de equidad, eficiencia, transparencia y rendición de cuentas; y un modelo de atención homogénea basado en determinantes sociales, en la atención primaria cada vez más resolutiva y la prevención de enfermedades y promoción de la salud, operado a través de redes de instituciones públicas y privadas que ofrezcan servicios integrales y de alta calidad a la población; siendo ésta última la que pasará a ser de sujeto pasivo a activo.

Muchas de las oportunidades de mejora en rectoría en salud para México se empiezan a hacer objetivos en el ejercicio de evaluación que se incluye, un esfuerzo realizado con los sistemas estatales de salud, servidores de la Secretaría de Salud y la Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, organizaciones hermanas que en esta ocasión, una vez más apoyan a nuestro país. Este ejercicio es una muestra más del trabajo colaborativo y de las acciones conjuntas que nos enriquecerán y permitirán avanzar en la consolidación de las estrategias que nuestro país ha instrumentado a lo largo de los años.

Las aportaciones y recomendaciones a las que se ha llegado, y que conforman este libro, serán un buen apoyo para la cobertura universal de servicios de salud y para modernizar nuestras instituciones en beneficio de la salud de los mexicanos.

Invito a todos aquellos interesados y estudiosos del avance de la salud en México a adentrarse en las páginas de este libro. A todos los que han participado directa e indirectamente en la construcción de este material los exhorto a seguir con el mismo entusiasmo mostrado en esta obra, a participar y aportar sus conocimientos por una mejor y más equitativa sociedad y les extiendo mi reconocimiento, felicitación.

Prólogo

Maureen Birmingham
Representante de la OPS/OMS México

Hace más de treinta años, los signatarios de la Declaración de Alma-Ata resaltaron la importancia del concepto "Salud para Todos" para alcanzar una mejor calidad de vida así como la paz y la seguridad. En 2013, los Estados Miembros de la OPS/OMS reafirmaron su compromiso con esta visión al reconocer que la promoción y protección de la salud es esencial no sólo para el bienestar de los individuos, sino para asegurar un desarrollo sustentable e inclusivo.

Cobertura Universal en Salud es un concepto muy utilizado para referirse a un sistema en el cual toda la población tiene derecho a utilizar un conjunto de servicios de salud (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) y, al mismo tiempo, es protegida de empobrecer o caer en la ruina financiera por requerir atención médica.

La cobertura universal no se consigue instantáneamente pues implica de forma invariable un proceso de adaptación complejo de los sistemas de salud. Por lo general, el camino para avanzar hacia esta meta inicia con el reconocimiento de que el acceso equitativo a los servicios de salud es un derecho humano, no un privilegio para los que trabajan en el sector formal o que tienen mayores recursos económicos.

El camino para alcanzar esta meta debe ser definido por cada país pues no existe un enfoque o un conjunto de políticas determinado que funcione en todos los contextos. Países con niveles similares de gasto han obtenido resultados en salud diametralmente diferentes a la cuantía de sus inversiones, lo que se explica en gran medida por las distintas políticas adoptadas y por la forma en que fueron modelando sus sistemas de salud. Por lo tanto, las decisiones políticas adoptadas para alcanzar la cobertura universal tendrán que tomar en consideración el porcentaje de la población cubierta, los servicios que se proveerán y los costos que se cubrirán. De manera inevitable, esto implica una evaluación de los costos de oportunidad, y de hacer equilibrios y concesiones.

No obstante, todos los esquemas efectivos de cobertura universal están basados en la mancomunación de fondos de un gran número de personas para asegurar un sistema progresivo, que efectúa prepagos por los servicios de salud y que evita el empobrecimiento por gastos de bolsillo. Para lograr una cobertura efectiva, los pilares que constituyen el sistema de salud deben estar en el lugar adecuado y funcionando correctamente. Asimismo, el acercamiento más eficiente y efectivo de la cobertura universal debe basarse en una sólida atención de primer nivel y un sistema efectivo de redes integradas de prestación de servicios.

La eficiencia cada día cobra más importancia conforme las poblaciones envejecen, las enfermedades crónicas aumentan y surgen nuevos y más caros tratamientos y tecnologías. El *Informe sobre la salud en el mundo 2010* de la OMS señala que entre el 20% y 40% del gasto en salud es desperdiciado. Esto significa que existen muchas áreas de oportunidad para procurar mayor eficiencia y mejores políticas, prácticas, esfuerzos e inversiones para fortalecer el primer nivel de atención y promover el empoderamiento de la comunidad y de los individuos para que éstos cuiden su salud de forma responsable.

México ha emprendido notables e innovadores avances en su búsqueda por alcanzar la cobertura universal, con hitos fundamentales que de manera gradual han avanzado hacia la incorporación de todas las personas en esquemas de protección, independientemente de su situación laboral. Asimismo, esta política de Estado en salud ha ampliado considerablemente los fondos disponibles para el sector. Sin embargo, aún quedan muchos retos por superar para reorientar el sistema hacia un acercamiento enfocado en la atención primaria a la salud de forma integrada, continua y de alta calidad para los ciudadanos mientras que, al mismo tiempo, se mejora la eficiencia del sistema y la efectividad de la prevención de las enfermedades y los programas de promoción de la salud.

Esta compilación es un reflejo de un diálogo entre numerosos actores y contiene múltiples perspectivas sobre cómo avanzar hacia la cobertura universal. En este libro se describen no sólo las áreas sobre las cuales hay consenso, sino también sobre aquéllas que requieren de mayor tiempo y trabajo para encontrar un terreno de entendimiento común. La intención del presente esfuerzo de compilación es facilitar la creación de este consenso en torno a las opciones de políticas y oportunidades de México para proteger, aún más, la salud de las personas de forma equitativa y sustentable. A pesar de la diversidad de puntos de vista y posiciones al respecto, es claro que todos los involucrados en este diálogo tienen una meta en común: maximizar la salud, el bienestar, la equidad y la productividad de los mexicanos.

Introducción

Gabriel Manuell Lee; Osvaldo Artaza[i]

Esta publicación es fruto del esfuerzo de la Secretaría de Salud y de la Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) y recoge opiniones de diversos colaboradores nacionales e internacionales y planteamientos de distintos actores e instituciones a lo largo de varios meses de diálogo con relación al tema de la cobertura universal efectiva.

Para México, mejorar su sistema de salud ha sido un permanente anhelo. Por décadas, con visión de Estado, se han logrado importantes avances. En la actualidad, el gobierno de México tiene como meta garantizar plenamente para el 2018 la cobertura en salud. En palabras del Presidente de México, Enrique Peña Nieto:[ii]

> Si bien se han logrado avances significativos […] todavía existen amplios sectores de la población que en los hechos no pueden ejercer su derecho a la salud, a la protección de su salud. Esta condición no sólo acentúa su vulnerabilidad, sino que profundiza la desigualdad social. Precisamente por ello, el derecho a la protección de la salud y la atención médica de calidad son elementos esenciales para alcanzar el México incluyente que queremos tener, que queremos alcanzar y que constituye en sí mismo una de las cinco grandes metas nacionales que mi Gobierno se ha trazado. Un México incluyente donde toda persona goce de las condiciones elementales para su desarrollo individual y así contribuya a lograr un país más productivo y más próspero. Estamos convencidos de que una población sana siempre estará en mejores condiciones para participar activa y positivamente en la transformación de su entorno y en la construcción de una mejor Nación. Por todas estas razones, uno de los objetivos centrales del Gobierno de la República es el asegurar el acceso a servicios de salud para todos los mexicanos. Para conseguirlo, el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* establece cinco estrategias

I Cordinador de Asesores Secretaría de Salud; Asesor de Sistemas y Servicios OPS/OMS México.

II Discurso del Presidente de México, Enrique Peña Nieto, en la clausura de la Trigésima Segunda Asamblea General Ordinaria de Asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. el 27 de junio del 2013, citado de http://www.presidencia.gob.mx

> que quiero compartir con ustedes. La primera. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Segunda. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud de los mexicanos. Tercera. Elevar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Cuarta. Asegurar el acceso efectivo a servicios de calidad en la salud. Y finalmente, quinta estrategia. Promover la cooperación internacional en salud […] El *Plan Nacional de Desarrollo* es la hoja de ruta que habremos de seguir los próximos años para cimentar las bases de un sector salud más sólido y con mayor capacidad para atender a las familias mexicanas. Somos conscientes de que los desafíos demográficos y epidemiológicos son grandes, pero también de que México cuenta con el talento, el capital humano y la capacidad institucional para enfrentarlos y superarlos. Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud […] Para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es un derecho laboral.

Para contribuir al debate sobre las políticas públicas de salud que deben ser adoptadas en México, a principios del año 2013 nos planteamos tres preguntas esenciales con relación a los ejes de la cobertura y el acceso universal en salud: ¿Podemos en México avanzar hacia fondos mancomunados?; ¿podemos en México avanzar hacia "beneficios universales de salud garantizados" comunes para todo el sector?; y ¿podemos en México avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios basado en la atención primaria?

Para avanzar en la respuesta a dichas interrogantes, la Secretaría de Salud y la Representación de la OPS/OMS en México co-organizaron una sesión plenaria el 6 de marzo del 2013, en el contexto del 15º Congreso de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con el objetivo de que expertos internacionales compartieran las lecciones aprendidas en sus países sobre la cobertura universal. Dichas lecciones están recogidas en las primeras secciones de esta publicación.

La plenaria tuvo como finalidad: debatir con franqueza los elementos esenciales de las políticas públicas en salud de Chile, Colombia y España en las últimas décadas con acento en sus éxitos y, particularmente, en sus yerros, obstáculos y desafíos de sus experiencias hacia la cobertura universal. Se escogió a Chile y Colombia pues ambos han impulsado reformas estructurales profundas y de más larga evolución (Chile, 1980; Colombia, 1993) lo que condujo a evaluaciones con más evidencia. Asimismo, ambas reformas han tenido y están teniendo procesos de revisión y ajustes de carácter legal, lo que permite observar tendencias y lecciones de políticas públicas que en algún momento pueden agregar valor al proceso mexicano. Por otra parte, se seleccionó a España pues hoy en día vive un proceso de ajuste a su sistema de protección social derivado de la crisis económica; por tanto, es de gran interés entender cómo un sistema consolidado de cobertura y acceso universal se repiensa en la escasez. Además, se decidió agregar la experiencia de Perú a esta lista, a pesar de que no estuvo representado en la plenaria del INSP, pues dicho país comparte con México una estructura similar de su sistema sanitario, tiene el antecedente de un pacto político amplio y explícito en salud, cuenta con una política pública de Estado que de manera gradual y persistente ha ido avanzando hacia la cobertura universal en la última década y actualmente está inmerso en una nueva oleada de reforma.

Luego de este arranque, la Secretaría de Salud y la OPS convocaron a una serie de foros y encuentros para escuchar diversas visiones y posturas frente a las tres preguntas ya señaladas. El primero se celebró el 4 de abril del 2013 y en él se reunieron más de 60 expertos mexicanos acompañados por representantes de las instituciones de seguridad social en salud de países de América Latina y algunos expertos de la OPS/OMS Washington. Posteriormente se realizaron encuentros con funcionarios relacionados con la formación y administración de recursos humanos en salud y de la conducción del Sistema Nacional de Salud.

Las relatorías de estos encuentros y foros, así como las aportaciones que personas e instituciones hicieron a éstas, forman parte de la presente publicación con el objeto de ilustrar el estado que guardan las diversas opiniones y visiones que las tres preguntas generan en distintos actores. Por lo tanto, este libro no pretende constituirse en "una propuesta", sino en un compendio de las visiones acerca de cómo avanzar hacia la cobertura universal. El centenar de personas que han contribuido y participado en este proceso, desde la diversidad, aspiran a un sistema de salud más justo, equitativo, eficiente y de calidad para todos los mexicanos. En ello no hay una sola voz disidente, todos se han mostrado interesados en contribuir y esperan avances que den cuenta de pendientes y desafíos. Esta publicación no es un texto teórico sobre cobertura universal, ni toma "partido" por una u otra posición, menos pretende dictar "cátedra" sobre la materia. Es un esfuerzo de "recoger la voz y el pensamiento" de muchos. Quizás allí esté su principal fortaleza y contribución al futuro del sistema de salud de México.

Dado que este libro conjunta una amplia diversidad de juicios, afirmaciones y opiniones, se podrá comprender que no representa una posición oficial de institución alguna y que ningún colaborador de esta publicación podrá estar de acuerdo con la totalidad de lo aquí vertido. Asimismo, dada la cantidad y diversidad de colaboradores han existido naturales dificultades editoriales para dar ordenamiento a las distintas aportaciones. En ese sentido, la diversidad puede verse como falta de orden, pero también como riqueza. Hemos querido quedarnos con la convicción de que el principal valor agregado que hace este proceso de escritura a tantas manos es justamente que acoge y recoge.[iii]

El equipo editorial, ha buscado que este libro esté orientado a los tomadores de decisión y a todas y todos aquellos que tienen interés por el progreso del Sistema Nacional de Salud de México. Asimismo, el libro está diseñado para que pueda ser leído de diversas maneras: por capítulos, por sección o simplemente desde el resumen ejecutivo; esto explica que ciertas ideas se puedan encontrar reiteradas en distintas partes de esta publicación.

El primer capítulo describe los aspectos conceptuales que los autores consideran esenciales para el avance hacia la cobertura universal tales como rectoría, financiamiento, recursos humanos y participación social. El segundo capítulo recoge en extenso las ponencias sobre experiencias internacionales. El tercero reúne, entre otros aspectos, una exposición de algunos aspectos sobre la actual

III En este proceso de intentar dar un alineamiento editorial queremos agradecer y destacar particularmente los esfuerzos de Gabriel Manuell, Alba Moguel, Hilda Dávila, Martha Caballero, Anakaren Lombera, Begoña Sagastuy y Vania Quinteros.

situación del Sistema Nacional de Salud de México; un resumen del proceso de evaluación y de formulación de acciones de fortalecimiento de la función rectora en el orden estatal y federal; la opinión de más de doscientos directivos hospitalarios de todo el país sobre el papel del hospital y la integración del sistema de salud; el resumen de la relatoría del foro sobre cobertura universal realizado el 4 de abril del 2013; y agrupa las diversas propuestas que se aportaron luego de dicho encuentro. El último capítulo entra en la discusión y el análisis de las áreas de consenso y oportunidad que surgen a partir de las propuestas presentadas en el apartado anterior y concluye con algunas recomendaciones de carácter general y en ningún caso conclusivas. Al final se encuentran las referencias bibliográficas en las que se apoyan las distintas secciones del libro, y en anexos se presentan las tablas comparativas de los países incluidos en el capítulo primero y el listado de asistentes a los distintos eventos que contribuyeron a esta publicación.

Esta publicación, escuchando las diversas propuestas y planteamientos, pretende contribuir al propósito del Presidente de México Enrique Peña Nieto y de su Secretaria de Salud, Dra. Mercedes Juan, explicitado en el Plan Nacional de Desarrollo, y a las expectativas de la gran mayoría de los ciudadanos.

Resumen ejecutivo

Gabriel Manuell Lee; Osvaldo Artaza[iv]

Esta publicación es fruto del esfuerzo de la Secretaría de Salud y de la Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y recoge opiniones de diversos colaboradores nacionales e internacionales así como planteamientos de distintos actores e instituciones a lo largo de varios meses de diálogo con relación al tema de la cobertura universal efectiva.

Con el fin de obtener las distintas dimensiones esenciales de la cobertura y el acceso universal, se plantearon tres preguntas para facilitar el debate. Estas fueron: ¿Podemos en México avanzar hacia fondos mancomunados?; ¿podemos en México avanzar hacia "beneficios universales de salud garantizados" comunes para todo el sector?; y ¿podemos en México avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios basado en la atención primaria? Dichas preguntas se constituyeron, de cierta forma, en el motor de la discusión que guio todo el proceso.

Nos referimos a proceso ya que esta publicación es una mezcla de ponencias, resúmenes o relatorías de foros, debates y de planteamientos allegados por escrito por diversas personas e instituciones en el transcurso de varios meses, permitiendo la retroalimentación, ajustes y aportaciones dinámicas que, de alguna manera, traducen conversaciones sobre las preguntas ya señaladas.

Capítulo 1
Elementos esenciales para la cobertura universal

Los países buscan a través de políticas públicas asegurar derechos en salud a sus ciudadanos. México no es ajeno a dicho esfuerzo. El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud." Siendo la protección social en salud la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que

iv Cordinador de Asesores Secretaría de Salud; Asesor de Sistemas y Servicios OPS/OMS México.

las personas puedan satisfacer sus necesidades de salud al obtener cobertura universal en salud y acceso adecuado a los servicios del sistema de salud sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. La cobertura universal se convierte en una imagen objetivo hacia la cual orientar la transformación del sistema. Estos términos suelen entenderse como la presencia física de establecimientos de salud distribuidos de manera homogénea en un territorio o como la afiliación formal de las personas a un seguro o institución, independientemente de que éstas puedan efectivamente acceder a servicios de calidad de forma oportuna. Sin embargo, cobertura y acceso universal implican múltiples dimensiones relacionadas con tres ámbitos: cobertura poblacional, garantía de servicios y protección financiera, lo que evidentemente se relaciona con la disponibilidad y oportunidad, con la calidad de los servicios que se ofrecen, con el gasto que se impone a las personas y familias por causa de estos servicios, con la valoración que la ciudadanía hace de ellos y evitando el pago de bolsillo por parte de personas y familias en el punto de servicio.

El desafío es proteger de manera universal a las personas del riesgo de muerte prematura o discapacidad evitable por falta de acceso a una asistencia resolutiva y contra el riesgo de afrontar costos médicos que les empobrecería. Este desafío implica transitar de las políticas de "focalización" hacia políticas públicas universales en salud que abordan las tres dimensiones que señala el *Informe de la Salud en el Mundo* del año 2010: 1) el eje horizontal de la población bajo protección; 2) el eje horizontal de la cuantía de derechos garantizados; y 3) el eje vertical que representa el porcentaje de gratuidad y de impacto en la disminución del gasto de bolsillo.

Rectoría

Para la OPS/OMS la rectoría es "el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno […] es una función de competencia característica del gobierno ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional y que su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales."[v] Así, se establece que la rectoría abarca seis dimensiones que son responsabilidad indelegable de la Autoridad Sanitaria: conducción, regulación y fiscalización, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública.[vi]

La debilidad en la función de rectoría se traduce, entre otros aspectos, en que en un país no exista un modelo compartido de atención para todo el sistema de salud. Por lo tanto, un contexto de débil rectoría se transforma en el principal obstáculo para un sistema estructurado en Redes Integradas de Servicios de Salud basado en la Atención Primaria. Frente a esto, la primera medida para modelar el sistema de salud hacia la resolución de las necesidades de las personas y obtener el mayor nivel de salud posible a través de la cobertura universal, es necesariamente el fortalecimiento de dicha función esencial del Estado.

Financiamiento

La condición de salud de las personas está muy influida por el desarrollo de una nación, aunque también dicho desarrollo no es posible sin condiciones adecuadas de salud. La relación es biunívoca y de interdependencia, siendo también el sector salud un importante dinamizador de la economía. Un gasto desmedido en el sistema sanitario puede afectar la competitividad de un país, pero una inversión insuficiente puede constituirse en el principal freno del desarrollo. En el debate sobre la "suficiencia"[vii] de la inversión en salud, hay que considerar al menos los aspectos señalados en la siguiente tabla:

Tabla 1. Aspectos fundamentales respecto al financiamiento para la cobertura universal

Una inversión "razonable" para un país de ingresos medios debe estar sobre la media de América Latina. Este gasto debe estar acompañado de un esfuerzo por lograr que el promedio de lo invertido sea mayor en las zonas alejadas y en las áreas de pobreza.
Dicha inversión debe provenir en su mayoria de impuestos generales de la nación. Si hay aporte contributivo o de otras fuentes éste debe mancomunarse con los provenientes de impuestos.
Si la fuente principal del financiamiento son impuestos, éstos deben ser progresivos y se debe evitar que parte importante provenga del impuesto al consumo.
El Estado no debe delegar su responsabilidad de asignar los recursos a los prestadores de salud y la política de asignación debe garantizar derechos en salud equitativos con base en objetivos sanitarios.
La asignación de recursos debe seguir las necesidades de salud de la población y debe ser equitativa. Esto implica que debe disminuirse al mínimo el gasto de bolsillo, sobre todo en los sectores más vulnerables.

v "Dimensiones del Rol Rector en Salud". XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS, 1997)

vi Actualmente se debate sobre si se debe utilizar el término rectoría o el concepto de "gobernanza" que involucra todos los sectores de la sociedad. Gobernanza es un concepto más amplio que el de rectoría, el cual sólo involucra a la Secretaría de Salud. Gobernanza involucra a todos los actores que juegan un papel en el tema de salud, incluyendo a aquellos que afectan los determinantes sociales de la salud. Huffy *et.al.* 2006, define la gobernanza como "los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones". Aun así, en esta publicación nos referiremos de forma particular al papel de la Autoridad Sanitaria en la conducción de todo el sector.

vii El debate principal en este tópico guarda relación con que debe haber una correlación entre los niveles de gasto y los resultados en salud logrados, lo cual nos lleva al tema de la necesidad de lograr la eficiencia en el gasto. Mayores niveles de gasto no garantizan mejores resultados en salud.

La inversión debe estar dirigida a fortalecer la cobertura, resolución y calidad del primer nivel de atención.
La política de asignación y los mecanismos de pago a prestadores públicos y privados debe incentivar un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud basado en la Atención Primaria a la Salud (APS)[viii] y alineado con el desempeño y el impacto sanitario.
Los mecanismos de pago no son neutros; el pago histórico tiende a incentivar la ineficiencia y el pago por evento a presionar al alza de costos. El desafío radica en la elección dinámica de una adecuada mezcla de éstos, que genere los mejores incentivos al desempeño y al impacto sanitario.

La participación social para la cobertura universal

La participación social en salud facilita el co-protagonismo de la comunidad organizada en los diferentes programas sanitarios y fortalece la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. [1, 2] Sin embargo, en la actualidad también debe ser vista desde la perspectiva de los derechos humanos y la democratización de los servicios de salud.

Los procesos de reforma que se dieron a lo largo de toda América Latina y el Caribe en los últimos 20 años tuvieron a la descentralización como uno de sus ejes principales. Dicho proceso pudo haber sido una gran oportunidad para promover la participación social. En la práctica esto no sucedió, ya que la formulación de las reformas se dio de forma centralizada y al margen parcial o total de mecanismos de participación social. Por lo tanto, lo que hoy observamos en América Latina son a "pacientes participando como consumidores" y no a personas participando de forma organizada en el diseño e implementación de políticas.

En este marco, la participación de la ciudadanía en el sistema de salud suele limitarse a aspectos formales. Más aún, las personas que deberían ser protagonistas y blanco de las políticas públicas suelen encontrarse totalmente al margen de la toma real de decisiones, existiendo una clara disonancia entre el discurso de las fuentes oficiales y la realidad. El foco en los derechos humanos y la democratización que se propone como hechos torales para la cobertura universal podrían consolidar cambios colocando a la ciudadanía como eje central del quehacer en salud.

Modelo de Atención y la integración del sistema

Los cuerpos directivos de la OPS/OMS[ix] han insistido en la necesidad de desarrollar sistemas basados en la APS, lo que implica un conjunto de elementos estructurales y funcionales de los sistemas de salud que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios. Algunos de estos elementos torales de un modelo de atención se describen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Elementos esenciales y requerimientos de un modelo de atención basado en APS

Elementos esenciales	Requerimientos
Basados en la salud como un derecho humano esencial.	Modelo de desarrollo centrado en la calidad de vida y los derechos humanos.
Centrados en las personas y las comunidades.	Políticas públicas de protección social inclusivas, universales, coherentes y persistentes.
Servicios aceptables para la población.	Rectoría efectiva del sistema.
Servicios equitativos.	Marco legal, institucional y organizativo coherente con redes integradas de servicios de salud.
Servicios integrales e integrados, apropiados y continuos.	Recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.
Servicios con énfasis en la prevención y la promoción.	Prácticas de organización y gestión en todos los niveles para lograr calidad, eficiencia y efectividad.
Servicios que garanticen un primer contacto del usuario con el sistema tomando a las personas, familias y comunidades como base para la planificación y la acción.	Mecanismos de participación individual y colectiva, de control social y transparencia.
Servicios que empoderan a los ciudadanos y a las comunidades.	Acciones intersectoriales para abordar determinantes de la salud y la equidad.
Servicios eficientes, seguros, confiables y de calidad	Financiamiento alineado con la APS (una proporción significativa del gasto público, debe ir hacia el primer nivel de atención).
	Incentivos para equipos de salud suficientes, motivados, competentes y resolutivos en el primer nivel de atención.

Recursos humanos para la cobertura y el acceso universal

En la mayoría de los países de recursos medios y bajos hay una escasez crónica de profesionales de la salud producto de décadas de ausencia de planificación y formación del personal, falta de políticas claras de contratación en función del modelo de atención, remuneraciones inadecuadas, condiciones de trabajo precarias y mala gestión del trabajo de esos profesionales. Todos estos elementos han generado una grave carencia y desbalances en la estructura, composición y cantidad del personal que están dificultando el logro del acceso universal. Para México este diagnóstico no sería del todo correcto ya que uno de los principales retos que el país enfrenta no es la escasez (los indicadores de disponibilidad aumentan año con año) sino de distribución y falta de competencias adecuadas para realizar un trabajo resolutivo y de calidad.

viii Los modelos de atención requieren de una política de financiamiento que sea acorde con el tipo de organización que el país quiera dar a sus recursos materiales y humanos. Por tanto, los mecanismos de asignación presupuestaria no son "neutros" en términos de las conductas y desempeños de los sistemas. Dicho de otro modo, un modelo de atención basado en la APS debe tener un financiamiento alineado y armónico con los principios que el modelo conlleva.

ix Las referencias se encuentran en la respectiva sección.

Desafíos importantes a nivel regional son:

- la cantidad, distribución y capacidad del personal de acuerdo con las necesidades del país no es satisfactoria;
- pocos países tienen de forma adecuada un diagnóstico de la situación de recursos humanos y una política de largo plazo para enfrentar los problemas identificados;
- la escasez o mala distribución de los trabajadores de salud y, en especial, de profesiones críticas para los servicios de salud supera la capacidad de garantizar niveles mínimos de atención en las zonas o actividades que más lo necesitan;
- los sistemas de gestión del trabajo no siempre permiten a los escasos o mal distribuidos trabajadores brindar los mejores servicios de forma productiva y con calidad;
- no es habitual que exista una compatibilidad entre los perfiles educativos y las competencias requeridas por los servicios;
- la planificación y regulación de los recursos humanos es responsabilidad de los Estados. Sin embargo, el mercado tiene una influencia preponderante en el funcionamiento de los servicios de salud;

Por otra parte, la OPS considera que los trabajadores de la salud son el recurso más valioso de los sistemas de salud, y los determinantes de la salud que afligen a la población también afectan a este grupo ocupacional.[x] En la organización de los sistemas y servicios los temas relacionados con la salud de sus trabajadores son una condición clave para prestar atención de salud con calidad. Esto implica que la principal herramienta para su protección en las modalidades de contratación y de condiciones de trabajo debe ser abordada desde la gestión del trabajo como ámbito estructural y condicionante de su desarrollo. Lo anterior requerirá de promover, de cara a la ciudadanía, un debate con relación al papel de los sindicatos de la salud, en términos de estimular y potenciar su funcionamiento democrático en los ámbitos de representación de los legítimos y justos intereses de las y los trabajadores de la salud; en particular de los que guardan relación con la calidad de vida de ellos y de cuestionar prácticas y visiones que antagonizan el quehacer sindical con la mejora de la calidad de los servicios a los usuarios. La deseada integración de los servicios requerirá, de todos modos, de una suerte de homologación gradual de las condiciones salariales y contractuales de las y los trabajadores de la salud en todo el Sistema Nacional de Salud. En las negociaciones para la construcción de una "carrera sanitaria" que facilite la integración, habrá que cuidar el complejo equilibrio entre productividad y calidad junto a condiciones laborales adecuadas, siendo de particular importancia entre estas últimas la salud de las y los trabajadores de la salud.

x Las referencias se encuentran en la respectiva sección.

Capítulo 2
La experiencia internacional

Para avanzar en la respuesta a las interrogantes señaladas al comienzo de esta síntesis, la Secretaría de Salud de México y la Representación de la OPS/OMS en México co-organizaron una plenaria sobre cobertura universal, el 6 de marzo del 2013, en el contexto del 15º Congreso de Investigación en Salud Pública del INSP en la ciudad de Cuernavaca, en la que se consultó a expertos internacionales sobre las lecciones aprendidas en sus países, con relación a los avances en cobertura universal. Dichas lecciones son recogidas en el segundo capítulo de esta publicación.

La plenaria tuvo como objetivo debatir los elementos esenciales de las políticas públicas en salud de Chile, Colombia y España. Se seleccionó a Chile y Colombia pues ambos países han impulsado reformas estructurales profundas y de más larga evolución (Chile en 1980 y Colombia en 1993), lo que condujo a evaluaciones con más evidencia. Ambas reformas han tenido y están teniendo procesos de revisión y ajuste de carácter legal, lo que permite observar tendencias y lecciones de políticas públicas que pueden agregar valor al proceso mexicano. Por otra parte, se escogió a España pues éste país vive un proceso de ajuste a su sistema de protección social derivado de la crisis económica; por tanto, es de gran interés entender cómo un sistema consolidado de cobertura y acceso universal se repiensa en la escasez. Además, se decidió agregar la experiencia de Perú pues ese país comparte con México una estructura similar de su sistema sanitario y tiene el antecedente de un pacto político amplio y explícito en salud, y cuenta con una política pública de Estado que de manera gradual y persistente ha ido avanzando hacia la cobertura universal en la última década.

La experiencia colombiana refleja éxitos indiscutibles tales como el aumento de los recursos en salud y de la cobertura de aseguramiento, así como un importante avance en gestión y calidad en la atención hospitalaria y en la reducción del gasto de bolsillo. Pese a estos logros, Colombia enfrenta importantes problemas que llevan a algunos a afirmar que a 20 años de la promulgación de la *Ley 100,*[xi] el espíritu de ésta no se ha cumplido ya que el régimen contributivo de la seguridad social en salud no llegó y no llegará a la totalidad de la población derivado de las limitaciones en el crecimiento del empleo formal. A su vez, hay suficiente evidencia de que la creación de aseguradoras privadas (Empresas Promotoras de la Salud, EPS) no sólo generan enorme controversia en su funcionamiento, sino que también hacen peligrar la sostenibilidad del modelo dado su interés por maximizar su utilidad frente a la insuficiente rectoría por parte del Estado, lo cual afecta seriamente la eficiencia y la legitimidad del modelo en su conjunto. Por otra parte, la decisión de entregar los bienes públicos en salud a dichos organismos ha implicado un retroceso en las acciones de salud pública. Es por ello que el actual gobierno colombiano ha formulado un nuevo proyecto de reforma con el objeto de introducir importantes cambios en el funcionamiento del sistema.

xi Ley por la cual se crea en Colombia el actual sistema de seguridad social en salud.

La experiencia de Chile muestra el resultado de muchas décadas de aplicación de políticas públicas sociales coherentes y persistentes en educación, saneamiento, vivienda, etc., que son, sin duda, los principales responsables de sus excelentes indicadores en salud. Asimismo, desde que se creó el Servicio Nacional de Salud en la década de los años cincuenta, casi a la par con el *National Health Service* (NHS) de Gran Bretaña, se logró la cobertura universal en salud con una fuerte relevancia del primer nivel de atención. A pesar de los cambios sucedidos en los años ochenta durante la dictadura militar,[xii] el sistema público continuó siendo el principal responsable de la prestación de servicios de salud. En la actualidad, el Fondo Nacional de Salud cubre al 80% de la población otorgando un plan de beneficios de carácter integral, el cual tiene un subconjunto de problemas de salud priorizados, el plan "AUGE", que consisten en garantías legales explícitas que dan certeza de atención oportuna y sin mediar gasto de bolsillo para 80 problemas que abarcan casi el 80% de la carga de enfermedad del país. Por otro lado, 18% de la población está cubierta por seguros privados, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En 30 años las ISAPRE no han logrado legitimarse ante la ciudadanía, persistien importantes desafíos en cuanto a mejorar su regulación, lo que no ha podido lograrse debido a la capacidad que éstas tienen de ejercer presión ante los tomadores de decisiones.

La experiencia de España muestra con gran dramatismo que los logros alcanzados en cobertura universal en salud pueden verse expuestos a retrocesos derivados de las recesiones económicas. La actual crisis ha obligado a revisar el alcance de la cobertura y de los beneficios que se otorgan a la población, exigiendo de paso, extremar las medidas de eficiencia en la asignación de los recursos y en la gestión del sistema.

Perú es un país en crecimiento económico, que tiene un sistema de salud fuertemente segmentado y fragmentado, y que está orientando sus esfuerzos para lograr, de manera gradual y con una política de Estado, avanzar hacia la cobertura universal efectiva en salud. Perú apostó por lograr un gran acuerdo político en torno al "aseguramiento universal",[xiii] este acuerdo fue el trabajo paciente de una década, que logró plasmarse en la firma de un documento, acordado por todas las fuerzas políticas y que sentó las bases para la realización de modificaciones legales que en la actualidad se están implementando. Dichas reformas van en la línea de la ejecución descentralizada de un plan explícito y financiado de aseguramiento de carácter universal, cuya implementación ha sido gradual desde las zonas más desprotegidas y con peores indicadores de salud. Hoy en día, los actores del sistema están debatiendo nuevas reformas tendientes a fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud, fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la gobernanza del sistema de salud e integrar los distintos subsistemas.

xii Se fragmentó el Servicio Nacional de Salud en 29 servicios territoriales; se creó el Fondo Nacional de Salud y las instituciones privadas de seguridad social (ISAPRE); y se entregó el primer nivel de atención a la administración de los municipios.

xiii El proceso culminó con un documento de acuerdo suscrito por los dirigentes de 16 de los partidos participantes luego de sostener 14 reuniones entre marzo y noviembre del año 2005, en cuyo transcurso se fueron debatiendo y acercando posiciones que permitieron elaborar consensos en temas elegidos por los propios asistentes: salud infantil y salud materna, lucha contra el VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y otras enfermedades, aseguramiento universal de la atención en salud, financiamiento, descentralización, participación ciudadana en salud, y acceso y disponibilidad de medicamentos.

En suma, la experiencia internacional nos señala, entre otros aspectos, lo siguiente: que nunca se deja de avanzar en la formulación de políticas públicas de salud ya que una reforma llama a otra reforma, siendo clave la constitución de evidencia para avanzar sobre bases sólidas; los mejores indicadores en salud no se consiguen sólo con mejoras en la prestación de servicios de atención, sino que se logran en el despliegue sinérgico, coherente, consistente y continuado de un conjunto de políticas sociales que, al mejorar el nivel de justicia social y la calidad de vida, apuntan exitosamente sobre las determinantes sociales de la salud; se requieren de mayores recursos en salud y que éstos deben provenir de fuentes públicas; y que es una ilusión pensar que sólo el mejor financiamiento se traducirá en mejoras en la condición de salud de las personas en virtud de que es igual o más importante la forma en que el sistema de salud está organizado. Para ello es esencial que los diversos actores actúen de manera integrada (redes) y que estén basados en una atención de primer nivel de amplia cobertura, alta capacidad de resolución, excelente calidad y que sea accesible y confiable para la ciudadanía. Finalmente, la experiencia internacional señala otros dos aspectos importantes: que el papel de los servicios privados ha sido de general aceptación como colaborador del Estado en la prestación de servicios y muy controvertido en el rol de intermediación financiera; y que, por muchos recursos que se dispongan, el énfasis en la eficiencia y la buena gestión jamás deberán descuidarse, ya que cuesta muchas décadas alcanzar la cobertura universal y es muy fácil que dichos logros, en poco tiempo, se pongan en riesgo de retrotraerse.

Capítulo 3
Elementos para la consolidación de la cobertura universal en México

En México existen enormes desafíos a pesar de los notables esfuerzos de las últimas décadas, cuyos principales hitos han sido la creación de la Secretaría de Salud y de las instituciones de la seguridad social, el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y la implementación del Seguro Popular. La aún elevada mortalidad materna e infantil, el alto gasto de bolsillo, el inequitativo acceso a los servicios y los grandes diferenciales en la calidad de los servicios son ejemplos claros de lo que queda por hacer.

Entre las áreas de oportunidad que se identifican para seguir perfeccionando el Sistema Nacional de Salud destacan:

- Segmentación y fragmentación del sistema;
- Insuficiente rectoría del Estado en el orden federal y estatal;
- Necesidad de aumentar el financiamiento público en salud, con un uso más eficiente de éstos recursos;
- Falta de un modelo único de atención estructurado sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basados en la Atención Primaria;

- Debilidad del primer nivel de atención, lo que dificulta una adecuada atención de los nuevos desafíos epidemiológicos;
- Distribución poco adecuada de recursos humanos, particularmente en las áreas más alejadas y con población más vulnerable;
- La formación de Recursos Humanos en Salud (RHS) está orientada a la medicina curativa con foco en los hospitales y la especialidad.

Rectoría para la cobertura y el acceso universal

A principios del año 2013, la Comisión de Rectoría del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y la Representación de la OPS/OMS en México generaron un detallado informe sobre un proceso de evaluación de la función de rectoría en los sistemas estatales de salud. Esta evaluación tuvo como antecedentes la necesidad, surgida desde el CONASA, de fortalecer dicha función; prioridad también expresada por la OMS.

Se identificaron seis áreas de responsabilidad y de competencias institucionales de la Autoridad Sanitaria: conducción, regulación y fiscalización, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública. En este mismo sentido, en el marco de la posición marcada por la OPS/OMS en torno a la renovación de la APS y a la consolidación de las Redes Integradas de Servicios, se generó en 2007 una propuesta metodológica para la evaluación de la función rectora de la autoridad sanitaria con el propósito de crear propuestas concretas para su fortalecimiento.

Bajo este contexto y en el marco de profundas reflexiones en torno a la posibilidad de una integración efectiva del sector salud en México, el CONASA discutió y definió la necesidad de concretar acciones orientadas al fortalecimiento de la función rectora en los Sistemas Estatales de Salud, por lo que estableció como arranque de este proceso[xiv] la realización de un ejercicio de "Evaluación del desempeño de la función rectora en los Sistemas Estatales de Salud", labor para la que se solicitó la participación de la Representación de la OPS/OMS en México.

La evaluación se estructuró en fases y las preguntas que detonaron el desarrollo de este ejercicio fueron: ¿Opera de manera efectiva la rectoría como herramienta para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Salud Mexicano?, ¿cómo funciona la rectoría al interior de las entidades federativas y cuáles son sus retos?, ¿cuáles son las dimensiones de rectoría que requieren fortalecimiento?, ¿estamos realmente encaminados hacia la integración de un sistema de salud? La evaluación traduce la realidad y diversidad de nuestro sistema; así como los distintos niveles de prioridad, participación y compromiso con que se realizó el proceso en las diferentes entidades, partiendo del reconocimiento que no existe una cultura organizacional uniforme y que también hubo permanente influencia de factores exógenos, tales como los políticos, a la hora de ponderar las dimensiones.

Entre las fortalezas en común identificadas por los Estados podemos destacar el reconocimiento del liderazgo de las Secretarías Estatales de Salud, la alta cobertura de afiliación y derecho-habiencia, así como la disposición de padrones institucionales actualizados, una inversión permanente en la calidad (en particular de la satisfacción de los usuarios), la existencia de convenios de colaboración intra e intersectorial, y la solidez en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y de los Sistemas de atención a urgencias epidemiológicas, emergencias y desastres consolidados.

En contraste, se identificaron como debilidades comunes: la existencia de sistemas de información heterogéneos y desarticulados, planes institucionales no vinculados a un proyecto sectorial en salud, la falta de actualización de los marcos regulatorios estatales, una autonomía restringida en la asignación y distribución de recursos, limitaciones para la realización de un cruce de padrones de derechohabientes y afiliados a los distintos esquemas de aseguramiento, mecanismos de referencia y contra-referencia sectorial poco eficientes o inexistentes, el monitoreo y evaluación de programas de manera parcial (sólo para algunos programas) y carencias en la formación de recursos humanos e investigación en salud pública desde una perspectiva y enfoque de la atención a las necesidades del sector.

Así, el análisis de los resultados del ejercicio de evaluación permitió definir como principales recomendaciones:

- Fortalecer la rectoría a través de la consolidación de la Comisión de Rectoría del CONASA y de una estrecha colaboración con la Comisión de Integración Funcional del Consejo de Salubridad General;
- Realizar evaluaciones de la función rectora en salud a nivel federal; del marco normativo-legal para identificar espacios de optimización de la función rectora en los diferentes niveles de gobierno y de la viabilidad y gestión del cambio para el diseño de una hoja de ruta hacía un sistema universal de salud, así como en espacios prioritarios de colaboración intersectorial;
- Fortalecer los Consejos Estatales de Salud (CES) con instrumentos de rectoría efectiva de la Autoridad Sanitaria local, procurando: constituir los CES y asegurar un funcionamiento incluyente y regular;
- Analizar e implementar, en forma colegiada, acciones específicas para fortalecer la rectoría; impulsar el intercambio de servicios entre las diferentes instituciones con el objetivo de constituir redes integradas de servicios de salud, fortaleciendo la atención de primer nivel;

xiv Responsables de este estudio fueron por parte de la Secretaría de Salud los Doctores Gabriel Manuell Lee, Jorge Sánchez González, Alfonso Petersen Farah y Carlos Pérez López, por parte de la OPS/OMS México el Dr. Philippe Lamy, Mtro. Raúl Anaya y Dr. Osvaldo Artaza; asimismo, en la fase de diseño del estudio se contó con la colaboración del Dr. Jacques Girard, Mtro. Fernando Chacón Sosa, Lic. Fernando Álvarez del Río, Dra. Josefina Romero Méndez y Dr. Gabriel Sotelo Monroy. Fue fundamental en las distintas fases del proceso de evaluación el apoyo de los Secretarios de Salud de los 32 estados, a los equipos de salud de las secretarías estatales, a los representantes del IMSS e ISSSTE que participaron y a todos los integrantes del Consejo de Rectoría del Consejo Nacional de Salud.

- Mejorar la articulación, complementariedad y gestión de los recursos financieros;

- Consolidar acciones de inteligencia epidemiológica para la atención de emergencias en forma sectorial y considerar las oportunidades de cooperación horizontal entre estados, con base en las fortalezas respectivas.

En particular para este último punto y con el propósito de dar concreción a las propuestas derivadas del ejercicio de evaluación, por acuerdo de la Comisión de Rectoría del CONASA se elaboró una "Guía para la integración, operación y seguimiento de los Consejos Estatales de Salud". Este instrumento pretende presentar de manera general y propositiva los elementos que faciliten la estructuración de los mecanismos legales para la integración de un CES, los elementos que facilitan su integración y operación, así como una propuesta de líneas de evaluación que incluyen indicadores específicos.

La evaluación de la función de rectoría en el orden federal se realizó en una reunión el 21 de junio del año 2013 en el auditorio Guillermo Soberón de la Secretaría de Salud. En dicho ejercicio hubo alto nivel de consenso y muy poca dispersión en cuanto a la definición de atributos de viabilidad, impacto y plazos requeridos en los ámbitos de fortalecimiento de la función rectora. Los factores condicionantes señalados se relacionan con la imperiosa necesidad de emprender modificaciones legales que generen un cambio cuantitativo y cualitativo relevante en las actuales condiciones para ejercer la función de rectoría tanto a nivel federal como estatal. Junto a los cambios legales aparecen las necesidades de mayores recursos financieros y humanos, de avanzar hacia una real integración del sistema, de clarificar y alinear los papeles y funciones de los tres órdenes de gobierno; así como la de contar con los acuerdos políticos necesarios para los cambios que se requieren.

La participación social para la cobertura universal en México

En México la participación social ha sido un componente central de las políticas de salud y los procesos de reforma, involucrando decididamente al Estado, las instituciones de salud y la sociedad civil. Sus expresiones han abarcado desde la conformación de estrategias para instrumentar programas sociales desde el ámbito gubernamental, hasta el despliegue de acciones emergidas del seno de distintos grupos sociales con un alto contenido de ciudadanía.

En tanto componente estratégico de las reformas al sistema de salud, la participación social ha sido conceptualizada al interior del Sistema Nacional de Salud como un elemento central de la extensión de cobertura de servicios médicos, sobre todo en zonas de alta marginación social. Ello ha implicado el desarrollo del voluntariado organizado en comités de salud, lo que se ha mantenido como una estrategia vigente de los servicios de salud en zonas rurales, así como de programas de alto impactos social como Oportunidades.

Por su parte, las expresiones de participación social que emergen de la sociedad civil se han expresado tanto en la movilización social de grupos de pacientes, como en la conformación de organizaciones de la sociedad civil (OSC), cuyo propósito ha sido la búsqueda, por distintos medios del acceso universal a los servicios de salud. Estas expresiones representan diversos mecanismos de negociación y representación de personas afectadas por patologías específicas, como puede verse en condiciones de salud como el cáncer de mama, la tuberculosis y el VIH.

El caso mexicano representa un escenario relevante que ha propiciado diversas formas de participación social en salud, y la formulación de iniciativas dirigidas a la ampliación de la cobertura de servicios de salud en el país. Ello ha sido el resultado de haber establecido desde hace décadas que los objetivos y alcances de las reformas sanitarias se pueden ver favorecidos mediante la participación de la población.

La búsqueda de la universalidad en el acceso y la cobertura de servicios han derivado en el desarrollo de estrategias por parte del gobierno mexicano dirigidas de manera específica a poblaciones en condición de vulnerabilidad económica, a la vez que han buscado responder a posicionar de manera más expedita temáticas relacionadas con la inclusión social y el derecho a la salud. Este objetivo ha influido en la búsqueda de un mayor aprovechamiento de recursos en las comunidades de más difícil acceso.

No obstante estos alcances, persisten retos de atención oportuna y de calidad ante otras necesidades de las comunidades, como ocurre con los casos de la salud ambiental o la salud materna. Para responder de manera más expedita a estos retos se han introducido nuevos debates sobre ciudadanía en salud, los cuales promueven incentivar otras formas de participación dirigidas a consolidar nuevos modelos de atención.

El Foro del 4 de abril "Avanzando hacia la cobertura universal efectiva, equitativa y solidaria"

El 4 de abril, convocados por la Secretaría de Salud y la OPS, se reunieron más de 60 representantes de alto nivel de diversas instituciones del sector salud, académicos y miembros de la sociedad civil para debatir en torno a las tres preguntas guía antes señaladas. En dicha reunión también participaron invitados internacionales: un representante de la Caja Costarricense de Seguridad Social, la Presidenta del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Republica Dominicana, y cuatro representantes de la OPS/OMS Washington (ver en anexos listado de participantes).

La Representación de la OPS/OMS en México envió un documento de "posición" que centró el debate en los aspectos que la Organización considera esenciales para alcanzar la cobertura universal efectiva. En dicho documento se señala a la salud como un derecho que el Estado debe garantizar a través de políticas públicas de "protección social en salud", que se traducen en cobertura efectiva de servicios de calidad a toda la población sin mediar gasto de bolsillo.

La reunión se desarrolló en un clima de respeto y las intervenciones explicitaron una amplia diversidad de pensamiento. Fue unánime la valoración positiva so-

bre la oportunidad de encontrarse y dialogar; fue ampliamente aceptada por los participantes la necesidad de seguir debatiendo y buscar puntos de acuerdo, y fue una petición general el continuar abriendo espacios de diálogo para que la "reunión no termine aquí".

Hay conciencia de que no se parte de cero, que hay una historia de avances y de hitos importantes. De igual forma, se reconocen pendientes y enormes desafíos, los que sólo podrán abatirse con políticas de Estado que, nutriéndose de la historia, tengan la audacia de convocar a los acuerdos esenciales que viabilicen avances en torno a los ámbitos más sensibles para los ciudadanos, sobre todo de la población más vulnerable.

Como era de esperarse, no hubo consenso con relación a "cuál es la imagen objetivo que se tiene del sistema de salud para México". Por una parte, hay sectores que plantean una suerte de Sistema Único de Salud a partir del IMSS con financiamiento público y sin participación de privados en competencia con el sector público (ver a modo de ejemplo los planteamientos de representantes de UAM-Xochimilco). Por otro lado, hay una propuesta muy bien fundamentada que se basa en un fondo único mancomunado financiado progresivamente vía impuestos generales y que propugna un modelo mixto de prestación que compite por la libre afiliación de las personas (ver a modo de ejemplo el planteamiento de FUNSALUD). Junto a estas propuestas, hay "multiplicidades de opiniones" que ponen de manifiesto la pluralidad de ideas y la complejidad de generar acuerdos. Sin embargo, existe un amplio consenso de que la atención universal en el primer nivel es una meta alcanzable en el sistema de salud de México.

Independiente de lo anterior, hay acuerdos sobre la necesidad imperiosa de: aumentar los recursos públicos para salud con mayor eficiencia y rendición de cuentas; de que el objetivo de mejorar la salud esté en "todas las políticas" con enfoque preventivo; que se fortalezca la rectoría de la autoridad sanitaria a nivel federal y estatal a través de cambios legales; y del diseño e implementación de un nuevo modelo de atención, común para todas las instituciones, basado en un primer nivel de atención de cobertura universal, de amplia resolución, de carácter integral y de alta calidad.

Taller para el desarrollo de una agenda regional para hospitales en redes integradas de servicios de salud

Con el objeto de intercambiar opiniones con respecto al papel de los hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud, la Secretaría de Salud y la OPS/OMS en México, convocaron el día 5 de abril a directivos de hospitales de todas las instituciones y entidades federativas. A dicho taller concurrieron más de 200 directivos de todo el país (ver listado de asistentes en anexos).

Durante la reunión los directivos sintetizaron en estas líneas su visión del futuro del hospital en México:

> El hospital del futuro es una institución pública, responsable de contribuir al bienestar de la comunidad, forma parte de la red de servicio de una región o Estado y está hermanado con los establecimientos de nivel ambulatorio y de las distintas instituciones. Dispone del financiamiento, de la infraestructura, de las tecnologías costo efectivas y de las competencias de su personal administrativo y operativo, que requiere la población según su cartera de servicios. El hospital apoya a los niveles ambulatorios y recibe apoyo de los establecimientos de mayor complejidad. El hospital es administrado de manera auto gestionada y eficiente, usa sus recursos con transparencia y rendición de cuentas. El hospital recibe incentivos por su buena gestión y es cuidadoso con el medio ambiente. El hospital del futuro tiene un expediente clínico común con los demás establecimientos e instituciones. Brinda atención de calidad, con calidez y seguridad a sus usuarios. Contribuye al desarrollo de su personal, a la formación de futuros profesionales, a la investigación y a la innovación en salud. Marcará la pauta en la priorización de acciones para el primer nivel de su competencia y capacitará permanentemente a los médicos de su red con enfoque de APS y mediante la revisión de casos.

Luego del taller, distintos sectores y grupos hicieron llegar sus planteamientos en extenso, que se pormenorizan en el capítulo tercero, el cual agrupa más de una docena de artículos que ponen en común la diversidad de pensamientos con respecto a las mejoras que deben hacerse al sistema de salud mexicano.

Capítulo 4
Discusión y recomendaciones

El común denominador de las distintas propuestas expresadas en el libro, es el reconocimiento de los avances hacia la cobertura universal en salud y la constatación de la necesidad de seguir perfeccionando, con sentido de urgencia, el Sistema Nacional de Salud de México. Las áreas de mayor consenso giran en torno a los siguientes ámbitos:

1. La necesidad de una mayor inversión en salud vía impuestos generales; de un mayor papel del Estado en la función del financiamiento: *pooling* e intermediación financiera. Dicha inversión debe ir de la mano de una mayor eficiencia en la asignación de recursos; una mejor relación de los recursos al desempeño y el impacto, en contextos de transparencia y rendición de cuentas; y debe traducirse en disminución del gasto de bolsillo y en reducción de las inequidades.

2. La necesidad de un nuevo modelo de atención común para todo el sector que, teniendo como centro a las personas y la garantía de derechos en salud, se base en la anticipación del daño utilizando la estrategia de la APS. Este nuevo modelo debe integrar los distintos subsistemas en redes de atención de calidad homogénea y acreditada.

3. La necesidad de contar con una rectoría efectiva del Estado, a través de la Secretaría de Salud, que permita orientar todos los recursos financieros, materiales y humanos a la consecución de objetivos sanitarios país.

Finalmente, en la discusión se abordan temas relativos a la controversia del papel que debe de tener el Estado, el mercado y la ciudadanía en los sistemas de salud. Asimismo, se señala la necesidad de abordar la problemática desde la óptica de los derechos humanos y de adoptar una perspectiva en la cual lo

público se entienda desde una concepción más amplia que lo meramente "estatal", relevando la necesidad de abrir espacios reales de participación social en salud. De igual forma, se mencionan aspectos relacionados con los tiempos políticos en los cambios en salud. En ese último ámbito hay que considerar entre algunas variables: las prioridades y la agenda de cambios que el gobierno en turno tenga; la disponibilidad de allegar más recursos al sector por parte de la hacienda pública, la percepción ciudadana con respecto a los servicios de salud y las situaciones de crisis que puedan abrir ventanas de oportunidad.

No hay un claro consenso entre los distintos sectores en cuanto a la imagen del modelo ideal o final al que México debe aspirar. Por una parte hay quienes piensan que el modelo final debería ser un servicio único de salud que integre estructuralmente las funciones de financiamiento y prestación de servicios con un fuerte papel del Estado en ello, ofreciendo a la población un plan de salud de carácter integral con la sola exclusión de aspectos tales como la cirugía estética, en las cuales la participación de privados se abre sólo a entidades sin fines de lucro de forma regulada y no competitiva. Por la otra, están los que plantean un sistema mixto, con diversa participación del mercado, que se base en articuladoras en competencia que ofrezcan el plan de salud acotado a lo que efectivamente se pueda financiar y garantizar, definido por la institución rectora. Asimismo, hay planteamientos más "pragmáticos" como aquellos que se enfocan en temas críticos del corto y mediano plazo como los aportados por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES), del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), o el esfuerzo de construcción de consensos que implica el documento de propuesta del Centro de Estudios Espinosa Yglesias.

Un tema no resuelto guarda relación con la participación del sector privado. Más allá de la discusión sobre la forma de participación del sector privado, lo que es evidente es que "mientras se discute, el sistema de salud mexicano avanza inexorablemente hacia la privatización por opción cotidiana de las personas que resuelven sus necesidades en los consultorios de las farmacias u optando por seguros privados en paralelo a su derecho habiencia en el sistema de seguridad social", por lo que urge regular la actual participación del sector privado, sobre todo de los servicios de primer contacto en las consultas de farmacia y el papel que actualmente ya juegan los seguros privados de salud. En este último punto es interesante la aportación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) que refleja el interés de las aseguradoras privadas en México de asumir un papel complementario y no sustitutivo al del Estado.

La experiencia internacional presentada en la publicación señala lecciones negativas con respecto a la participación del sector privado en el aseguramiento o articulación del financiamiento, debido a la mayor capacidad de cabildeo que éste tiene con respecto a las competencias de rectoría en nuestros países. Pero, a su vez, la mayoría de los países cuentan con un importante apoyo del sector privado en la prestación de servicios, siendo entonces un desafío esencial para la entidad rectora que dicha oferta trabaje integrada al sistema prestador público y supeditada a los objetivos sanitarios del país.

Dada la polaridad de "visiones finales" hay un evidente riesgo de que se genere un fenómeno "suma cero" y que diversas posturas prefieran el "*status quo*" a cambios que se identifiquen con uno u otro paradigma.

Sobre los desafíos y pendientes que México tiene en el ámbito de su sistema de salud, los diversos actores recomiendan se sigan construyendo los más amplios consensos a fin de continuar con políticas públicas de Estado que sean persistentes en el tiempo, que sean sujetas a revisiones independientes periódicas y a perfeccionamientos continuos basados en la evidencia. Construir consensos implica aceptar la diversidad, resolver los conflictos a través de las formas e instancias propias del juego democrático, reconocer el liderazgo de la autoridad sanitaria nacional y colocar foco en aquellos aspectos que son críticos y esenciales para la mejoría del sistema.

La experiencia internacional señala al respecto dos cosas: por un lado, la necesidad o conveniencia de avanzar hacia pactos políticos amplios (como el *Pacto por México*) específicos para el área de la salud que pongan más relieve en los objetivos a alcanzar –más allá de un sexenio- que en los instrumentos para lograrlo; y, por otro lado, que se identifiquen aquellos aspectos técnicos que se reconocen como "ejes críticos" para lograr pasos intermedios de alto impacto que son etapas previas para todas las visiones por diversas que éstas sean. En esa línea de pensamiento se pueden plantear como tópicos esenciales de consenso entre las distintas visiones ideológicas los siguientes: el fortalecimiento de competencias en función rectora por parte de la autoridad sanitaria tanto a nivel federal y estatal. Este fortalecimiento implica cambios legales y normativos, financiamiento y competencias aseguradas para cumplir con las funciones de salud pública y para la conducción y regulación de todo el sistema, tanto en el nivel de la federación como de cada Estado; y el diseño e implementación de un modelo de atención común para todo el sector centrado en las personas con enfoque estratégico en el primer nivel de atención, de cobertura universal y que sea compartido por todas las instituciones.

Dado que los cambios son "más políticos que técnicos" y que se requiere del compromiso del gobierno en su conjunto para realizarlos (especialmente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público), es necesario seguir debatiendo sobre cómo resolver las necesidades de salud de los mexicanos sin olvidar que no se parte de cero y que existe una rica historia de éxitos y aprendizajes.

Sin duda son grandes los desafíos, pero México tiene experiencia, personas y competencias para lograr mayores avances y constituirse así, como en otros ámbitos, en líder de la región de las Américas en el logro de los derechos ciudadanos en materia de salud.

Por décadas México, con visión de Estado, ha buscado mejorar su sistema de salud. El *Plan Nacional de Desarrollo* del actual gobierno de México se ha propuesto para los años 2013/2018 alcanzar el acceso universal en salud. En las palabras del Presidente Peña Nieto:[xv]

xv Discurso del Presidente Peña Nieto en la Clausura de la Trigésima Segunda Asamblea General Ordinaria de Asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. el 27 de junio del 2013, citado de http://www.presidencia.gob.mx

> […] si bien se han logrado avances significativos […] todavía existen amplios sectores de la población que en los hechos no pueden ejercer su derecho a la salud […] Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud […] Para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es un derecho laboral.

El Presidente tiene sólidos argumentos para seguir impulsando mejoras en el sistema de salud. Las razones están a la vista: el elevado gasto de bolsillo es señal inequívoca de que el acceso a servicios de calidad aún es limitado; los cambios epidemiológicos en México se están dando a gran velocidad exigiendo cambios en el modelo de atención; el nivel de inversión en salud ha tenido un incremento importante en los últimos años y se exige una mayor eficiencia en el uso de los recursos, que estén más ligados a desempeño, a un mayor impacto y con mayor rendición de cuentas; finalmente, la situación financiera del IMSS obligará a replantear muchos aspectos del actual estado de cosas. En fin, hay razones, hay voluntad y capacidad para emprender ya el futuro.

Con el ánimo de contribuir con los ejes rectores de la Secretaría de Salud (prevención, acceso y calidad) y en la formulación del *Plan Nacional de Desarrollo* del Gobierno de México, la OPS/OMS en México seguirá colaborando en el diálogo más allá del esfuerzo plasmado en esta publicación, con el objeto de contribuir a la creación de políticas públicas que puedan generar impacto en el corto y mediano plazo. Los cambios en salud son procesos sociales complejos y requieren de grandes esfuerzos de articulación técnica y sobre todo política. Esperamos que estos esfuerzos contribuyan en este importante proceso.

Como se señaló en la presentación de esta publicación, escuchando las diversas propuestas y planteamientos, este libro busca contribuir a la propuesta del Presidente de México, y a la esperanza de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, de que el derecho a la salud sea una realidad cotidiana para cada mexicana y mexicano.

CAPÍTULO PRIMERO

1

Elementos esenciales para la Cobertura Universal

Aspectos conceptuales de la Cobertura Universal

Osvaldo Artaza.[xvi]

La salud es un bien de carácter social que, como la educación, contribuye de manera importante al desarrollo del capital humano y es un factor clave en el desarrollo sostenido de las naciones.

La situación de salud de los habitantes de un país está estrechamente vinculada con las condiciones sociales de las personas.[3] Por tanto, en indicadores relacionados con expectativa y calidad de vida, pesa mucho más el nivel educativo, el acceso a agua potable, el saneamiento ambiental y el nivel de distribución equitativa de la riqueza, entre otros muchos factores –que hoy se entienden como determinantes sociales de la salud– que la sola existencia de servicios médicos. Esto explica por qué los indicadores de salud no guardan una estricta correlación con el nivel de gasto en los sistemas sanitarios, tanto así que hay países en nuestro continente con niveles de gasto muy elevados, como Estados Unidos, que tienen un desempeño sanitario inferior a países de ingresos medios, como Costa Rica o Chile, que invierten hasta cinco veces menos.[4]

Con base en lo anterior, podemos afirmar que tanto la expectativa como la calidad de vida están asociadas básicamente a dos condiciones: al nivel de justicia social y a la forma en que los sistemas sanitarios están organizados. Los sistemas de salud modernos tienen como objetivo principal mejorar el nivel o condición de salud de las personas y poblaciones[5] con los recursos que la sociedad dispone. Este desafío contribuye en gran medida al desarrollo y a la gobernabilidad de los países.

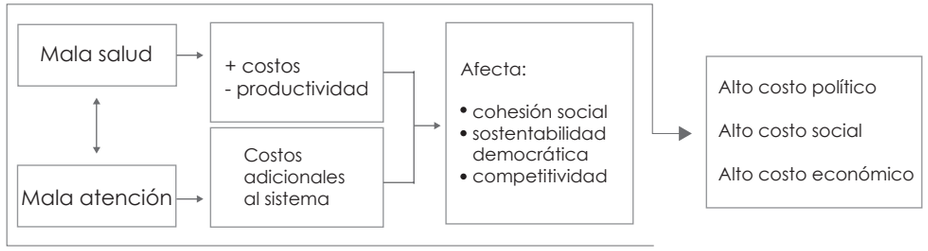
Para ser sostenibles las democracias deben, además de otorgar derechos políti-

xvi Sección preparada con la coordinación de Osvaldo Artaza, Asesor de servicios y sistemas de salud de la Representación de la OPS/OMS en México. Se agradece la colaboración de Alba Moguel de FUNSALUD. Las opiniones aquí vertidas, cuando no se cite fuente, son de exclusiva responsabilidad del autor.

cos a sus ciudadanos, asegurar niveles de justicia social y equidad en el ámbito de la protección social al ofrecer acceso a educación, salud, vivienda, empleo digno y seguridad financiera ante hechos vitales tales como la maternidad, la vejez, la discapacidad y la enfermedad, de manera que los ciudadanos efectivamente se perciban partícipes -y no excluidos- del desarrollo del país. Esto explica por qué acceder a servicios de salud de calidad sin el riesgo de empobrecer, se constituye en un derecho que hoy las personas exigen.[6] De no hacerlo, los países arriesgan su gobernabilidad y la posibilidad de tener un desarrollo equilibrado.[xvii]

Hoy, desde la perspectiva de los gobiernos, los sistemas de salud no sólo deben contribuir a mejorar la salud de la población a la que sirven, respondiendo a las expectativas de los ciudadanos, sino también deben contribuir a la cohesión social,[7] a la sostenibilidad democrática y a la competitividad de los países, logrando de manera equitativa los mejores resultados sanitarios a un determinado nivel de recursos. La mala salud implica costos financieros e impactos en la productividad; la falta de cobertura, el acceso inequitativo y la mala atención implican costos políticos; el gasto ineficiente y/o excesivo conlleva perdidas en competitividad (Figura 1).

Figura 1. Efectos de expectativas no satisfechas en la atención de salud



Fuente: Diseño propio.

Por lo anterior, los sistemas de salud deben ofrecer servicios equitativos y de calidad que protejan de modo no excluyente ni desigual a los ciudadanos de enfermar y de la desprotección financiera que esto puede implicar y, a la vez, hacerlo con la máxima eficiencia. Estos valores de universalidad y equidad están consagrados en la mayoría de los textos constitucionales[8] y han sido ratificados por los cuerpos directivos Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).[9,10,11]

La equidad en salud[12] debe abordarse desde la multidimensión de la justicia en los arreglos sociales y es esencial en el ejercicio de la libertad y las posibilidades humanas.[13] Ya no es aceptable para los ciudadanos que una persona no pueda tener la oportunidad de una vida sin enfermedades, discapacidad o mortalidad prematura evitables por razones socioeconómicas, étnicas, de género o cualquiera otra. La salud es esencial para nuestro bienestar y es claro que las capacidades humanas, tanto en el plano personal como en el colectivo, sólo se alcanzan en plenitud en el contexto de sociedades justas, equitativas y saludables; y ello contribuye, sin duda, al pleno desarrollo de las naciones.

Los sistemas sanitarios son construcciones sociales y están en constante proceso de ajuste, producto de las situaciones políticas, económicas, culturales, epidemiológicas, demográficas y geográficas. Éstos alcanzan su mayor eficacia cuando están alineadas con políticas sociales coherentes y persistentes que, en conjunto, buscan mayores niveles de justicia y de protección social para todos los ciudadanos de manera universal. En muchos de los casos, el origen del derecho a servicios de salud está vinculado a la seguridad social; situación que generó la segmentación de las poblaciones de acuerdo a su condición laboral. Este esquema respondió de forma eficaz hasta finales de la década de los años ochenta, en que iniciaron reformas de los sistemas en busca de más cobertura, mayor equidad en el acceso y eficiencia en la prestación de los servicios.

Después de ser entidades simples y de escasa eficacia, los sistemas de salud experimentaron, en el siglo pasado un crecimiento explosivo sin haber alcanzado todo su potencial de contribución a mejorar la salud; más como resultado de fallas en la forma en que se organizan y modelan sus estrategias y dan prioridad a sus acciones, derivado de su segmentación de origen, que como exclusiva consecuencia de la insuficiencia de recursos.[14] Es decir, los sistemas de salud pueden desperdiciar potencial del que disponen al estar mal estructurados, mal gestionados, organizados ineficientemente o financiados en forma inadecuada.

Los sistemas de salud de América Latina, con distintos matices, se originaron replicando una estructura social muy excluyente y estratificada, a partir de presiones y demandas de distintos grupos sociales. Nuestra Región no es la más pobre del mundo, pero si la más desigual en la distribución de su riqueza[15,16] y sus sistemas de salud se han caracterizado por su importante segmentación y fragmentación, y por fuertes inequidades en cobertura y calidad de la prestación de servicios. Existe un ámbito público, el de las secretarías de salud, que atiende a los segmentos más pobres de la población o que se encuentran fuera del esquema de la seguridad social; otro de la seguridad social para el sector formal de la economía; y un ámbito privado que atiende a los segmentos más ricos. Por lo general, no hay mecanismos adecuados de regulación que permitan reducir el impacto negativo de las imperfecciones de mercado.

En nuestros países, lo característico es la diversidad y lo propio de la región son las deficiencias en rectoría; la falta en marcos regulatorios comunes; el desarrollo de relaciones funcionales y/o contractuales entre diferentes ámbitos institucionales; la existencia de brechas de cobertura, equidad y eficiencia; y una insuficiente capacidad para evaluar las deficiencias en el desempeño general del sistema de salud, sin menoscabar los diferentes esquemas de financiamientos en la prestación de los servicios de salud.

En la búsqueda de sistemas de salud equitativos, solidarios y eficientes, surge la necesidad de "organizar, integrar la pluralidad y estructurar la diversidad",[17] es decir, promover la convivencia de un sinnúmero de actores en un ámbito

xvii La sostenibilidad y gobernanza de las democracias modernas, no se basan solamente en la posibilidad de que los ciudadanos participen en procesos electorales, sino también en que los frutos del desarrollo se distribuyan de tal manera, que todas y todos se sientan incluidos y partes legítimas de la vida en sociedad. Esta construcción de nuevos "pactos sociales" incluyen los derechos sociales y dentro de éstos de manera relevante el acceso a la salud.

integrado, regulado y orgánico. Para ello, la OPS/OMS ha planteado: políticas públicas universales de salud, financiamiento a través de fondos mancomunados, compra estratégica a proveedores, organización de proveedores públicos y privados en redes integradas de servicios de salud basados en la atención primaria,[18, 19, 20] regulación homogénea de la calidad, reglas de juego comunes y transparentes, y el empoderamiento de las personas y las comunidades locales. En ese sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su 67º período de sesiones, advirtió e invitó a los Estados Miembro a que reconozcan "la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud y protección social, incluidos los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional". Asimismo, señaló "que la mejora de la protección social en pro de la cobertura universal es una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo y contribuye a apoyar una transición hacia una economía más sostenible, inclusiva y equitativa."[21]

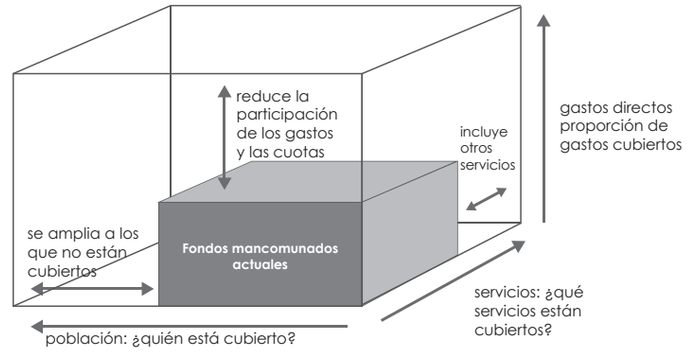
De esta manera, para poder cumplir con sus objetivos, los sistemas de salud deben generar recursos, producir acciones, financiarlas y ejercer rectoría. Los desafíos para todo sistema radican en extender la protección financiera de forma solidaria; mantener dicha protección de modo contra cíclico en épocas de crisis; aumentar la cobertura, eficiencia y calidad tanto técnica como percibida de los servicios y mejorar la función de rectoría de todas las demás funciones en los sectores público y privado, siendo esto último el más difícil y más importante reto para los sistemas latinoamericanos.

La función rectora del sistema de atención en salud, con la consiguiente definición de objetivos y prioridades ordenadores para todo el sistema es competencia estricta de los gobiernos, que además deben asumir la responsabilidad de lo que se ha denominado "funciones esenciales de salud pública," así como implementar instrumentos efectivos de regulación de la prestación de servicios, en especial en el ámbito de la calidad. En el cumplimiento de dichas funciones centrales, los gobiernos no pueden obviar –para el óptimo funcionamiento del sistema de salud– la implementación de políticas en el ámbito de la formación y desarrollo del recurso humano, de la inversión, de la introducción de tecnología costo-efectiva y de la investigación científica. La tarea de armonizar las estructuras, los recursos disponibles, y los incentivos organizativos con los objetivos globales de las políticas públicas es parte de las funciones claves de los gobiernos en rectoría y regulación y no es algo que pueda dejarse al sólo arbitrio del mercado o de los distintos actores del sistema. La debilidad de nuestros gobiernos en dichas funciones, así como en el propósito de garantizar la protección universal efectiva a sus poblaciones de responsabilidades, se explica, en gran medida, por la segmentación y fragmentación de nuestros sistemas, donde hay diversos actores federales y estatales, públicos y privados y diversos niveles que no comparten reglas del juego comunes y tienen serias dificultades para colaborar entre sí, ya que responden a diferentes preceptos legales, todo esto en detrimento de la equidad, eficiencia y calidad de la atención.

Los países buscan a través de políticas públicas asegurar condiciones de vida digna y garantizar derechos.[22,23] Por ello, además de referirnos a "cobertura" universal, utilizamos en este documento el concepto de "protección" universal.[24] De hecho, en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se señala que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud." Se entiende por protección social en salud a "la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo."[25] Por lo tanto, la cobertura y el acceso efectivo son una expresión o resultado de dicho concepto más amplio de protección y se constituyen en una imagen objetivo hacia la cual orientar la transformación del sistema. El término cobertura suele entenderse como la presencia física de establecimientos de salud distribuidos de manera homogénea en un territorio o a la afiliación formal de las personas a un seguro o institución independientemente de que éstas puedan acceder de forma efectiva a servicios de calidad de forma oportuna. Sin embargo, cobertura y acceso universal implican una visión más compleja relacionada no sólo con la dimensión poblacional sino con la cantidad y calidad de los servicios que se ofrecen y se brindan, y con el gasto que se impone a las personas y familias por causa de estos servicios.

El desafío es proteger de manera universal a las personas del riesgo de muerte prematura o discapacidad evitables por falta de acceso a una asistencia resolutiva y contra el riesgo de afrontar costos médicos que les empobrecería (Figura 2). Este desafío implica transitar de las políticas de "focalización" hacia las políticas públicas universales en salud que abordan las tres dimensiones que señala el *Informe de la Salud en el Mundo* del año 2010: el eje horizontal de la población bajo protección; el segundo eje horizontal de la cuantía de derechos garantizados; y el eje vertical que representa el porcentaje de gratuidad y de impacto en la disminución del gasto de bolsillo. Cuando se habla de gratuidad, no se refiere a que la salud "no cueste", sino a la existencia de arreglos financieros *ex ante* que eviten el desembolso al momento de la atención. Los objetivos explícitos de esto son: 1) re-distribuir recursos de quienes se encuentran en buena salud hacia quienes necesitan servicios de salud, por eso la necesidad de contribución "ex ante"; y 2) proteger los individuos del riesgo de incurrir en gastos catastróficos.

Figura 2. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



Fuente: Informe Salud en el Mundo 2010, OMS

La protección social en salud se constituye en un marco de referencia para la concreción del acceso al cuidado de la salud entendiendo a ésta como un derecho o un bien preferencial que la sociedad consagra haciendo los arreglos para que este derecho se materialice. Está basada en la concepción de la salud como un derecho humano fundamental y un requisito para el desarrollo humano y social. Esto implica que se supera la cobertura y el acceso a la salud como una "asistencia" paternalista del Estado o un mero "bien de consumo" en el mercado ya que desde esta perspectiva se constituye en un conjunto de derechos exigibles para los ciudadanos que el Estado debe garantizar. Por ello, las políticas de protección social en salud deben orientarse a la universalidad, garantizando no sólo el acceso, sino además la calidad, la oportunidad y la protección financiera respecto de los servicios de cuidado de la salud. Sin embargo –aunque universales– estas políticas deben ofrecer acceso explícito, con sustento financiero garantizado, a acciones sobre poblaciones, ambiente y personas que tengan relación con las prioridades y objetivos sanitarios de los países y estar atentas a producir respuestas especiales para necesidades especiales, siendo permeables al enfoque de género y proactivas en la atención de las necesidades de las minorías étnicas y culturales. El concepto de protección social en salud no debe ser estático sino que debe estar en constante evolución.

Dado que nadie puede garantizar "todo para todos", el modo de racionar o "administrar la escasez" se convierte en un gran debate actual. Lo que no puede obviarse es que la "escasez" es un hecho y que debe enfrentarse de modo racional, basado en evidencia y de cara a la ciudadanía. Dicho debate no es exclusivamente técnico sino también político debiéndose resolver a través del ejercicio de la democracia. Lo que ya no es aceptable son ofertas cargadas de populismo de "todo para todos y al mismo tiempo" que se traducen en "acceso universal a listas de espera", o por otro lado, "paquetes básicos" que se limitan a contener costos, ofertar "pobres servicios para los pobres" consagrando la inequidad. Es evidente que en nuestros países seguirán habiendo filas de espera, las que podrán resolverse en la medida que se mejora la cobertura y la resolución del primer nivel y que se diseñan estrategias para priorizar actividades de mayor impacto en la carga de enfermedad de los países. Es así que hoy, en la mayoría de los países de América Latina, existen las condiciones para asegurar derechos explícitos universales y de carácter integral en el primer nivel de atención y frente a gran parte de los problemas de salud que requieren atención especializada, en la medida que los servicios se otorgan aplicando guías clínicas construidas con base en evidencia de costo-efectividad. El proceso de transformación del sistema hacia la cobertura y el acceso universal de salud debe incluir la construcción de un sistema de garantías que incorpore conjuntos de prestaciones integrales formulados con base en criterios múltiples tales como: efectividad y costo-efectividad, necesidades epidemiológicas, y suficiencia financiera y operativa de las redes.

El financiamiento para una cobertura y acceso universal efectivo con base en la garantía de derechos

El financiamiento debe ser instrumental a la construcción del derecho a un acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Es decir, estamos en una discusión de construcción de ciudadanía y expresión de derecho, no de meros medios financieros. Esto implica proporcionar los recursos públicos suficientes para sostener la producción social de servicios de calidad, disociar la contribución de los individuos al financiamiento de los servicios del momento en que éstos recurren a ellos, mantener criterios para que este financiamiento sea fiscalmente responsable, y contar con mecanismos de ejecución transparentes de forma que puedan garantizar su legitimidad y consecuente sustentabilidad a través del tiempo.

La mancomunación de fondos[xviii] busca reunir la cantidad más elevada de recursos financieros posibles para una sociedad determinada, así como diluir los riesgos de los individuos de padecer problemas de salud que requieran las atenciones ofertadas, entre el mayor número posible, de forma tal que la porción que cada uno deba aportar sea lo más pequeña posible, pudiendo ser simbólica, a manera de contribuir a que exista una consciencia social de cuidado de la salud que disminuya el gasto por enfermedades que pueden ser prevenibles y atendidas desde el primer nivel de atención. En este sentido, la mancomunación tiene una primera lógica de eficiencia que se ve reforzada por la disminución de costos de administración asociada a la existencia de un número más reducido de fondos de aseguramiento. Tanto o más importante que la lógica de eficiencia, existe una lógica de equidad y solidaridad para la mancomunación de fondos. Este tipo de mecanismo permite poner en movimiento dos "motores" de generación de equidad que posee el sector salud y que lo distingue de los demás sistemas sociales. Éstos consisten en permitir la transferencia de recursos de los individuos sanos a los enfermos y redistribuir recursos financieros de quienes poseen más hacia quienes tienen menos (en la medida, por supuesto, que el fondo mancomunado se financie principalmente a través del tesoro nacional por el Estado y que éste presente una fiscalidad hasta cierto punto progresiva, y/o con base en primas que representen un porcentaje determinado de los ingresos de los miembros del fondo).

Una importante función del sistema de financiamiento que debe discutirse es la de asignación de recursos de modo que se sepa si los recursos invertidos son eficaces en términos de resultados e impacto para que así el esquema de financiamiento refuerce su legitimidad ante los tomadores de decisión, las autoridades políticas y sus constituyentes. Una función del financiamiento que tendemos a dejar de lado en la discusión, y que tiene importancia en la construcción de la cobertura universal efectiva en salud, es la arquitectura de incentivos a nivel de los mecanismos de pago a los prestadores, los que deben apuntar hacia la consecución de un impacto sanitarios para transitar del pago histórico, o por acto, al pago por desempeño en salud, y deben estar alineados con una lógica de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basados en la APS. A su vez deben considerar incentivos en la remuneración de los recursos humanos en salud (RHS) y su influencia en el mayor o menor grado de alineamiento de éstos con los objetivos del sistema. En este caso, existe un potencial para incidir en el nivel de compromiso que los RHS adquieran (y demuestren en su práctica cotidiana) respecto del esfuerzo de garantizar un acceso a servicios de calidad dispensados con una preocupación por el individuo y su dignidad.

xviii En el caso de México, mancomunación de fondos se traduce en un "fondo único para todo el sector salud" que supera la actual segmentación en el financiamiento.

Cobertura y acceso universal efectivo como construcción social

La evidencia señala que los países que han obtenido niveles más altos de cobertura y acceso universal efectivo lo han logrado a través del desarrollo de: procesos políticos y sociales que permiten el aumento de la inversión en salud en períodos de crecimiento; el incremento del gasto en salud por vías solidarias (ya sea por reformas tributarias que sustentan aumentos de la inversión en salud a través de las leyes anuales de presupuesto, de incrementos en aportes a fondos mancomunados, o vía impuestos generales, contributivos o mixtos); así como del liderazgo de gobiernos que han puesto en la agenda pública la cobertura universal en salud, procesos de negociación y consenso; y políticas públicas en salud persistentes. (Figura 3)

Figura 3. Elementos hacia la cobertura y el acceso universal efectivo

Fuente: Área de Sistemas y Servicios de la OPS.

Para el logro de sostenibilidad de un enfoque de protección social en las políticas públicas de salud es necesario lograr cierto nivel de consenso y acuerdo social y político. A su vez, estos procesos de acuerdo contribuyen a aumentar la cohesión social basada en valores democráticos mediante la apropiación, por parte de la misma sociedad, del concepto de derecho a la salud y los papeles del Estado y los ciudadanos en la concreción de tales derechos fundamentales.[26] La salud entendida como resultado de dichos procesos, puede constituirse en un importante elemento de construcción de ciudadanía y de gobernabilidad.

Vivimos un escenario difícil para los sistemas de salud: distintas etapas -según cada país- de transición demográfica y epidemiológica, permiten observar patologías que ya hace algunas décadas dejaron de ser propias de países desarrollados (enfermedades metabólicas, cáncer, cardiovasculares y crónico degenerativas, y traumatismos), coexistiendo con problemas del subdesarrollo (enfermedades infecto contagiosas), que afectan a toda la población pero en especial a los sectores más pobres (acumulación y polarización epidemiológica); patologías emergentes como el SIDA y re-emergentes como la tuberculosis; la violencia como un fenómeno ascendente, así como los accidentes, los trastornos de la salud mental y a las adicciones (drogas, alcohol, tabaco) por enumerar algunos de los más próximos y evidentes. Por otra parte, en todos los países de América Latina se observa un progresivo envejecimiento en la estructura de las poblaciones, derivado del aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad y de la natalidad, que se manifiestan con diferente magnitud entre y al interior de los diferentes países en función, en gran medida, del nivel de justicia y desarrollo social, económico, ambiental y tecnológico alcanzado. Lo anterior, unido a la alta vulnerabilidad ante los desastres naturales de extensas áreas de la región, a la dispersión geográfica de la población y a la alta proporción de población indígena y socialmente excluida, implica un permanente esfuerzo de articulación entre los esquemas tradicionales y modernos en materia de promoción de la salud, de prevención frente a riesgos y de mitigación de daños.

ASPECTOS ESENCIALES PARA DAR FORMA AL SISTEMA DE SALUD PARA LA COBERTURA UNIVERSAL

Osvaldo Artaza; Raúl Anaya; Ricardo Fábrega; Claudio A. Méndez; [xix]

En esta sección se estudian los aspectos esenciales para dar forma al sistema de salud que contribuya al logro de la cobertura universal, en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de los ciudadanos. Dentro de estos aspectos, señalamos como de la mayor relevancia la capacidad del ejercicio de la función rectora por parte de la autoridad sanitaria; la posibilidad de un financiamiento alineado; participación social; y la existencia de un modelo de atención que estructure el sistema en redes integradas basadas en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Rectoría para la cobertura universal

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud tienen como objetivo el mejoramiento de la salud de la población, proveer protección financiera frente a los riesgos en salud y responder a las expectativas de las personas.[xx] Para lo anterior, deben ejercer funciones tales como rectoría, financiamiento y prestación de servicios, entre otras.

La conceptualización de la función de rectoría ha sido vista desde diferentes enfoques. La OPS/OMS[xxi] desarrolló en 1997 un marco conceptual a partir de la experiencia en la región de las Américas para entender la rectoría. De acuerdo con dicha organización la rectoría es "el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno […] es una función de competencia característica del gobierno ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional y que su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales." Así, se establece que la rectoría abarca seis dimensiones que son responsabilidad indelegable de la Autoridad Sanitaria: conducción, regulación y fiscalización, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión, y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública.

Es evidente que la debilidad en la función de rectoría se traduce, entre otros aspectos, en que no exista un modelo compartido de atención para todo el sistema de salud, por lo que un contexto de rectoría débil se transforma en el principal obstáculo para crear un sistema estructurado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basado en la APS.

Por lo tanto, la primera medida que deben emprender los países para modelar su sistema de salud para resolver las necesidades de las personas y obtener el mayor nivel de salud posible a través de la cobertura universal pasa necesariamente por el fortalecimiento de dicha función esencial del Estado.

Financiamiento para la cobertura universal[xxii]

La cobertura universal en salud es una suerte de utopía que nunca termina de lograse por completo. Aun así, todos los países pretenden mejorar la igualdad en la utilización de los servicios sanitarios, la calidad de estos y la protección financiera de su población. Por ello, la búsqueda de la cobertura sanitaria universal es importante para cada país. La política de financiamiento de la salud es un elemento esencial en los esfuerzos para avanzar hacia la cobertura universal.[27]

En cuanto a las prioridades del financiamiento, existen diferencias entre los países desarrollados y los emergentes. Por ejemplo, los primeros, gracias a su nivel de ingresos y el desarrollo de los sistemas de salud, ya han universalizado la cobertura en salud; por tanto, centran su preocupación en la contención o racionalización de costos. En contraste, los segundos están obligados a mejorar las coberturas y redes de atención aunque no pueden soslayar las restricciones presupuestarias para estos logros.[28] Siempre habrá en nuestros países debate sobre cuánto invertir en salud y las fuentes de dicho financiamiento.

Aunque es evidente que la condición de salud de las personas está influida por el desarrollo de una nación, no es menos cierto que dicho desarrollo no es posible sin condiciones adecuadas de salud. La relación es biunívoca y de interdependencia, siendo también el sector salud un importante dinamizador de la economía. Un gasto desmedido en el sistema sanitario puede afectar la competitividad de un país, pero una inversión insuficiente puede constituirse en el principal freno al desarrollo. En el debate sobre la "suficiencia" de la inversión en salud hay que considerar al menos los siguientes aspectos:

xix Las opiniones no citadas son responsabilidad exclusiva de los autores.

xx "Informe sobre la salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud". (OMS, 2000).

xxi "Dimensiones del Rol Rector en Salud". XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS, 1997).

xxii Esta sección de financiamiento, páginas 41 a 45, está basada extensamente en los trabajos de Rafael Urriola; especialmente en el libro "Economía y Salud. Aportes y Experiencias en América Latina". OPS/OMS. Santiago de Chile; 2011.

Tabla 3. Aspectos esenciales en el financiamiento para la cobertura universal

1	Una inversión "razonable" en salud para un país de ingresos medios debe estar sobre la media de América Latina. Este gasto debe reflejar un esfuerzo por que el promedio invertido sea mayor en las zonas alejadas y en las áreas de pobreza.
2	La inversión debe provenir sobre todo de impuestos generales de la nación. Si hay aporte contributivo o de otras fuentes éste debe mancomunarse con los provenientes de impuestos.
3	Si la fuente principal del financiamiento son los impuestos, éstos deben ser progresivos y se debe evitar que parte importante provenga del impuesto al consumo.
4	El Estado no debe delegar su responsabilidad de asignar los recursos a los prestadores de salud y la política de asignación debe garantizar derechos en salud equitativos con base en objetivos sanitarios.
5	La asignación de recursos debe seguir las necesidades de salud de la población y debe ser equitativa. Esto implica que debe disminuirse al mínimo el gasto de bolsillo sobre todo a los sectores más vulnerables.
6	La inversión debe estar dirigida a fortalecer la cobertura, resolución y calidad del primer nivel de atención.
7	La política de asignación y los mecanismos de pago a prestadores públicos y privados debe incentivar un modelo de RISS basado en APS y alineado con el desempeño y el impacto sanitario.
8	Los mecanismos de pago no son neutros. Mientras el pago histórico incentiva la ineficiencia y el pago por evento una escalada inflacionaria de costos, el desafío radica en la elección dinámica de una mezcla que genere los mejores incentivos al desempeño y el impacto sanitario.

La tendencia a medir el gasto en salud como proporción del PIB es insuficiente porque las diferencias en los valores absolutos impactan en las capacidades de oferta general de los servicios de salud. En este sentido, crecimiento económico y cobertura de la salud están correlacionados porque, además, los bienes y servicios de salud pueden ser catalogados como bienes públicos globales en los cuales la provisión es central para asegurar el bienestar de la población en un mundo globalizado.[29,30] Empero, los gastos de salud de los hogares aumentan de forma conjunta con el incremento de los ingresos. Esto tiene justificación porque las personas, cuando pueden, prefieren vivir más pero, además, de manera saludable.

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2010* de la OMS ofrece orientaciones prácticas y medidas que pueden adoptar los países para modificar sus sistemas de financiamiento para aumentar la cobertura sanitaria y mantener los logros ya alcanzados.

El gasto sanitario mundial ha aumentado de forma constante a lo largo del siglo XXI ya que pasó de representar el 8% al 9.2% del PIB del mundo entre el año 2000 y 2010.[xxiii] En gran medida, esta tendencia es producto de la alta prevalencia de enfermedades transmisibles en algunas partes del mundo y el aumento generalizado de las enfermedades no transmisibles (como las enfermedades coronarias, el cáncer y los trastornos crónicos como la obesidad) cuyo tratamiento es de alto costo. Aunado, es de esperarse que el gasto sanitario continúe aumentado

xxiii OMS. World Health Statistics 2013. Ginebra. OMS; 2013.

conforme se desarrollen medicamentos y tecnologías cada vez más avanzados para su tratamiento.[xxiv] Cabe señalar que la distribución de este gasto no es equitativa ya que los países de la OCDE, que sólo representan el 18% de la población mundial, constituyen el 86% del gasto sanitario mundial.

Como consecuencia, los sistemas públicos de salud reciben críticas que en apariencia son contradictorias. Por una parte, se dice que el sistema es demasiado oneroso y, por otra parte, que no hay suficiente inversión. Las autoridades de salud –a veces apoyadas por los encargados de las cuentas fiscales– reclaman que los costos de salud aumentan más que la tasa de crecimiento económico general lo cual provoca endeudamiento. Pero, de forma simultánea, se critica a los servicios públicos por no otorgar servicios de calidad. El desafío actual es asegurar a la sociedad más salud por el dinero. Si el objetivo de incorporar nuevos procedimientos, bienes y equipos a la oferta de servicios de salud es mejorar la calidad de vida y/o la satisfacción usuaria entonces es imprescindible disponer de los instrumentos que permitan esta medición. Existen algunos criterios y modelos "objetivos" como los QALY,[xxv] DAILY,[xxvi] etc. y otros "subjetivos" como las encuestas de autopercepción de salud. Será necesario revisar las propuestas al respecto,[31,32,33] para evaluar la factibilidad de aplicación en países que no disponen de la suficiente información.

En todo caso, los criterios para decidir sobre las opciones de gastos deben considerar simultáneamente los factores técnicos (efectividad y calidad) y los sociales porque los indicadores generales de salud son mejores en sociedades con mayor equidad. Los resultados en salud guardan directa relación con la equidad[34] de los costos en grupos vulnerables podrían ser atribuidos solamente a las desigualdades.[35]

Asimismo, es posible evaluar eficiencia y costos usando mecanismos que combinan el método de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (DRG por sus siglas en inglés) con otros que ha desarrollado desde hace años la OPS, como el programa *WinSig* que hoy lo ha perfeccionado en el programa de análisis de la Producción, Eficiencia, Recursos y Costos (PERC),[36] que señalan que es esencial realizar un análisis de costo-efectividad antes de invertir los recursos.

Es clave avanzar en el desarrollo de sistemas de costeo para fundamentar el incremento de los recursos al sistema de salud. Ejemplo de ello es la experiencia chilena pues en este país se establecen transferencias del presupuesto de la Nación al Ministerio de Salud según prestaciones valoradas,[37] existiendo un estudio de costo-efectividad de intervenciones en salud[38] que es muy útil para evaluar la efectividad del sistema en general.

En las decisiones de financiamiento es decisivo evaluar los cambios en los estados de salud de las poblaciones, reconociendo el impacto de los determinantes sociales que no provienen de la medicina ayuda de forma decisiva a la mejoría de los estados de salud.[39] Hace poco surgió un análisis complementario, acuña-

xxiv OMS. Informe de la Salud en el mundo 2010. Ginebra. OMS; 2010.

xxv Quality-adjusted life year (QALY).

xxvi Disability-adjusted life year (DALY).

do con el concepto de "*value for money*",[40'41] que diferencia gastos y costos y que tiene por objeto: hacer el mejor uso de los recursos disponibles para la prestación de servicios de salud, privilegiar acciones que maximicen la utilidad de salud de la población (la cantidad adecuada/ calidad /mezcla de actividades con los recursos disponibles), y usar los insumos (personal, suministros y activos) de una manera que maximice los resultados. Es decir, no pagar más de lo necesario por los insumos al precisar la relación entre utilidad marginal y costo marginal (por ejemplo, un medicamento que sustituye a productos anteriores).

Como ya se ha señalado, los sistemas de salud en América Latina (AL) son notoriamente segmentados y fragmentados, lo que exacerba la exclusión y la ineficiencia.[42, 43] Este fenómeno exige a las autoridades públicas de salud desarrollar metodologías de asignación de recursos que incentiven la integración del sistema. Es necesario disponer de metodologías para establecer mecanismos de desarrollo del sector público que aseguren redes efectivas de derivación intersectoriales que eviten los "cuellos de botella" sanitarios que surgen cuando las unidades están fragmentadas o cuando se rigen por criterios de mercado y de forma independiente de la cobertura y las necesidades de la población. Asimismo, deben existir metodologías para establecer mecanismos de pago a los prestadores privados que aseguren alineamiento de estos últimos a los intereses nacionales.

Estudios recientes desarrollados en países de la OCDE señalan que no existen argumentos suficientes para zanjar la supuesta superioridad en eficiencia o desempeño del sector privado sobre el público.[44, 45, 46] También, en estudios en AL, tampoco hay consenso con respecto a los costos entre la oferta pública y privada.[47, 48] En general, el sector de prestadores privados responde al criterio de instalación de unidades según optimización por escalas de demanda, lo cual no puede permitirse en el sector público. Aun así, transparentar los costos, diferenciando de acuerdo a la heterogeneidad de la estructura de demanda, será útil para las autoridades sanitarias y económicas, sin olvidar que siempre habrá una "oferta estratégica" que sostener. Esto último explica que habrá centros de salud en zonas rurales y de población vulnerable que deberán ser financiados sin importar su "rendimiento económico." No podemos tampoco olvidar que hay grandes zonas de AL que pueden denominarse zonas "de no mercado" sea por sus condiciones geográficas o por la capacidad de consumo de las personas; estas zonas se observan principalmente en áreas rurales y de pobreza urbana.

La forma de llegar a la cobertura universal no es independiente de los medios que se utilicen para alcanzarla. Elegir una u otra alternativa tendrá influencias decisivas sobre la eficiencia, el impacto en salud y el costo general de las atenciones de salud. Un exceso de liberalismo conduce inexorablemente a una escalada de costos en un contexto de bajo impacto. La reciente reforma planteada por el Presidente de Estados Unidos, Barack Obama, es un excelente ejemplo. El diagnóstico arrojaba como resultado divergencias profundas entre resultados y gastos en salud que superan el 16% del PIB (la proporción más alta del mundo), acceso inequitativo a los servicios sanitarios e ineficiencia de cobertura y costos en las pólizas de seguros privados y de los seguros públicos.[49] Ante este escenario, la reforma propuesta por el Presidente Obama busca avanzar hacia la cobertura universal y mejorar la eficiencia en cuanto a los mecanismos de pagos del programa Medicare.

Por otra parte, la transparencia de los costos y su conocimiento público son útiles para que la sociedad defina los recursos que se necesitan para mejorar la salud de la población. Sin embargo, las comparaciones pueden ser erróneas si no se incluyen los factores de equidad y universalidad. De cualquier modo, hay consenso en que la proporción de los gastos de bolsillo está directamente relacionada con la inequidad. Empero, hoy en día algunos países europeos, después de haber avanzado hacia una cobertura universal y gratuita para la mayoría de las prestaciones, proponen para reducir costos:[50] moderar el uso de medicamentos; estimular el consumo de genéricos; desincentivar las consultas múltiples; orientar a los pacientes por medio de médicos de familia; orientar a que se usen los prestadores de menores costos y mejor calidad; y promover hospitalizaciones de menor duración.

Todos los países de la Unión Europea tienen sistemas de copagos cuyos objetivos son racionalizar el acceso a las prestaciones, reducir la demanda de servicios de salud y ajustar los déficits del sector público. Sin embargo, en el caso de los países de AL, donde hay tanta inequidad y barreras de acceso de toda índole, lo óptimo es avanzar hacia terminar por completo con los copagos,[51] sobre todo de los servicios de primer nivel de atención.

Con respecto a los criterios sobre los cuales basar políticas de financiamiento de la salud, puede ser útil incorporar los términos de la agenda de desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)[52] que está basada en seis pilares en el área de la salud que pueden resumirse en la siguiente tabla:

Tabla 4. Seis pilares en el área de la salud para la agenda de desarrollo de la CEPAL.

Pilares en el área de la salud
Política de salud inclusiva, universal y que mitigue la volatilidad de quienes sólo cotizan por períodos parciales del año.
Superar –recortar brechas- la heterogeneidad estructural entre subsectores de salud segmentados y fragmentados mejorando la inversión en el sector público.
Reducir las brechas de infraestructura y recursos humanos en los distintos territorios que afectan las capacidades de atención, institucionales y de desarrollo social, y que inhiben capacidades de derivación en el sistema.
Redefinición de las calificaciones necesarias de los trabajadores y profesionales de la salud para afrontar el cambio demográfico, tecnológico y epidemiológico.
Asegurar que el gasto social en salud reduzca las brechas que expresa la desigualdad social desarrollada ampliamente en este documento.
Construir pactos sociales y fiscales así como definir el nuevo papel del Estado con especificaciones para el área de la salud.

Participación social para la cobertura universal[xxvii]

En las últimas décadas, la mayoría de los países de AL y el Caribe han sido actores y testigos de procesos de reformas del sector salud impulsados, sobre todo, por cambios epidemiológicos, demográficos, sociopolíticos y por propuestas de organismos internacionales que buscan reducir el gasto en salud.[53] Sin duda alguna, los cambios descritos previamente fueron aspectos claves en los procesos de reforma de los sistemas de salud promovidos en la década de los años noventa. Estos procesos se orientaron a promover la equidad, la calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos al descentralizar los servicios y fortalecer las instancias de participación social de los sistemas de salud. Sin embargo, hasta el día de hoy, las evaluaciones en materia de participación social y su impacto en los sistemas de salud han sido escasas.[54]

La declaración de Alma Ata definió a la participación social como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población.[55] Sin embargo, la participación social en salud ha sido interpretada desde dos perspectivas: una utilitarista, donde los gobiernos y otros sectores de la sociedad se valen de los recursos disponibles en la comunidad para compensar costos en la provisión de servicios de salud; y otra que la concibe como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población.[56] Bajo esta última premisa, la participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, de forma individual o colectiva, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada, activa y democrática.[57, 58]

No obstante, la participación social en salud no ha logrado superar las múltiples dimensiones, actores sociales y contextos sociopolíticos que favorecen la generación de ambigüedades e incoherencias entre quienes la proponen como una vía para fortalecer los sistemas de salud y los equipos que las implementan.[59,60] En el caso de algunos países de AL, la participación social en salud ha sido definida como un mecanismo de mejoramiento del sector de la salud, convirtiéndola así en una instancia fiscalizadora de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos.[61] Esta visión es, sin duda, contrapuesta con la participación social en salud como una "función esencial de la salud pública,"[62, 63] en el sentido de facilitar el co-protagonismo de la comunidad organizada en los diferentes programas sanitarios y fortalecer la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. Más aún, con la necesidad de que la participación social en salud se aborde desde la perspectiva de los derechos humanos y la democratización de los servicios de salud, entendida la democratización como un proceso histórico en donde las relaciones entre el Estado y la sociedad se vuelven más cercanas y co-responsables.

xxvii Esta sección de participación social, está extensamente basada en investigaciones de Claudio A. Méndez de la Universidad Austral de Chile, especialmente en su artículo: Méndez CA, Vanegas López JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(2):144–8.

El concepto de participación social ha mutado hacia una suerte de juego entre consumidores y proveedores, donde los primeros tienen demandas y necesidades que los proveedores de servicios de salud tratan de satisfacer.[64] Esta perspectiva discrepa con la participación social vista como la oportunidad de estimular la autonomía local y la participación activa en el diseño, implementación de políticas públicas de salud.[65] De allí que el concepto de participación social conlleve la complejidad de convocar distintas visiones para su inclusión en las políticas de salud. Sin embargo, los procesos de reforma de los últimos 20 años que se dieron a lo largo de toda AL -siendo los procesos de descentralización uno de sus ejes principales- pudieron haber sido una gran oportunidad para promover la participación social. En la práctica ello no sucedió ya que la formulación de éstos se dio de forma centralizada y al margen parcial o total de mecanismos de participación social. Por ende, lo que hoy observamos son a "pacientes participando en su papel de consumidor" y no a personas organizadamente participando en el diseño e implementación de políticas.[66 - 72]

En este marco, la participación de la ciudadanía en el sistema de salud se limita a aspectos formales tales como el establecimiento de prioridades y la asignación y distribución de los recursos. Más aún, hasta la fecha la población, que debería ser protagonista y es de hecho el objetivo de las políticas públicas, se encuentra al margen de la toma real de decisiones en lo que algunos autores han descrito como un monólogo entre quienes formulan las políticas. En este sentido, el foco en los derechos humanos y la democratización que se propone como hechos torales para la cobertura universal podrían consolidar cambios colocando a la ciudadanía como eje central del quehacer en salud.[73, 74]

Para lograr alcanzar la cobertura universal en nuestros sistemas de salud es imperativo que la participación social trascienda como una vía para la democratización de los sistemas de salud. Avanzar en cobertura universal sin una perspectiva en la cual la ciudadanía sea parte de la construcción de los sistemas universales implica el riesgo de perpetuar la segmentación y fragmentación dentro de los sistemas y de sus relaciones con otros sistemas sociales que, en conjunto, construyen las redes de protección social de los países en AL.

Modelo de Atención

En el mes de septiembre de 1978, en Alma Ata, se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (APS). En dicha reunión, los países Miembros de la OPS/OMS expresaron la necesidad de emprender acciones por parte de los gobiernos, los profesionales sanitarios, y por la comunidad internacional para proteger y promover "la salud para todos." Para ello, en la Declaración de Alma Ata, se estableció que la APS: "forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud […] como del desarrollo social y económico global de la comunidad;" debe orientarse hacia los principales problemas de salud de la comunidad y debe incorporar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para atender dichos problemas; entraña a "todos los sectores y campos de actividades conexos del desarrollo nacional y comunitario […]; debe privilegiar la participación de las personas y las comunidades, fomentando la responsabilidad en el cuidado de su salud; promueve el trabajo

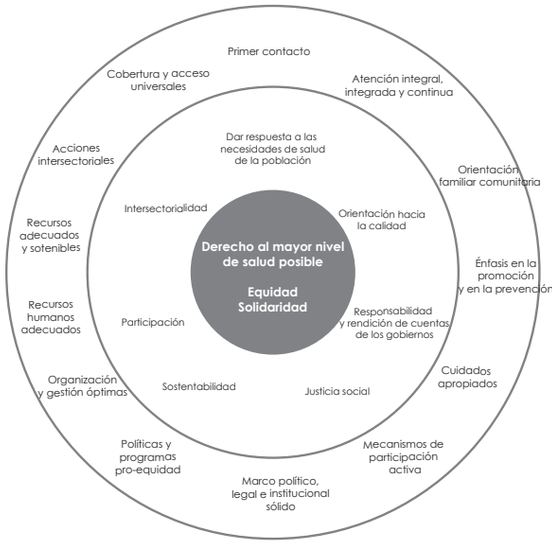
en equipo; insta al uso más eficiente de los recursos disponibles; y es parte del espíritu de justicia social del desarrollo"[75][76].

Posterior al reconocimiento de la APS como un componente fundamental de un sistema de salud efectivo, se desplegaron diversas experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo, demostrando que esta estrategia puede adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, luego de 35 años de práctica, la OPS sugiere la revisión de esta estrategia con el objetivo de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población.[77]

Las razones que justificaron la adopción de una estrategia renovada para la APS fueron: los nuevos desafíos demográficos, epidemiológicos y ambientales; el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la efectividad de la atención primaria; y el reconocimiento de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud. Incluso, se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos.[78]

La posición que plantea la OPS considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que los sistemas de salud basados en la APS son la estrategia más adecuada para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas. El documento de la *Renovación de la Atención Primaria de Salud* sostiene como objetivo último obtener resultados sostenibles de salud para todos. A continuación se presenta un diagrama acerca de los valores, los principios y los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS (Figura 4).

Figura 4. Valores y principios de un modelo de atención basado en APS

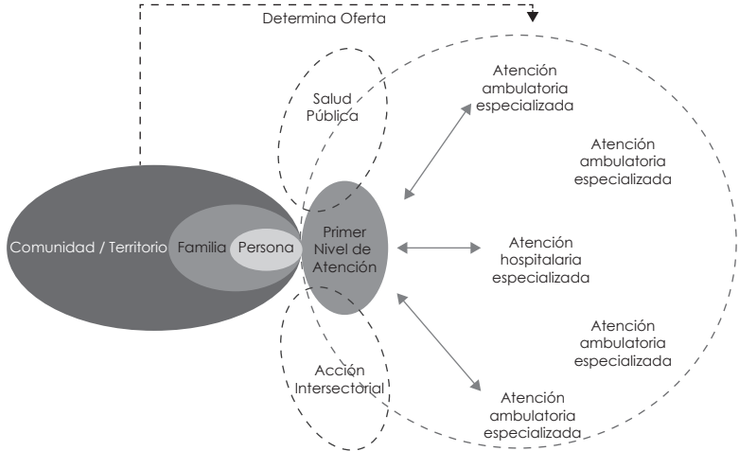


Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS, 2010.

El *Informe sobre la salud en el mundo* publicado en el 2008 por la OMS tuvo como centro de atención la APS y se tituló *La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca.* En él se estableció que después de Alma Ata, la APS ha sido interpretada en algunos lugares como la atención para los pobres o que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. La OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y su desarrollo en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo. En este sentido las reformas se consideran necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia "la salud para todos."[79]

A más de 30 años de Alma Ata, en la mayoría de los países de las Américas se han realizado reformas de los sistemas de salud por el aumento de los costos, los servicios ineficientes y de escasa calidad, las restricciones en los presupuestos públicos, el desarrollo de nuevas tecnologías, y por los cambios producidos en el papel del Estado. Los resultados han sido limitados, contradictorios o incluso negativos en lo que se refiere a la mejora de la equidad y de la salud de los excluidos. En las últimas décadas, la Región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga de los sistemas de salud persiste y las desigualdades son cada vez más amplias. Esta situación amenaza el mantenimiento de los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud, un desarrollo humano y la gobernabilidad de nuestras naciones. Esto ha llevado a la OPS a insistir en la necesidad de desarrollar sistemas basados en APS, lo que implica un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales se grafican en la Figura 5:

Figura 5. Representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en red[xxviii]



Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS, 2010. Adaptado por Artaza O. 2013

xxviii Llama la atención en la Figura que no aparece segundo y tercer nivel. Esto se debe a que los cambios tecnológicos y la ambulatorización de la atención han permitido difuminar los límites entre los niveles clásicos ya que, actualmente, la alta complejidad en la atención de salud se da por igual a nivel hospitalario que a nivel ambulatorio. Por lo anterior, hoy en día se tiende a hablar de primer nivel (puerta de entrada) y luego atención especializada ambulatoria y de internación.

Lo anterior fundamenta un modelo de atención conceptualizado como el diseño de la forma óptima en que se organizan los recursos materiales y humanos; niveles de atención; perfil de competencias, etc. a objeto de contribuir al mayor nivel de salud de las personas. También se refiere a las características, valores y principios, estructura y combinación de servicios de salud que se ofrecen en un país. Un modelo de atención se denomina "**integral**" cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, desarrolladas por el sistema de salud a través de actividades sobre el ambiente, las determinantes sociales, las poblaciones y las personas, están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad a las personas, considerando su integridad física, psíquica y social, así como los aspectos propios de la diversidad cultural, de género y de etnia, a lo largo de todo el ciclo vital. Se denomina "**centrado en las personas**" cuando las actividades desarrolladas por el sistema de salud tienen como eje la dignidad de las personas y entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. Se denomina "en red o **en redes integradas**" cuando un país hace arreglos para que diversos actores, o subsistemas, presten servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, compartiendo objetivos, reglas y normas comunes, rindiendo cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirven.[80]

Equidad, determinantes sociales y modelo de atención

La equidad en salud se refiere a la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud; en ese sentido, la acción hacia la equidad en salud pone el acento en la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas, denominadas "inequidades en salud" (Whitehead, 1991;[81] Evans *et al*, 2000;[82] Braveman y Gruskin, 2003).[83] Las teorías de Whitehead abrieron la vía para el desarrollo de una investigación más profunda de lo que se llamó, a fines de los años 1990, determinantes sociales de salud (Ruiz, 2011).[84] La equidad en el estado de salud implica que todos los ciudadanos tengan la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud y corresponde a la inexistencia de diferencias/desigualdades evitables en los riesgos, morbilidad y mortalidad entre grupos poblacionales. La equidad es socialmente determinada y su superación va más allá de las fronteras del sistema de servicios de salud, comprometiendo un modelo de desarrollo que contribuya al mayor nivel de justicia posible; a la acción intersectorial y al desarrollo de políticas sociales y económicas coherentes e integradas.[85,86]

Las desigualdades sociales en toda AL son profundas, con altísimas disparidades en salud debido al gran número de muertes tempranas prevenibles en los estratos más desfavorecidos. El índice de Gini[xxix] y la razón de ingresos entre los grupos poblaciones más ricos y los más pobres en estos países son de los más elevados del mundo. Estas profundas desigualdades económicas y sociales impactan en la salud al producir importantes inequidades con brechas en la mortalidad y morbilidad de los diferentes estratos sociales y con muertes en edades más tempranas en los grupos de ingresos más bajos. En la mayoría de los países de la región se observan inequidades en salud de género, entre etnias, áreas geográficas y territorios. Por lo tanto, promover la equidad exige incidir sobre los determinantes sociales de la salud, debate que tiene tradición en nuestro continente. La definición de la APS de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y la de promoción de la salud en 1986, resaltan un abordaje de la salud como concepto positivo y fuente de riqueza para la vida cotidiana que no se reduce al sector sanitario, sino que apunta al bienestar general y al desarrollo. En la Primera Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud, realizada en Santa Fe de Bogotá en 1992, se resaltaron los principales desafíos para la promoción en la región tales como: "transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos a los fines sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo."

Para la OMS, los determinantes más importantes, llamados estructurales, son los que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad como, por ejemplo, la distribución de ingresos, la discriminación y las estructuras políticas y de gobernanza. Los determinantes estructurales, que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas, "influyen en las posiciones sociales de los individuos y constituyen la causa principal de las inequidades en salud."[87] El factor más importante para explicar la situación sanitaria general de un país no es su riqueza total sino el modo en que se distribuye.[88] En 2005, la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud con el objetivo de priorizar la perspectiva de los determinantes sociales y apoyar a los países en la implantación de enfoques amplios que puedan hacer frente a los problemas de salud teniendo en cuenta sus raíces sociales y medio-ambientales (OMS, 2005ab; Ruiz, 2011). En octubre de 2011, la declaración de Río, emanada de la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de Salud en Brasil, identificó cinco esferas de actividad fundamentales para el abordaje de las inequidades sanitarias entre las que sobresalen: la necesidad de una mejor gobernanza, la participación en la formulación y aplicación de las políticas, y la reorientación del sector salud con foco en la reducción de las inequidades sanitarias. Esta Declaración destaca la necesidad de adoptar un enfoque intersectorial integral para el abordaje de los determinantes sociales de salud y la importancia de contar con sistemas de salud de buena calidad, universales, integrales, equitativos, eficaces, receptivos y accesibles (OMS, 2011).

Lo anterior, fundamenta la relación profunda entre el modelo de atención en salud, la acción intersectorial, las políticas sociales en su conjunto y el modelo de desarrollo de nuestros países.

Hacia un modelo de atención estructurado en Redes basadas en la APS

La OPS, en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fragmentados y segmentados, sostiene que es necesario implementar Redes Integradas de

xxix El índice de Gini es un indicador que mide la desigualdad en los ingresos de los individuos y varía de 0 a 1. El valor 0 del índice de Gini significa igualdad perfecta, ausencia de desigualdad en los ingresos; en otras palabras, significa que cada proporción de la población recibe la misma proporción de ingresos. En cambio, mientras más se aproxime este índice a 1 más grande es la desigualdad. El 1 indica desigualdad extrema; es decir, todo el ingreso es recibido por el individuo más rico.

Servicios de Salud (RISS)[xxx, 89] en los sistemas de salud del continente. Asimismo, ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deben ser considerados en el diseño e implementación de un modelo de RISS centrado en la APS con el objeto de que el usuario de los servicios perciba que sus cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo. Es decir, que no existan quiebres en la cadena lógica de sus requerimientos a pesar de que reciba prestaciones en distintos establecimientos o dispositivos. Este concepto de servicios de salud integrados está, desde hace décadas, en el discurso sanitario de los países de AL; sin embargo, discrepancias al instrumentar las medidas reales de coordinación y cooperación inter institucional han puesto obstáculos, hasta hoy difíciles de revertir, teniendo como base una realidad social, económica y política que no contribuye en lo absoluto a la sustentabilidad de sistemas integrados.

En la mayoría de los países de AL es el Estado, a través de los Ministerios de Salud o los distintos arreglos de seguridad social, el principal o más importante proveedor de recursos para los establecimientos de salud. Es por esto que podemos señalar que la gran mayoría de éstos pueden definirse como centros de salud de "función pública" de propiedad de los Ministerios o de la Seguridad Social o, incluso, de privados, con o sin fines de lucro, que funcionan bajo algún tipo de convenio con las instituciones públicas, ya que bajo distintos arreglos prestan servicios a personas carentes de recursos o derecho-habientes de seguridad social. Por lo que instalar RISS como modelo en nuestros países es una tarea que debe asumir el Estado a través de instituciones con adecuada capacidad de rectoría.

Lo anterior ha llevado a la OPS/OMS a insistir en la necesidad de desarrollar sistemas basados en APS, lo que implica un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales se señalan en la siguiente tabla:

Tabla 5. Elementos esenciales y requerimientos de un modelo de atención basado en APS

Elementos esenciales	Requerimientos
Basados en la salud como un derecho humano esencial.	Modelo de desarrollo centrado en la calidad de vida y los derechos humanos.
Centrados en las personas y las comunidades.	Políticas públicas de protección social inclusivas, universales, coherentes y persistentes.
Servicios aceptables para la población.	Rectoría efectiva del sistema.
Servicios equitativos.	Marco legal, institucional y organizativo coherente con redes integradas de servicios de salud.
Servicios integrales e integrados, apropiados y continuos.	Recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.
Servicios con énfasis en la prevención y la promoción.	Prácticas de organización y gestión en todos los niveles para lograr calidad, eficiencia y efectividad.
Servicios que garanticen un primer contacto del usuario con el sistema tomando a las personas, familias y comunidades como base para la planificación y la acción.	Mecanismos de participación individual y colectiva, de control social y transparencia.
Servicios que empoderan a los ciudadanos y a las comunidades.	Acciones intersectoriales para abordar determinantes de la salud y la equidad.
Servicios eficientes, seguros, confiables y de calidad	Financiamiento alineado con APS (una proporción significativa del gasto público debe ir hacia el primer nivel de atención).
	Incentivos para equipos de salud suficientes, motivados, competentes y resolutivos en el primer nivel de atención.

xxx La OPS /OMS define a las RISS como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve."

Una atención de primer nivel accesible y de calidad es la clave para el logro de la universalidad efectiva y es la base de las redes. Lo anterior exige la existencia de centros de salud de primer nivel de atención con al menos las siguientes características esenciales:

- Equipos multiprofesionales con una población determinada bajo su responsabilidad: médico, trabajadora social, enfermera, profesional obstétrica, psicólogo y odontólogo. Los profesionales tienen que tener estabilidad y, de manera ideal, formación continua en salud comunitaria. Deben existir incentivos para su retención y desarrollo.

- Infraestructura y tecnología apropiadas para atención de morbilidad las 24 horas, trabajo grupal y comunitario, controles preventivos, atención médica, de salud mental y oral, de la mujer, niño, adultos mayores y adolescentes reconociendo sus particularidades. Existencia de imagenología y laboratorio básico, y disponibilidad de telemedicina. Disponibilidad permanente de un arsenal farmacológico adecuado al nivel de resolución.

- Rondas médicas o sistemas móviles de atención en lugares de difícil acceso que sean gestionados desde el centro de salud de primer nivel correspondiente. Las citas (o agenda médica) del segundo nivel debe ser gestionado desde el primer nivel. Las guías clínicas o asistenciales deben ser de la red, no del segundo o tercer nivel, contemplando la participación activa de los profesionales del primer nivel en su diseño, implementación y evaluación.

- Competencias para la atención en contextos multiculturales. Tiempo protegido para atención y seguimiento domiciliario y para el trabajo comunitario en terreno y para la acción multisectorial.

- Asistencia permanente (asesorías, tutorías y capacitación continua) desde el segundo y tercer nivel al primero.

Lo anterior son algunos de los elementos que nos permiten acercarnos a una universalidad en el acceso real y no sólo de forma declarativa; lo que implica traducir políticas de Estado en una fuerte y continua inversión en el primer nivel de atención.

Ámbitos y atributos esenciales para un modelo en red

Dada la diversidad de entornos y contextos de los sistemas de salud de las Américas, no se puede prescribir un modelo único, pero se identifican una serie de atributos que siempre deben estar presentes en las RISS. Estas se relacionan con cuatro grandes ámbitos: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, y asignación de incentivos.

Tabla 6. Ámbitos y atributos de un modelo en RISS (adaptada por Artaza O. 2013)

Ámbitos	Atributos
Asistencial	1. Poseer una población y territorio definidos y un amplio conocimiento de las necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinen la oferta de servicios de salud; 2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta atención integral: servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; es decir, engloba los programas centrados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de atención a la salud de las personas a lo largo del continuo asistencial y los servicios de salud pública; 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que actúe de puerta de entrada al sistema, integre y coordine la atención de salud, y satisfaga la mayor parte de las necesidades de atención en salud de la población; 4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, de preferencia en entornos extra hospitalarios, reservando los hospitales para la atención de pacientes que requieran cuidado agudo e intensivo; 5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo del continuo de los servicios de salud; 6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, de género y los niveles de diversidad de la población.
Gobernanza y estrategia	1. Un sistema de gobernanza único para toda la red, pero con características diversas según el control, la estructura, la composición y el funcionamiento; 2. Una participación social amplia, que puede alcanzar grados distintos; 3. Promoción de acciones intersectoriales para el abordaje de determinantes y la equidad en salud.
Organización y gestión	1. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, dependiendo de su tamaño y complejidad; 2. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red, para cubrir las necesidades de la población y el territorio; 3. Sistema de información integrado que vincule a todos los miembros de la Red y satisfaga las necesidades de información: de salud y uso de servicios clínicos y administrativos; 4. Gestión basada en resultados; es decir, las instituciones operan con mejoras en el desempeño y el logro de resultados como su orientación central.
Asignación e incentivos	1. El financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red para promover el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medio ambiente.

Hospitales en RISS

Un hospital en la lógica de RISS implica un nuevo modelo asistencial y éste se debe traducir en cambios –no fáciles– en la manera en que pensamos, actuamos y convivimos. El hospital en RISS requiere un modelo de organización y gestión diferente al de un establecimiento autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos con el objeto de lograr de manera conjunta ciertas metas e impactos en una población determinada.[90]

Al definir el papel de los hospitales en RISS y la forma en que este dispositivo sanitario cumple con los requerimientos de su población, debemos preguntarnos cómo afecta la red al hospital. La discusión parte del hecho de que existe una relación de interdependencia entre la red y el hospital ya que no pueden existir buenas RISS sin hospitales y, al mismo tiempo, no pueden existir hospitales que maximicen su aporte a la sociedad si no se integran en una lógica de RISS y si éstas no toman en cuenta los requerimientos hospitalarios.

Entre los elementos de la conformación de una red que son más relevantes desde una visión hospitalaria que busca alinearse con RISS hay que señalar los requerimientos con relación a un primer nivel efectivamente resolutivo que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 7. Requerimientos hospitalarios para un primer nivel resolutivo (adaptada por Artaza O. 2013 de documentos internos OPS)

Ámbito	El hospital requiere que:
Cobertura	La población tenga una cobertura adecuada de servicios primarios con énfasis en la prevención y no llegue de forma tardía al hospital.
Resolución	La acción asistencial en el primer nivel resuelva la mayoría de las necesidades y no derive cosas innecesariamente, e idealmente resuelva la urgencia durante las 24 horas en sus propias instalaciones, de modo que sólo lleguen a los hospitales las reales emergencias. La acción asistencial en el primer nivel esté disponible para recibir pacientes y darles cuidados continuos. Haga seguimiento de los pacientes dados de alta y evite recaídas.
Competencias	Tenga competencias para el manejo y control de pacientes crónicos y postrados. Cuente con mecanismos de información confiable. Competencias para actuar de manera multisectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

Los atributos esenciales en modelo de atención y gestión para hospitales en red radican en aspectos estratégicos, estructurales y de competencias.

Atributos estratégicos: la red fija la cartera de servicio; los sistemas de referencia y contra referencia; y los sistemas de retroalimentación, de control de gestión y financiamiento. A nivel de hospital, éste debe alinear su funcionamiento con las necesidades de la población de la red.

Atributos estructurales: la red organiza diversos tipos de establecimientos –con distintas propiedades y jerarquías– en un determinado territorio y población para

que presten organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, de forma armónica e integrada con las acciones de salud pública que se ejecutan sobre las personas y el medio ambiente en dicho territorio. Es responsable de disponer un primer nivel multidisciplinario de cobertura universal altamente resolutivo desde donde se modulen y coordinen los procesos asistenciales integrados, asegurando que las acciones se desarrollen en los lugares correctos, dotados de las competencias necesarias. El hospital tiene autonomía de gestión interna, pero la red define el tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia; así como estructurar sus procesos asistenciales con foco en lo ambulatorio, en términos de agregar valor a usuarios de la red. Además, los procesos y las guías clínicas están diseñados y ejecutados en red.

Atributos de competencias: la red conoce necesidades y expectativas de las personas usuarias; co-construye protocolos de atención y definición de carteras de servicios de los establecimientos y reglas de trabajo para que los procesos asistenciales se organicen y ejecuten integra e integralmente; vela porque la formación del recurso humano en el pregrado se realice sobre todo fuera del hospital y de manera coherente con políticas nacionales y locales orientadas a fortalecer ámbitos tales como el fomento de la salud y la anticipación del daño; la integración de los procesos centrados en las personas como sujetos de derechos; se basa en la APS; conduce procesos de negociación y concertación de abajo-arriba para convenir de manera formal metas y recursos; sistemas de información y retroalimentación; así como mecanismos de aprendizaje. El hospital desarrolla competencias para articular sus procesos asistenciales, logísticos y de mantenimiento de manera integrada y cooperativa (economías de escala) para dar soporte a una gestión clínica organizada en torno a procesos y enfocada a desempeño, adaptándose a los requerimientos de la red y de sus usuarios, para concordar y ejecutar metas sanitarias organizando de manera eficaz procesos clínicos y de soporte; y competencias para la mejora continua.

Gobierno en Red

Para que las redes funcionen de manera correcta, éstas deben de contar con un mecanismo de gobierno y una clara separación entre las competencias de dirección con las de ejecución. En países donde conviven de modo fragmentado diversas instituciones deben crearse estructuras facultadas para ejercer competencias de gobierno que articulen políticas y estrategias comunes sobre poblaciones y territorios. Estas competencias, al estar fuertemente establecidas en arreglos institucionales, permiten alineamiento estratégico, integralidad y continuidad de la atención aún en la diversidad de actores. La definición, mandato y control del "quehacer" sanitario es responsabilidad ineludible de un órgano directivo de la red y su ejecución puede estar descentralizada en entidades hospitalarias con capacidades crecientes de autonomía de gestión en lógica de red. Al respecto, se hace necesario que redes y hospitales implementen consejos directivos cuyo trabajo se dirija a alinear esfuerzos tras objetivos sanitarios compartidos.

En el caso de las RISS, su gobernanza es clave para responder a los objetivos de salud de su población y por esto es recogida como uno de los atributos esenciales. Para la OPS, las RISS, para ser tales, deben descansar en un sistema de gobernanza único sin importar que existan en los países diversas instituciones. Así mismo las entidades de gobierno de los hospitales (sean patronatos, consejos de administración o directorios) deben estar supeditados a las políticas y estrategias señaladas desde la Red. Los elementos que diferencian la gobernanza de la red de la de los hospitales se puede resumir en: [91]

La red debe definir los objetivos sanitarios para su población, planificar infraestructura, tecnología, recursos humanos y asignar los papeles a los distintos dispositivos sanitarios con que esta cuenta. El órgano de gobernanza del hospital debe ser capaz de verificar que se encuentra alineado con la Red, traduciendo políticas, objetivos y estrategias generales en el quehacer de corto y mediano plazo de la institución.

El hospital debe definir las políticas de participación de usuarios y ciudadanos, incorporando también las instancias de participación de los "usuarios internos" y transparentando la relación con universidades e industria. La red debe tener una visión más general de la población a cargo, controlar la evolución de las expectativas y la satisfacción usuaria y generar instancias de control social, trasparencia y cuenta pública. Mientras tanto, el hospital debe tener la capacidad para hacer los ajustes internos que le permitan desarrollar la cartera de servicios requerida por la red y cumplir con objetivos sanitarios y financieros, la red deberá definir la cartera de servicios, las propuestas de desarrollo para cada uno de sus miembros y velar por que se cumplan metas asistenciales nacionales y locales, así como supervisar se desarrollen de manera adecuada los mecanismos de acreditación de la calidad que los países establezcan.

Será papel del hospital definir los mecanismos para el desarrollo de su talento humano, aplicación de tecnologías, asignación interna de recursos, posicionamiento e imagen corporativa. Será la red quien defina los sistemas de control de gestión y coordinar los procesos logísticos y asistenciales integrados en red junto a fijar los marcos de referencia y contra referencia, así como los sistemas de información asociados.

En definitiva, la existencia de una buena gobernanza del hospital y de la red requiere el desarrollo de una institucionalidad donde las decisiones no se orienten solamente por el interés de algunas instituciones, grupos internos, líderes informales o directivos, sino que incorporen la visión de los "dueños" (la autoridad sanitaria) y la ciudadanía de modo tal que se construya un equilibrio que permita el desarrollo de los objetivos que la red espera del hospital en el corto, mediano y largo plazo.

Sin duda, una tarea prioritaria para las políticas públicas en salud en los próximos años es la instalación de mejores competencias de gobierno en nuestros sistemas que, dado el contexto de cambio continuo y la diversidad de actores, ya no puede pensarse nostálgicamente en el antiguo paradigma de la integración vertical y los modos autoritarios jerárquicos del pasado.

Financiamiento para Redes

Aunque los hospitales atienden a un pequeño segmento de la población consumen el grueso de los recursos de los sistemas sanitarios por lo que se convierten en un serio obstáculo para un enfoque centrado en la APS. Es por ello que se deben desarrollar nuevos mecanismos de financiamiento que den sostenibilidad a los hospitales y que de manera efectiva colaboren en un contexto de sistemas integrados.

La OMS ha hecho un llamado a los países a transitar hacia sistemas más equitativos, eficientes y solidarios de financiamiento que sostengan una cobertura universal efectiva.[92] Los incentivos en la red deben estar puestos para que cada dispositivo sanitario haga lo que tiene que hacer. Así, cada establecimiento debe contar con los recursos requeridos para intervenir de manera eficiente en cada proceso o flujo definido para la red. Es necesario que la planificación financiera incluya consideraciones de corto, mediano y largo plazo así como aspectos relacionados no sólo con la producción sino también con la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y las necesidades sanitarias de la población.

Lo esencial es que la red pueda disponer parte importante de los recursos para la atención de primer nivel (siendo óptimo, acercarse a una asignación cercana al 40%). Así mismo, es importante tender a la eliminación de todo pago directo de los usuarios ya que éstos se convierten en potentes barreras de acceso, especialmente para las poblaciones vulnerables que más necesitan de los servicios.

El financiamiento de los hospitales debe estar alineado para favorecer que éstos otorguen las atenciones que la Red le demande según a las necesidades priorizadas de la población, con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir tratamientos y/o procedimientos diagnósticos costo efectivos por efecto de asignaciones insuficientes. En ese sentido, los presupuestos históricos han demostrado que incentivan un bajo desempeño, así como el pago por acto una sobre producción sin base sanitaria. La experiencia señala que el ideal es diseñar una buena mezcla de sistemas de pagos que se base en transferencias prospectivas en base a resultados comprometidos, productividad y complejidad. Dicha mezcla de mecanismos de pago debe dar sustento a la actividad regular del establecimiento, tal como un hospital general y ciertas patologías específicas de menor frecuencia y alto costo con base en resultados (cáncer, trasplantes, cirugías de alta especialidad, etc.).

Finalmente, no hay que olvidarse de la necesidad de financiar los costos fijos de hospitales en áreas estratégicas (generalmente en lugares muy apartados donde se constituyen en la única posibilidad de acceso a servicios de segundo o tercer nivel) y de la importancia de que los salarios al personal, deben estar ligados de alguna manera al desempeño del establecimiento.

Tecnologías

Con respecto a las tecnologías médicas en un modelo de RISS se debe poner atención a su regulación, selección, adopción, difusión y uso bajo un prisma de costo-efectividad, integración de servicios y continuidad de la atención.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (Tics) son potentes instrumentos de integración. Abundan ejemplos respecto a las soluciones informáticas en los ámbitos de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones; expediente clínico electrónico; agendas en línea; telemedicina; utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y los usuarios; y una larga lista que cambia día a día con la velocidad de la innovación de la tecnológica actual. Todas estas soluciones pueden constituirse en ayudas efectivas, en la medida de que los procesos estén integrados desde las personas, sus hábitos de trabajo y formas de organización. Las Tics aceleran y facilitan procesos bien diseñados. No obstante, las Tics también amplifican los fallos ya que, por supuesto, no integran de manera mágica. Asimismo, éstas implican mucho gasto de energía en gestión del cambio. Cuando no se han mejorado previamente los procesos y no se han previsto los esfuerzos en implementación suelen haber fracasos. Construir redes tecnológicas es un desafío, tejer redes humanas un imperativo.

Con el objeto de consolidar innovación, eficiencia, equidad y valor social añadido de las tecnologías como principios rectores en AL se necesita de agencias independientes que asesoren en materias de regulación, adopción, uso y evaluación de las tecnologías. Un muy buen ejemplo de ello es el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) en México.

Gestión del cambio

Para que el hospital logre agregar valor en contexto de RISS no sólo debe ver las "necesidades de sus usuarios", sino también "las inquietudes de quienes prestan los servicios". El valor agregado se da en un espacio relacional. Por mucho que intervengan sofisticados elementos tecnológicos, es en el contacto persona-persona donde se juega una mayor o menor valoración por parte de la ciudadanía de las acciones del hospital y del sistema sanitario en su conjunto. Por lo anterior, se explica la necesidad de conducir procesos de cambio cuyo foco radique en generar condiciones institucionales para: a) integrar los procesos asistenciales como una cadena de pasos interdependientes y cooperativos, que suceden en conversaciones (mediante el lenguaje) entre personas de distintas unidades de la organización y de fuera de la organización; b) crear la capacidad de aprender de las personas que trabajan en el hospital y, por tanto, de producir un contexto adaptativo generativo que posibilite a éstos ponerse en el lugar del usuario y producir innovación continua, que por una parte posibilite resolver las expectativas del usuario y por otra desarrollar el potencial de los propios trabajadores de la organización; c) la búsqueda por incorporar al debate cuestiones de "gobernanza hospitalaria" que avancen en la genuina expresión del "propietario" de una empresa de función pública y que consoliden fórmulas adecuadas de participación real de los usuarios en las distintas instancias de la vida cotidiana de los establecimientos, mientras que hace más transparente y regula los conflictos de poder al interior de los establecimientos y entre éstos, los distintos dispositivos de la red asistencial; d) equilibrar la preocupación por el desempeño, la eficiencia, el cumplimiento de metas, la satisfacción del usuario y la calidad de vida de las y los propios trabajadores de la salud. Esto último suele

olvidarse por lo que no es raro escuchar en nuestros hospitales comentarios tales "como me piden tratar bien al paciente si a mí me maltratan" o "como cuidar al paciente si nadie nos cuida a nosotros y cuando enfermamos tenemos que estar pidiendo favores".

Estos procesos de cambio requieren de una fuerte inversión en liderazgo participativo capaz de generar un contexto organizacional donde se compartan declaraciones básicas orientadas a la co-construcción de una identidad, misión y visión que vaya más allá de los muros del hospital y que posibilite agregar valor a la ciudadanía usuaria a través de integrar procesos. Visión potente que debe hacer "sentido" en quienes trabajan en el hospital al punto de "encarnarse" en el quehacer cotidiano y posibilitar nuevas conversaciones que posibiliten una estructura organizacional diferente basada en procesos y resultados que tienen a la persona como centro. También es importante comprender que los procesos no comienzan ni terminan en el hospital y que los resultados son traducción y consecuencia de concertar voluntades entre distintos actores. Lo anterior requiere de instalar en la práctica cotidiana valores y hábitos que, reconociendo la necesidad de fortalecer la interdependencia, consoliden una cultura del aprendizaje y la cooperación para que los procesos en red sean fluidos y de calidad.

Hacia hospitales integrados

Los hospitales son empresas de alta complejidad, atienden a segmentos pequeños de la población, son responsables de la mayor proporción del gasto en los sistemas sanitarios y su actividad genera un gran impacto en la economía de los países y también un alto impacto mediático y político. Uno de los principales problemas para la instalación de sistemas integrados en AL es la dificultad de los hospitales para comprender y asumir un nuevo papel. La instalación de RISS no surgirá de replicar las actuales estructuras y maneras de hacer las cosas. No se podrá con más de lo mismo. Los problemas que aquejan a los hospitales en la actualidad se agudizarán de no haber modificaciones sistémicas. Por otra parte no será posible implementar redes efectivas sin generar cambios en cómo diseñamos y realizamos los procesos asistenciales hospitalarios. Dicho de otro modo no vemos posible una RISS sin hospitales y no serán sostenibles hospitales sin RISS.

Avanzar hacia hospitales en red requerirá de al menos:

- Un primer nivel de atención de suficiente cobertura y capacidad de resolución.
- Competencias gerenciales para conducir redes y establecimientos, así como la existencia de incentivos para contar con dichas competencias y de fórmulas de selección basadas en el mérito y no en el clientelismo político.
- Modificaciones estructurales en rectoría, gobernanza, financiamiento y en formación del recurso humano. Estructuras de gobierno o gestión de redes con debidas competencias y facultades. Un marco de normas y reglas compartidas y sistemas fluidos de comunicación, evaluación y rendición de cuentas.
- Liderazgo para cambios organizacionales al interior de los establecimientos, inclusión de las y los trabajadores de la salud y participación de los usuarios.

RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL[xxxi]

Gustavo Nigenda;[xxxii] *Osvaldo Artaza*[xxxiii]

Los gobiernos del mundo han puesto de relieve, en múltiples foros y acuerdos, la importancia de que en todos los países se logre pleno acceso a la salud. En ese sentido, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su 67º período de sesiones reconoció "la importancia de que los sistemas nacionales de salud tengan una cobertura universal, a fin de proporcionar acceso a los servicios de salud a todos, en particular a los sectores más pobres de la población"; "la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, en especial mediante mecanismos de atención primaria de la salud y protección social, incluidos los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional"; y "que la mejora de la protección social en pro de la cobertura universal es una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo y contribuye a apoyar una transición hacia una economía más sostenible, inclusiva y equitativa."

La OPS/OMS ha querido colocar en el foco el ámbito de los recursos humanos como elemento crítico y esencial para el logro del acceso universal,[93] haciendo un llamado a generar y difundir experiencias en este tema.

Junto con la voluntad de diálogo con respecto a cómo avanzar hacia la cobertura universal, se debe reflexionar sobre las condiciones que necesitan los paises para alcanzar el desafío del acceso universal desde el ámbito de los requerimientos de los recursos humanos. Para ello debatiremos en dos áreas: la primera con relación al número y competencias de los trabajadores de la salud que se requieren; y la segunda con relación a las condiciones laborales y sanitarias de los trabajadores de la salud. Los sistemas sanitarios no son otra cosa que personas cuidando a otras personas; por tanto, hablar de cobertura universal no es posible sin el principal elemento que posibilita los servicios en términos de su cantidad, competencias, distribución, etc., y de las condiciones en que éstos laboran, de manera fundamental del cuidado de quienes hacen posible la atención.

1.- Los RRHH para la universalidad

El personal de salud sostiene a los sistemas sanitarios.[94] Éste representa en promedio el 70% de los presupuestos de las instituciones de salud. Pese a su importancia, este colectivo está atravesando por una crisis en el mundo entero; crisis a la que ningún país escapa por completo. El fenómeno se expresa de diferentes formas: clínicas con insuficiente personal de salud, malas condiciones de trabajo y centros de salud incapaces de contratar o retener a personal básico o hacién-

xxxi Las opiniones aquí vertidas que no están citadas son responsabilidad de los autores.

xxxii Instituto Nacional de Salud Pública.

xxxiii OPS/OMS México.

dolo en condiciones precarias de contrato de trabajo, desempleo y subempleo de personal de todas las categorías.

Desde la perspectiva mundial[95] se destaca que en la mayoría de los países de recursos medios y bajos hay una escasez crónica de profesionales de la salud en las instituciones, producto de décadas de ausencia de planificación del personal incluyendo la formación, la falta de políticas claras de contratación en función de un modelo de atención, remuneraciones inadecuadas, condiciones de trabajo precarias y mala gestión del trabajo de dichos profesionales. Todos estos elementos han generado una grave carencia y desbalances en la estructura, composición y cantidad del personal que están dificultando el logro del acceso universal. Hay que hacer la salvedad de que para México el problema principal no es la escasez en el mercado laboral (los indicadores de disponibilidad aumentan año con año), sino la distribución; la posibilidad de inserción al mercado; y la falta de competencias adecuadas para realizar el trabajo.[96][97] Incluso la disponibilidad de enfermeras profesionales, que por muchos años fue el gran talón de Aquiles en el sector, en la actualidad va en aumento.

Algunos problemas relacionados con los desafíos:[98]

- Los países de la Región, con diferentes fases de desarrollo, consideran insatisfactorias e inadecuadas la cantidad, distribución y la capacidad del personal de acuerdo con las necesidades del país.
- Pocos países tienen un diagnóstico satisfactorio de la situación de recursos humanos y una política de largo plazo para enfrentar los problemas identificados;
- La falta de algunos grupos de trabajadores de la salud o mala distribución de éstos y, en especial, de profesiones críticas para los servicios de salud supera la capacidad de garantizar niveles mínimos de atención en las zonas o actividades que más lo necesitan y los sistemas de gestión del trabajo no siempre permiten a los insuficientes o mal distribuidos trabajadores brindar los mejores servicios de forma productiva y con calidad;
- No es habitual que exista compatibilidad entre los perfiles educativos y las competencias requeridas por los servicios y, a pesar de que la planificación y regulación de los recursos humanos debe ser una responsabilidad de los Estados como parte de su función rectora, en la actualidad un mercado laboral que es insuficientemente regulado por el Estado tiene, desde el ámbito de los RR.HH, una influencia preponderante en el funcionamiento de los servicios de salud.

En todos los países de AL ha habido procesos de cambio en los sistemas de salud. En estas reformas, el papel del recurso humano es subestimado con frecuencia por lo que existen rezagos importantes tanto en su formación como en su vinculación institucional. Esto motivó a que se considerarán metas específicas en la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud (RHS) que tuvo lugar en Toronto, Canadá, en octubre 2005,[99] los participantes acordaron una plataforma de acción para una Década de RHS hasta el 2015, para coincidir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El *Llamado a la Acción de Toronto* plantea desafíos críticos en materia de RHS para alcanzar el acceso universal a servicios de salud de calidad y lograr mayor equidad en salud.

Tabla 8. Desafíos y metas

Desafío	Metas
Desafío 1: Definir políticas y planes de largo plazo para preparar a la fuerza laboral de manera que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas de forma periódica.	Todos los países de la Región deberán lograr una razón de densidad de RHS de 25 por 10,000 habitantes. Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria deberá exceder el 40% de la fuerza laboral médica total. Todos los países deberán formar equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos deberá alcanzar al menos 1:1 en todos los países de la región. Todos los países de la Región deberán establecer una unidad de recursos humanos para la salud, responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, y niveles de gobierno e interesados directos.
Desafío 2: Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado en los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, afín de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales deberá reducirse a la mitad en 2015. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud deberán tener competencias de salud pública e interculturales comprobables. 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud deberán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones. El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria deberá ser reclutado de sus propias comunidades.
Desafío 3: Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.	Todos los países de la Región deberán adoptar un código de práctica global o deberán desarrollar normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud. Todos los países de la Región deben tener una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud. Todas las subregiones deberán desarrollar mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.
Desafío 4: Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud, con el fin de fomentar ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.	La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud, deberá reducirse a la mitad en todos los países. El 80% de los países de la Región deberán contar con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud deben reunir requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético. El 100% de los países de la Región deberán contar con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud deberán reorientar su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas. Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no deberán rebasar del 20%. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública deberán estar acreditadas por una entidad reconocida.

En este contexto, en la sesión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS de junio del año 2012, se presentó el *Informe de Progreso sobre las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.*[100] Este informe, realizado en 23 países de la Región, contiene un primer ejercicio de medición de las metas regionales de RR.HH. Dentro de los hallazgos, cabe destacar que: sólo 12 países han superado una densidad de personal de salud de 25 por 10,000 habitantes, razón asociada a una cobertura básica con programas esenciales de salud pública; 6 países disponen de una proporción de su fuerza laboral médica de por lo menos 40% de médicos de atención primaria de salud; 3 países han establecido una unidad de RHS con capacidades integrales de planificación estratégica, gestión, seguimiento y evaluación; en muchos países los trabajadores del primer nivel de atención no disponen de competencias de salud pública y de interculturalidad comprobables; la mayoría de los países tienen una proporción alta de contratos laborales precarios y sin protección para el personal sanitario; y muy pocos países han logrado que la educación en ciencias de la salud este orientada hacia la APS y han adoptado estrategias de formación inter-disciplinaria. México aún tiene algunos retos para cumplir con dichas metas. Aun así se están desarrollando iniciativas interesantes en los ámbitos de la formación de RHS para la cobertura universal y en la capacitación en la acreditación de la calidad de los servicios que se prestan a los sectores más vulnerables.

Lo anterior, de acuerdo con algunas recomendaciones de la OPS, refuerza la urgencia de incorporar en las políticas públicas las siguientes acciones:

- Políticas de formación y empleo de los trabajadores en salud orientadas a considerar las necesidades de salud de cada contexto.
- Fortalecer las competencias de rectoría con relación a las instituciones formadoras.
- Definir el número y perfil de equipo de salud en el primer nivel de atención y asegurar cantidad y competencias de manera adecuada distribuidas sobre todo en el primer nivel de atención.
- Trabajar en la búsqueda de consensos acerca de salarios y condiciones de incentivos, así como condiciones laborales decorosas, saludables y adecuadas en particular en el primer nivel de atención.
- Aumentar el número de plazas para residencias de medicina familiar y en el primer nivel.
- Establecer estrategias de retención de los médicos de familia en sus países, sobre todo los del sector público y del primer nivel de atención.
- Establecer estrategias de retención de los médicos de familia en zonas sub-atendidas estableciendo incentivos.
- Desarrollar y ofertar programas de educación de manera permanente que contribuyan con el fortalecimiento continuo de las competencias.
- Desarrollar e implementar sistemas de acreditación para profesionales, en particular para los del primer nivel.

2. Las y los trabajadores, contexto, condiciones y salud para la universalidad

En América Latina y el Caribe el personal de salud representa un porcentaje importante de la población económicamente activa de la Región, y constituye la herramienta más poderosa en la constitución y el diseño de los sistemas de salud. Estos sistemas han y continúan experimentado profundos procesos de cambio en las últimas décadas, fruto de su particular dinámica como sistemas culturales, que deben dar respuestas a modificaciones en los valores, necesidades y realidades de las comunidades a las cuales sirven. Estos cambios están marcados por la redefinición del papel del Estado en la prestación de servicios -en un contexto de débil rectoría- y en la fuerte historia de fragmentación y segmentación de los sistemas. En las décadas pasadas, muchos de esos cambios descuidaron al componente principal de los sistemas: el recurso humano, lo que llevó a percibir los cambios impuestos por las modificaciones a los perfiles epidemiológicos y demográficos, así como por los avances tecnológicos, como amenazas de un pasado donde había "mayor reconocimiento, mejor relación del equipo de salud con el paciente, cargas más equilibradas de trabajo y relaciones más familiares entre los equipos, entre otras. Dicho desconcierto se expresa en algunos países de múltiples formas (ausentismo laboral, sintomatología física y psicológica, estrés, resentimiento y frustración). Estas condiciones se intensifican ante un usuario cada vez más exigente frente a carencias en las instituciones, tanto de equipo como de insumos médicos, junto con presiones permanentes por modificaciones en las prácticas cotidianas (por la introducción, cada vez más veloz, de tecnologías y modificaciones de procesos), y exigencias constantes de productividad.

En ese marco, la salud de los trabajadores del sistema ha sido un tema poco presente y ha recibido escasa atención tanto desde el ámbito de la investigación como de la gestión.[101,102]

Lograr que los sistemas públicos de salud sean organizaciones saludables que contribuyan de manera eficaz a la mejor calidad de vida de sus trabajadoras/es requiere de mejoras de las políticas laborales en los países de políticas públicas

en el ámbito de la prestación de servicios de atención en salud que balanceen de forma adecuada el desempeño, la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida laboral de los responsables del cuidado. Para ello, la OPS/OMS propicia acciones locales construidas con los trabajadores que de forma integral, sistémica y persistente impacten en una mejoría de las condiciones de trabajo. Estas acciones deben incluir todas aquellas actividades en el ámbito del fomento y prevención, de sistemas de atención curativa y rehabilitación, de actividades de bienestar, de acciones sobre el clima organizacional, entre otros.

Para la OPS, la aplicación de un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo se debe fundamentar desde un punto de vista integral y considerando una combinación de factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador. Para ello y con base en la *Carta de Ottawa* (1986), se debe propiciar iniciativas en políticas públicas de trabajo saludables para todos los sectores de la vida productiva, que contribuyan a crear ambientes favorables en el sitio de trabajo, identificando necesidades, orientando las soluciones para el adecuado control y manejo de los riesgos del trabajo. Lo anterior debe lograrse a través de: el fortalecimiento de la organización y participación de la comunidad trabajadora para abordar materias de condiciones del ambiente general de trabajo, de vivienda, de educación y de vida, entre otros; el desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas, relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el cuidado y el desarrollo personal y colectivo de las trabajadoras/es; y de los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud, para incluir la promoción de la salud y todos sus aspectos relacionados dentro de sus agendas logrando un mayor acceso del trabajador a los servicios de salud primaria, preventiva y ocupacional.

La OPS/OMS considera que los trabajadores de la salud son el recurso más valioso de los sistemas de salud y que los determinantes de la salud que afectan a la población también afectan a este grupo ocupacional. Por lo tanto, el abordaje de esta problemática debe hacerse desde la protección social en salud.

En la organización de los sistemas y servicios los temas relacionados con la salud de sus trabajadores es una condición clave para prestar atención con calidad. Esto implica que la principal herramienta para su protección en las modalidades de contratación y de condiciones de trabajo debe ser abordado desde la gestión del trabajo como ámbito estructural y condicionante de su desarrollo.

Aunque se han realizado importantes esfuerzos en la recolección y sistematización de información, es necesario continuar trabajando en este tema de manera articulada y tratando de abordar todo el espacio de los sistemas y servicios de salud. Partimos de la premisa de que al interior de un país existen problemáticas diferenciadas y contradictorias, sobre todo en los casos de Estados federales, de sistemas segmentados y/o de una gestión descentralizada de recursos humanos.

El abordaje de esta problemática debe incluir la visión y perspectiva de todos los actores involucrados: gerentes de servicios y establecimientos de salud; asociaciones profesionales; sindicatos; y autoridades políticas. Cabe destacar que las principales estrategias que se proponen están vinculadas a la necesidad de generar espacios de debate y concertación para el análisis e implementación de políticas de gestión del trabajo, salud y seguridad de los trabajadores de la salud.

En el proceso de generación y análisis de información es de suma importancia el trabajo colaborativo al interior de las instituciones y en el ámbito regional, el fortalecimiento de la iniciativa de una red regional vinculada a los temas relacionados en el marco del desarrollo del observatorio regional de recursos humanos, el desarrollo de estudios multicéntricos, el intercambio de experiencias y planes en alianza con organizaciones profesionales y universitarias.

Un nuevo panorama epidemiológico en la salud de los trabajadores

Elisa Ansolega Moreno;[xxxiv] *Miriam Wlosko;*[xxxv]
Osvaldo Artaza Barrios[xxxvi]

El impacto del trabajo en la salud deviene en un asunto social, político y epidemiológicamente relevante toda vez que se ponen en juego múltiples dimensiones de la vida social. El concepto de trabajo y el de salud, han cambiado de manera importante en las últimas décadas. El mundo del trabajo constituye un espacio de múltiples intercambios y, además de su función económica, cumple diversas funciones psicosociales. De este modo, el trabajo se convierte en promotor y protector de la salud, estructura la identidad, y favorece intercambios sociales.[103]

Los cambios en el trabajo se pueden apreciar sobre todo en: un fuerte incremento en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Tics); aumento de las relaciones y contactos personales para realizar las tareas del trabajo (clientes, usuarios, proveedores); la intensificación del trabajo en relación al tiempo disponible para realizar un número de tareas o terminar un producto; imposición de metas difíciles de alcanzar; la densificación del trabajo o la "caza de los tiempos muertos"; el crecimiento del empleo atípico, entre otras.[104,105] Estos cambios han afectado de manera transversal a diversos sectores de la economía, e involucran al sector público y privado.

Estas nuevas formas de organizar el trabajo imponen presiones cognitivas y tensionan en lo emocional al trabajador, lo que se traduce en un aumento de la denominada carga psíquica y mental en el trabajo identificándose un "nuevo" tipo de riesgos ocupacionales denominados riesgos psicosociales laborales.[106,107] Por riesgo psicosocial se entiende la exposición a factores asociados a la organización del trabajo, donde el efecto de la exposición se traduce en enfermedades o trastornos de salud, siendo el estrés el mecanismo mediador entre la exposición y el resultado. Si bien se puede sostener que estos riesgos son transversales

xxxiv Universidad Diego Portales, Chile.

xxxv Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires Argentina, Doctoranda de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

xxxvi OPS/OMS México.

a diversos sectores económicos y se han constatado en organizaciones públicas y privadas, se han identificado ocupaciones particularmente riesgosas producto de su naturaleza y de las condiciones en que se realiza el trabajo. Especial atención se ha puesto en el riesgo psicosocial en trabajadores de servicios asistenciales de diversa naturaleza en que se ponen en juego una fuerte demanda emocional del trabajo.[108]

De forma complementaria a las clásicas dimensiones de riesgo psicosocial levantadas por Karasek[109] en su modelo Demanda-Control-Soporte y de las dimensiones del desbalance Esfuerzo-Recompensas propuestas por Siegrist,[110] la literatura reciente ha identificado otras variables relevantes de exposición al riesgo psicosocial laboral que tienen efecto en la salud tales como: injusticia organizacional, situaciones de violencia en el trabajo, discriminación, dificultades de conciliación entre el trabajo la vida personal, entre otros. Por otra parte, en relación al concepto de salud, se asume que la finalidad de los programas de salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los/as trabajadores/as.[111] En esta línea, se consideran como posibles causantes de enfermedades profesionales/ocupacionales, no sólo los agentes físicos, químicos, biológicos y ergonómicos, sino también, determinantes sociales y factores psicosociales. Ello porque existe una variedad de enfermedades, cuyo origen puede ser situado en el trabajo o bien pueden ser enfermedades relacionadas con el trabajo generadas por la forma en que se realiza y organiza el mismo.[112]

El trabajo en el sector salud, y en particular en la salud pública, enfrenta hoy importantes exigencias derivadas de los procesos de modernización del Estado que se han desarrollado en casi la totalidad de la región americana. Una de las formas de evidenciarse estos procesos de modernización se observa en la adherencia a los conceptos de la denominada Nueva Gestión Pública (NGP), la cual se caracteriza por presentar un repertorio de prácticas organizacionales que son presentadas y defendidas como correctivo y alternativo al viejo modelo burocrático de organización de los servicios públicos. Esta retórica exige una transición hacia un formato natural, necesario e inevitable, característico de empresas de mercado, abierta y expuesta a la libre concurrencia y a las sanas reglas de la innovación tecnológica y organizacional, de la reinvención permanente y de las más diversas formas de flexibilidad.[113] En concreto, observamos que las demandas por mayor transparencia, rendición de cuentas y responsabilidades, la incorporación de la perspectiva de derecho en los usuarios de los sistemas públicos, y un complejo sistema de incentivos al desempeño individual y colectivo, generan nuevas demandas al trabajo en el sector público y, en ocasiones, constituyen una importante fuente de malestar, sufrimiento y tensión, sobre todo en aquellos trabajadores que se formaron en la cultura clásica de servicio público.

Si bien los significados de la NGP varían según sus contextos de uso, de modo general se encuentra asociado a la gestión flexible, que remite a la capacidad homeostática de adaptación de una persona trabajadora o de una organización a las variaciones de un entorno inestable, agresivo y competitivo, manteniendo las constantes vitales de su medio interno. Lo anterior, da la posibilidad de considerar los riesgos del quiebre psicológico de los trabajadores sometidos a crecientes y sucesivas cargas de flexibilización organizacional. La evidencia ha mostrado el impacto que ha tenido la instalación de la NGP no sólo en el modo de gestionar el ámbito público sino principalmente en las relaciones laborales y salud de las y los trabajadores.[114'115]

Atendiendo entonces a los cambios en el trabajo, a la índole particular del trabajo en el sector salud y a los procesos de modernización de la gestión pública, parece evidente la necesidad de considerar el bienestar/malestar derivado del trabajo y sus implicancias en la motivación, el compromiso institucional y en los efectos en la salud de las personas que trabajan en salud.

Datos no publicados de un estudio sobre exposición a riesgo psicosocial y salud mental en trabajadoras y trabajadores de un hospital público de alta especialidad en Chile,[116] muestran una importante exposición a los denominados riesgos psicosociales laborales y alarmantes resultados en relación a su salud mental. Uno de cada cuatro trabajadores, reportó experimentar tensión psíquica derivada de las altas demandas psicológicas y escasa "latitud decisional" (bajo control sobre el trabajo y escasas posibilidades de desarrollo de habilidades). Asimismo, 17% reportó que en su trabajo se encuentra en la situación denominada "*Isostrain*" caracterizada por altas demandas psicológicas combinadas con escasa latitud decisional y bajo soporte social de pares y superiores. En otra dimensión de riesgo psicosocial, casi siete de cada diez (67%) trabajadores/as reportó un desbalance entre los esfuerzos invertidos en el trabajo y las recompensas recibidas. Es importante reiterar que las recompensas incluyen las salariales, organizacionales y sociales. Otra dimensión preocupante se refiere a las situaciones de acoso psicológico en el trabajo, donde la muestra analizada reportó en un 40% haber sido víctima de palabras o gestos repetidos que atentan contra su dignidad. Por otro lado, en relación a dimensiones que nos informan sobre la situación de salud mental de esta población, se observó que más de un tercio de los trabajadores reportó estrés psicológico (35%), casi un cuarto presentó sintomatología depresiva (23.5%) y en la misma proporción reconoció consumir de manera regular algún psicotrópico (hipnóticos, ansiolíticos o antidepresivos). Al consultarles a los participantes del estudio por las razones del consumo de medicamentos encontramos que un 15% atribuye el consumo a problemas derivados del trabajo remunerado y un 40% a la combinación de las demandas provenientes del trabajo remunerado y del trabajo doméstico y de cuidado. Si consideramos ambas respuestas, uno de cada dos trabajadores le atribuye al factor trabajo el consumo de medicamentos. Finalmente, al analizar las asociaciones entre la exposición a las dimensiones psicosociales estresantes del trabajo y los resultados de salud mental, se observó que los trabajadores expuestos a tensión psíquica (altas demandas y escasa latitud decisional), *isostrain* (altas demandas, escasa latitud decisional y bajo soporte social) y los expuestos a desbalance entre los esfuerzos y las recompensas presentan una probabilidad entre dos y tres veces mayor (OR=2,16; OR=2,57 y OR=3,18 respectivamente) al comparárseles con el grupo de trabajadores no expuestos a las dimensiones psicosociales estresantes. También se analizaron las asociaciones entre las dimensiones psicosociales mencionadas y el resultado de estrés psicológico, corroborando lo que ha mostrado la evidencia internacional, esto es que situaciones de trabajo en que se experimenta tensión psíquica, Isostrain o desbalance esfuerzos-recompensas se asocian a una probabilidad de dos o tres veces de estrés psicológicos cuando se compara a los sujetos expuestos con los no expuestos. Los datos aquí pre-

sentados muestran una importante exposición a riesgo psicosocial laboral en la población estudiada, así como asociaciones entre la exposición a estos riesgos del trabajo y los efectos en la salud mental.

Como se ha señalado en párrafos anteriores, los cambios que vienen sucediendo en el mundo del trabajo en las últimas décadas, impactan de manera directa e indirecta en la salud de los trabajadores, generando un nuevo perfil de daños a la salud. Lamentablemente, en América Latina no contamos con fuentes de información sistemática acerca de estos fenómenos, por lo cual es preciso recurrir a otras fuentes –Organización Internacional del Trabajo (OIT), OMS y la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo- a fin de brindar una panorámica de la magnitud de los fenómenos en curso.

Aunque en los países de América Latina los accidentes y las enfermedades vinculadas con el trabajo siguen teniendo suma importancia en el mapa epidemiológico de la salud de los trabajadores,[xxxvii, xxxviii, xxxix] a éstos se añaden en los últimos años los desórdenes músculo esqueléticos, las enfermedades cardiovasculares, y los desórdenes mentales y emocionales (estrés, *burnout*, depresión), entre otras enfermedades que van tomando preponderancia.[xl] Los denominados "riesgos emergentes" están en directa relación con mercados de trabajo inestables, contratos precarios, nuevas formas de empleo y prácticas de contratación, inseguridad laboral, jornadas laborales extensas, intensificación del trabajo, alta carga/presión de trabajo, trabajo subcontratado u *outsourcing*.[117] Asimismo, estos riesgos del trabajo[118] están en relación con la innovación técnica, los cambios en las políticas de empleo y en los modos de organizar y gestionar el trabajo. Entre los nuevos riesgos se encuentran los factores psicosociales, que afectan a todos los países, profesiones y trabajadores, y vienen aumentando de manera significativa en los últimos años.[119] Los riesgos psicosociales tienen

xxxvii Según estimaciones de la OIT (2013), las enfermedades ocasionadas por el trabajo matan seis veces más trabajadores que los accidentes de trabajo. Cada año en todo el mundo se producen cerca de 2,02 millones de muertes debido a enfermedades provocadas por trabajo , mientras que el número anual total de casos de enfermedades profesionales no mortales se calcula en 160 millones. (OIT. Prevención de enfermedades profesionales. Consejo de Administración 317.ª reunión, Ginebra, 6-28 de marzo de 2013)

xxxviii La OMS estima que cada año mueren 1.7 millones de personas a causa de enfermedades ocupacionales y suceden 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales. Esto incluye enfermedades contagiosas y no contagiosas. Se estima que el 16% de casos de pérdida de la audición, 11% de asma, 9% de cáncer de pulmón se deben a exposición ocupacional, mientras que el 40% de casos de infección por hepatitis B y C en trabajadores de la salud se deben a heridas por jeringas sufridas en el trabajo, y que cada año 200,000 personas mueren por cáncer relacionado al trabajo. World Health Organization. http://www.who.int/occupational_health/en/.

xxxix En la que se destacan enfermedades ocupacionales tales como las enfermedades pulmonares ocupacionales (asbestosis, neumoconiosis), las dermatosis ocupacionales, la hipoacusia y sordera ocupacional, las intoxicaciones por plaguicidas y otros tóxicos (mercurio, plomo, arsénico, benceno, tolueno, xileno) y las alergias (asma, rinitis, dermatitis por hipersensibilidad). OPS. Prevención de las Enfermedades Profesionales, Ficha Técnica de EP No. 1, Marzo 2013. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8459&Itemid=3907&lang=es

xl Tales como la hipersensibilidad química múltiple, canceres ocupacionales, disruptores endocrinos y aquellas causadas por nuevas tecnologías (nanotecnología y otras) OPS. Prevención de las Enfermedades Profesionales, Ficha Técnica de EP No. 1, Marzo 2013. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8459&Itemid=3907&lang=es

relación con el modo en que el trabajo está diseñado, organizado y gestionado, así como con el contexto económico y social del trabajo; y pueden llevar a un serio deterioro de la salud física y mental.[120] La mayor flexibilidad y precariedad del trabajo y las relaciones laborales, en las que entran en juego el acoso y la intimidación, son algunos de los factores que favorecen el incremento de los trastornos vinculados a aspectos psicosociales relacionados con el mismo.[121] Un indicador de la relevancia que están adquiriendo los problemas vinculados con la salud mental de los trabajadores es que en el 2010 la OIT incluyó por primera vez en el listado de enfermedades profesionales los "*trastornos mentales y del comportamiento*".[122]

En lo relativo a la salud de los trabajadores, nos encontramos ante un mapa epidemiológico en el que se destacan, en primer lugar, toda una serie de problemas de salud vinculados a la sobrecarga e intensificación del trabajo, como las afecciones músculo-esqueléticas, el estrés laboral, el *burnout* o síndrome de agotamiento profesional, y el *karoshi* o la muerte súbita por accidente cerebro-vascular o cardíaco.

Las afecciones músculo-esqueléticas o lesiones producidas por esfuerzos repetitivos producen impotencias funcionales graves y constituyen la enfermedad profesional más común en la Unión Europea.[xli,123] A su vez, este tipo de trastorno es la causa de la mayoría de las ausencias (49.9% de todas las ausencias de más de tres días) y de los casos de incapacidad permanente para trabajar (60%).[xlii] El estrés de origen laboral el segundo problema de salud más común en el trabajo en la Unión Europea, y afecta al 22% de los trabajadores en el año 2005.[124] Entre los sectores y ocupaciones en los que la prevalencia de estrés fue más alta están el sector de educación y el de salud.[125] A largo plazo, el estrés relacionado con el trabajo puede contribuir a los trastornos del sistema osteomuscular[126] y a otras formas de trastornos de la salud, como hipertensión, úlcera péptica y enfermedades cardiovasculares.

xli La *Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo* es realizada por la Fundación Europea para la Mejora de Vida y de Trabajo, y se realiza una vez cada cinco años. La cobertura geográfica de la encuesta se fue ampliando en función de la incorporación de nuevos países miembro: la Primera EWCS (1990/1991) encuestó a trabajadores de la CE-12; la Segunda EWCS (1995/1996) encuestó a trabajadores de la UE-15; la Tercera EWCS (2000) encuestó a trabajadores de la UE-15 y Noruega en una primera fase, ampliándose posteriormente hasta abarcar a los 12 nuevos Estados miembros en 2001 y a Turquía en 2002. La Cuarta EWCS (2005) abarco a la UE-27 más Noruega, Croacia, Turquía y Suiza. La Quinta EWCS (2010) encuestó a casi 44 000 trabajadores de la UE-27, Noruega, Croacia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Albania, Montenegro y Kosovo. Para consultar información sobre la Encuesta: http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/index_es.htm

xlii Los porcentajes de trastornos musculoesqueléticos son para la EU-27: 25% de los trabajadores europeos sufre dolor de espalda (54 millones de ocupados), y un 23% (49 millones de trabajadores) sufre dolores musculares. Según los informes de la Comisión Europea, entre 2002 y el 2005 los trastornos musculo esqueléticos aumentaron en un 32%, aunque el porcentaje se eleva al 39% en las mujeres. A su vez, los trastornos musculoesqueléticos poseen un coste para la economía europea del 1,6% del PIB. Entre las poblaciones laborales más afectadas vinculadas al sector salud están las enfermeras, los/las trabajadoras de limpieza, y las secretarias y mecanógrafas. Ver: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007) Managing musculoskeletal disorders, Dublin 18, Ireland.

El *burnout* o *síndrome de agotamiento profesional* afecta a todas las profesiones en las que está en juego una relación de servicio y es muy significativo entre los trabajadores de la salud. El detonador más habitual del *burnout* es una situación de sobrecarga y/o de frustración en el trabajo. Una vez que el cuadro clínico está instalado, los síntomas más frecuentes son la pérdida de autocontrol emocional, el aumento de la irritación y la aparición de manifestaciones de agresividad e intolerancia hacia los pacientes, perturbaciones del sueño y manifestaciones depresivas marcadas por la decepción y la pérdida de disposición e interés en el trabajo.[127] Se trata de un estado de saturación emocional en el cual ya no es posible soportar el encuentro con las necesidades o carencias de otra persona, por lo cual adquiere suma relevancia en relación a los profesionales de la salud, los servicios sociales y la educación, que son los sectores que poseen mayor exposición a este síndrome.[128] La bibliografía sobre agotamiento profesional en trabajadores de la salud adquirió tal volumen que resulta difícil realizar una exposición detallada de la misma. Nos limitaremos a mencionar que el asunto es estudiado en muchos países y en diversas profesiones y áreas de la salud.[129-131]

A su vez, hay que considerar al "trabajo emocional"[132] -que forma parte central del contacto con pacientes y clientes- exige determinadas conductas emocionales para llevar a cabo el trabajo, lo que puede llevar a fingir u ocultar sentimientos.[133] Un exceso de demandas de trabajo emocional posee un impacto negativo sobre la salud.

Un último elemento de este primer grupo es el *karoshi*,[134] término japonés que alude a la muerte súbita por derrames cerebrales, infartos de miocardio o insuficiencia cardíaca aguda, como consecuencia del exceso de trabajo. Se da en sujetos menores de 40 años que no tienen ningún factor de riesgo cardiovascular, pero cuyos horarios de trabajo sobrepasan las 70 horas semanales.[135] Otros estudios muestran que las condiciones de trabajo que llevan al extremo la situación de *Alta Demanda* de trabajo combinada con un *Bajo Control* por parte del trabajador, se asocian a mayores tasas de problemas cardiacos y cardiovasculares, presencia significativamente más alta de ansiedad, depresión y desmoralización, entre otras.[136] Asimismo, condiciones de trabajo en las que se pone en juego un *Alto Esfuerzo* combinado con una *Baja Recompensa* están asociadas a más del triple de problemas cardiovasculares, incidencia significativamente más alta de ansiedad y depresión.[137,138]

El segundo grupo de problemas que caracteriza al panorama epidemiológico de la salud de los trabajadores se vincula con la violencia laboral y el acoso. Los padecimientos mentales y psicosomáticos producidos por la violencia se generan en muy variadas situaciones que van desde el acoso laboral, pasando por los accidentes de trabajo, hasta la violencia contenida en la precarización. Sus consecuencias dan lugar a un conjunto de patologías y trastornos, entre los que sobresale el trastorno de estrés postraumático (PTSD), la dependencia alcohol y a otras sustancias legales o ilegales, el ya mencionado *burnout*, y diversos cuadros depresivos.

Según la OIT, la violencia en el trabajo aumenta en todo el mundo y en algunos países alcanza niveles de epidemia en lo que se refiere a prácticas como la intimidación, el hostigamiento sistemático, las amenazas por parte de compañeros, el acoso sexual y los homicidios.[139,140] La noción de "violencia en el lugar de trabajo" (VL) incluye la violencia física, el acoso psicológico, el acoso sexual y la discriminación; dimensiones contempladas en los estudios de organismos internacionales.[xliii,141]

Las mujeres, los jóvenes y las personas con contratos precarios son más vulnerables a la VL que otras poblaciones.[142] A su vez, la violencia psicológica es mucho más frecuente que la violencia física y entre los tipos de violencia psicológica prevalecen la intimidación, el abuso verbal y la presión moral, sobre el acoso sexual u otras formas de violencia laboral psicológica.

Los fenómenos vinculados a la violencia y el acoso laboral constituyen un fenómeno de significativas proporciones que afecta a todos los sectores, aunque los trabadores de la salud están entre los sectores más afectados en todas las modalidades de violencia laboral: violencia física, acoso e intimidación y acoso sexual.[143,144] Dichos fenómenos, no sólo afectan a la salud mental. Están estrechamente vinculados con trastornos del sistema osteomuscular, la hipertensión, los problemas coronarios, las úlceras pépticas, entre otros problemas de salud. Pueden generar cuadros complejos de ansiedad, insomnio e irritabilidad; e intensificar otros problemas tales como las adicciones, el deterioro de las relaciones personales. Pueden asimismo, llevar a la depresión. Los cuadros depresivos no sólo constituyen un disparador de toda clase de dolencias, sino que pueden llevar al suicidio.

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad.[145] Asimismo, el 8 % de la tasa global de trastornos depresivos se relaciona en la actualidad con riesgos ocupacionales.[146] Diversos estudios muestran que la exposición a violencia ocupacional se asocia de manera significativa con la depresión, y que estar expuesto a amenazas en el trabajo constituye un riesgo importante de depresión.[147]

En lo que respecta al trastorno de estrés postraumático (PTSD), diversos estudios empíricos confirman la asociación entre violencia y acoso laboral y los síntomas de PTSD.[148] Este trastorno se vincula también con trabajadores que padecieron o fueron testigos de accidentes en sus lugares de trabajo[149] y fue estudiado en distintas poblaciones de trabajadores del sector salud: trabajadores de atención primaria,[150] trabajadores de emergencias,[151] enfermeras de cuidados intensivos[152] y en trabajadores de ambulancia,[153] tratándose en este caso, de estrés postraumático secundario y teniendo mayores tasas de prevalencia en profesionales que rescatan, socorren y atienden a víctimas de emergencias y catástrofes ambientales o de otro tipo. Los riesgos de suicidio merecen especial atención en casos de PTSD, aun cuando el cuadro no se acompañe de manifestaciones de depresión.[154]

Si hasta hace no mucho las personas morían en el trabajo por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en la década de los años noventa se añadió una nueva modalidad de muerte en el trabajo. Por primera vez en la

xliii Tal es el caso de Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud y la European Agency for Safety and Health at Work.

historia, los trabajadores se suicidan en sus lugares de trabajo,[155] como lo atestigua el tristemente célebre caso de Telecom de Francia, empresa en la que se suicidaron 68 trabajadores y 32 realizaron intentos de suicidio en un lapso de 3 años y medio.[156, 157] En este caso, como en otros que tal vez no tuvieron tanta presencia mediática, la empresa utilizó una estrategia de instrumentalización administrativa del acoso por medio de la amenaza y el miedo, que se llevó a cabo mediante una política sistemática de cambios y movilidades de todo tipo: movilidad profesional, geográfica, reestructuraciones de servicios, recomposición de oficios, externalización de actividades, fusiones, relocalizaciones, etc. El asunto dio lugar a que en Francia se diera estatuto legal al suicidio en relación al trabajo como "accidente de trabajo."[xliv]

En términos más generales, es preciso hacer dos aclaraciones respecto de los fenómenos de violencia laboral y acoso. La primera es que éstos no son producto de problemas psicológicos individuales. Las condiciones que favorecen la generación de violencia y acoso están estrechamente vinculadas con las modalidades de gestión y las decisiones en materia de organización del trabajo de las empresas. Por lo tanto la "irrupción" de la violencia laboral debe analizarse en el marco de las modalidades específicas de explotación y gestión de la fuerza de trabajo, que constituyen el terreno propicio para la generación de la misma.[158, 159] Lo que es nuevo de la "vieja" violencia laboral es su intensidad, su frecuencia y la gravedad de sus consecuencias para la salud que a partir de los años 90 han comenzado a tener una dimensión alarmante. Lo novedoso de la violencia laboral emergente en las últimas décadas, se vincula con el uso de nuevas tecnologías de gestión por parte de direcciones de empresas, que instrumentalizan el abuso y el maltrato; y con la tolerancia, la banalización y la naturalización del maltrato y la violencia por parte de los propios trabajadores y sus organizaciones.[160]

La precarización externa e interna, los recortes de personal, la subcontratación y la externalización o *outsourcing*, la reestructuración de la organización del trabajo, y la aplicación de estrategias administrativas que hacen uso de la evaluación individualizada del desempeño y de la prescripción de estándares de calidad que vehiculizan un ideal de "excelencia",[161][xlv] sin el soporte protector de condiciones estructurales para materializarlo; no sólo afectan la salud de los trabajadores y aumentan el riesgo de accidentes, sino que al exhortar a la competitividad instalan la rivalidad entre trabajadores, erosionando gravemente no sólo la salud y los vínculos entre las personas, sino la posibilidad misma de construir acciones colectivas.[162]

xliv En abril del 2010 la Fiscalía de París inició una investigación por "acoso moral y puesta en peligro de la vida de terceros" contra France-Telecom, y en junio de ese mismo años se produjo la primera sentencia que declara un nexo directo entre suicidio y condiciones de trabajo. Varios de los casos de suicidio de Telecom fueron reconocidos por la empresa como "accidente de servicio".

xlv Ciertas prácticas empresariales orientadas a la obtención de la "excelencia" poseen un alto potencial patogénico y pueden dar lugar a síndromes marcados por la insensibilidad y la degradación de los valores éticos. Seligmann-Silva, E. (2004) Os riscos da insensibilidade. En: Araújo, A. Alberto, M.F., Neves, M.Y. y Athayde, M. (orgs.) Cenários do Trabalho, Rio de Janeiro, DP& A editora, 2004, pp.51-72.

En lo relativo a los trabajadores de la salud, las mujeres son más acosadas que los hombres, y los puestos de trabajo que más violencia y acoso sufren son los de enfermería y los administrativos, los que realizan tareas de emergencia, los que trabajan en turnos nocturnos, y los trabajadores que laboran solos o en lugares aislados. Según datos de una importante investigación multicéntrica realizada por OIT, OMS, ICN y PSI[163] en el año 2002, la violencia laboral en el sector salud constituye casi la cuarta parte del total de la violencia en los lugares de trabajo de todos los sectores. Esto implica que el riesgo de que un trabajador de la salud experimente VL es 16 veces mayor de lo que lo es para otros trabajadores del sector servicios, por lo que el sector salud, es el que posee las tasas más altas de violencia laboral.

En el sector de la sanidad y los servicios sociales, la experiencia de la violencia física efectiva o de la amenaza de la violencia es ocho veces mayor que en el sector de la manufactura. Señalemos que la violencia psicológica es en todas las investigaciones realizadas en diversas partes del mundo y para todas las poblaciones laborales, muy superior a la violencia física. Según datos de la *5ta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo* realizada en el 2010, 4% de los trabajadores de los 27 países la Unión Europea declaran haber sido víctimas de intimidación o acoso. Pero en el sector de la sanidad y el trabajo social este porcentaje asciende 15.2%.[164] En una investigación finalizada recientemente en Argentina, la prevalencia de acoso es del 28.1% para todas las poblaciones del sector servicios; mientras que para la población trabajadora de clínicas y hospitales la misma asciende al 47%.[165]

En lo que respecta a los daños relativos a la salud de los trabajadores es necesario señalar con especial énfasis a quienes poseen empleos precarios e informales, ya que constituyen una porción sumamente significativa de la población. Como se sabe, la cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales suele limitarse a quienes trabajan en la economía formal, e incluso en estos casos la cobertura real es baja, pues sólo se declara e indemniza una parte de los accidentes. En la economía informal, las condiciones y la seguridad en el trabajo suelen ser en extremo deficientes; los accidentes y las enfermedades profesionales son generalizadas, y la protección de las víctimas es inexistente. Un reporte sobre Seguridad Social de la OIT,[166] estima que a nivel mundial la cobertura legal representa menos del 30% de la población en edad de trabajar, es decir, menos del 40% de la población económicamente activa. Sólo un tercio de los países cubren a más del 30% de sus trabajadores con servicios de salud ocupacional.[167] En América Latina y el Caribe casi la mitad de la población que tiene trabajo está en situación de informalidad, y alrededor de 90 millones de trabajadores y trabajadoras no tienen cobertura de seguridad social.[168]

La precarización se torna, por tanto, un tema obligado del estudio de la salud en relación al trabajo ya que las personas que poseen empleos precarios tienen el más alto riesgo de presentar problemas de salud físicos y psíquicos, incluyendo desórdenes musculo esqueléticos y riesgo de morir por cánceres relacionados con fumar y el abuso en el consumo de alcohol.[169] Los efectos de la precarización en la salud han sido estudiados en varios países[170 - 173] resaltándose las vivencias de malestar e inseguridad permanentes, la pérdida de autoestima, y una percepción de ser descartables que es vivida de modo humillante.

Con relación al quehacer, es preciso subrayar, que no hay fatalidad en este nuevo panorama de la salud de los trabajadores. Es posible generar acciones para combatir los problemas que se plantean con eficacia, pero con la condición de que haya interlocución entre trabajadores, empleadores y el Estado, y de que los sindicatos incluyan en sus agendas estas nuevas problemáticas. Es vital que haya dialogo tripartito para la resolución de estos problemas. No tomar cartas en el asunto respecto de estos nuevos riesgos emergentes para la salud de los trabajadores tendrá un impacto social muy importante, ya que los gastos médicos que se derivan de los daños a su salud tienen un costo significativo para el sistema sanitario, además de agravar los déficits y brechas existentes en todos los países.

Los enfoques y marcos jurídicos nacionales con respecto a los riesgos emergentes varían muchísimo. En algunos países se han promulgado leyes al respecto, en otros se han utilizado convenios colectivos y códigos de conducta. Sea cual fuere el enfoque, los sindicatos deben estar a la vanguardia del accionar contra estos nuevos riesgos para la salud de los trabajadores. Los trabajadores tienen que estar implicados en la gestión de la detección, prevención, promoción e implantación de medidas preventivas y, en definitiva, en el control de sus propias condiciones de trabajo. En este sentido, un aspecto a tener en cuenta es la formación de delegados sindicales de prevención, con los que hay que trabajar los temas relativos a los riesgos psicosociales y los efectos sobre la salud mental de los trabajadores. Esto requiere a su vez trabajar sobre los tabúes y prejuicios relativos a las dolencias psicológicas que, por lo general, son estigmatizadas y rechazadas.

Una mirada de género

Alrededor de 60% de la fuerza de trabajo en salud en América Latina son mujeres.[xlvi] La participación de las mujeres en la fuerza laboral de salud no es pareja; la profesión ejercida es determinante de asimetrías y las opciones más frecuentes que ellas adoptan contribuyen a crear un mapa de segregación sexual horizontal. La profesión más feminizada es la enfermería y, en la medicina, la participación de mujeres es menor aunque creciente. En México según el censo de 2000, las mujeres constituían el 95.4% de las/os enfermeras/os licenciadas/os, el 34.7% de los/as graduados/as en medicina y el 61.5% de los/as odontólogos/as licenciados/as.[174] Son hechos conocidos que, en las últimas dos décadas, la profesión de enfermería se ha masculinizado y la medicina se ha feminizado. Aun cuando la participación de mujeres y hombres en las profesiones tienda a igualarse en el total numérico, atenuándose la segregación sexual horizontal de las funciones de la salud, no ocurre lo mismo con los lugares que ocupan unas y otros en las escalas de mando, en el nivel de ingreso y en las categorías de empleos, fenómeno denominado segregación sexual vertical. Las direcciones o gerencias, siguen estando más a cargo de los hombres y la comparación de los promedios de remuneración por sexo dentro de una misma profesión encuentra parte de su explicación en este tipo de segregación vertical. En Argentina, en el 2005 las mujeres ocupadas como directivas en el sector salud representaron el 2.5% del total mientras que los hombres directivos eran el 7.5% de la ocupación.[175]

Las inequidades de género en el trabajo en salud, (Matamala, Díaz, Mauro. OPS, 2012) adquieren diversas formas de presentación. Asistimos a inequidades en el acceso al mercado de trabajo (barreras de entrada); mayores tasas de desocupación en mujeres formadas en salud; inequidades salariales; inequidades en la distribución del poder (en el ámbito de los cargos de dirección como en los de representación gremial); inequidades en cobertura de sus seguros de salud y planes de jubilación, debido a la discontinuidad laboral que afecta más a las mujeres por causas familiares o reproductivas; mayor desprotección laboral, entre otras. Asimismo, la evidencia presentada muestra una salud desmejorada en las mujeres que trabajan en salud al compararlas con los hombres que se desempeñan en el sector.

Particular atención cobra el fenómeno del estrés en trabajadores de la salud pues la evidencia señala importantes asociaciones entre la exposición a situaciones de trabajo estresantes y la consecuente aparición de problemas de salud física y mental de una parte, y de otra, importantes efectos negativos en el desempeño, motivación y en el clima social del trabajo. Tampoco se puede olvidar, lo señalado con relación a los conflictos derivados de las interferencias entre trabajo y familia. Ambas dimensiones constituyen riesgos psicosociales directamente asociado al género. Una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud reporta una carga total de trabajo muy alta sobrepasando la de los hombres, al sumar las horas semanales de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y de trabajo remunerado. Este fenómeno de "doble presencia" debe ser problematizado a la hora de diseñar estrategias con relación a la salud de las trabajadoras.

Palabras finales

La cobertura universal en los países, no se logrará sin "las personas correctas, con las competencias adecuadas en el lugar y el momento oportuno". Esto implica un esfuerzo colectivo por planificar la formación, distribución y calidad del empleo y de las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de la salud, según las necesidades de salud de los ciudadanos. En esto último, el Estado tienen una responsabilidad indelegable y a este propósito deben concurrir todos los actores.

No se puede olvidar que el tema de los recursos humanos para la cobertura universal, no es un tema exclusivo de "métrica" (cantidad y perfiles), para dicho desafío hay que agregar las condiciones con que cuentan las personas que dan el servicio. Para avanzar en estos nuevos temas es importante por tanto: incorporar a la agenda de planificación y negociación, las condiciones estructurales que determinan los modelos organizacionales de los establecimientos de salud y los problemas que plantea el panorama epidemiológico relativo a la salud de los trabajadores. Los desafíos de salud de los trabajadores implican iniciativas que vayan más allá de la normativa, a fin de garantizar que las políticas preventivas se lleven a cabo como políticas de los propios trabajadores y de sus sindicatos;

xlvi Observatorio de Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS; 2004.

y en lo posible como políticas de las instituciones. Llevar a cabo acciones de formación y conocimiento específico en estas materias para gerentes, trabajadores y representantes sindicales en forma constante y permanente, ya que sin esta no se puede garantizar que el trabajo no sea un peligro para la salud.

Un desafío que se plantea de cara al futuro, es la generación de nuevos modelos de gerencia que equilibren desempeño y resultados, a condiciones para el desarrollo de los trabajadores; a la discusión de nuevas "carreras sanitarias", en las que se logre un adecuado balance entre los requerimientos de productividad, calidad y desempeño de los trabajadores de la salud y entre las condiciones para posibilitar aquello. Cuando hablamos de condiciones no basta con insumos, infraestructura o capacitación, sino que también con aquel contexto organizacional que se constituye en el sustrato para establecimientos de salud, valga la redundancia, "saludables". Tener organizaciones saludables requiere de estructuras, liderazgo y modelos de gestión propicios para el diálogo, la participación, el aprendizaje y el desarrollo personal y comunitario. Esto último, implica un "nuevo trato" entre el sector salud y sus trabajadoras/es, comprendiendo todos que mayor efectividad, impacto, agregación de valor público y mayor rentabilidad social, de los recursos que el Estado dispone para nuestros sistemas sanitarios, pasa necesariamente por una alianza con las trabajadoras/es en que el ámbito de su salud y calidad de vida laboral, se constituye en un eje estratégico de primerísima importancia. Por tanto, las estrategias en los ámbitos de la salud de las trabajadoras/es, de las condiciones y organización del trabajo y en las relaciones sociales que se dan al interior de los sistemas, deben formar un todo coherente y sinérgico. Las estrategias puestas en marcha deben tener una dirección común: crear sistemas donde sus trabajadoras/es se "*cuidan para cuidar.*"[176]

Al centro de todo deben estar siempre, más que metas y prestaciones, las personas: quienes reciben y quienes entregan el servicio. Los primeros no son ni "pacientes" ni "clientes", son ciudadanos con derechos. Los segundos no son "mano de obra o recursos" son también ciudadanos con derechos. El Estado tiene la responsabilidad indelegable de avanzar en dar garantía de derechos a unos y a otros. Una sociedad es plenamente democrática no sólo cuando asegura elecciones libres de tanto en tanto, lo es, cuando puede asegurar a cada uno de los miembros de la sociedad que es un par, que es un legítimo otro que tiene igual y justo acceso a los frutos del desarrollo, cuando no hay diferencias éticamente intolerables entre unos y otros por razones de extracción social, tipo de trabajo que desempeña, de género o de etnia.

Recursos humanos para la cobertura universal, no es otra cosa que el desafío por los derechos de todas y todos.

CAPÍTULO SEGUNDO

2

Lecciones internacionales aprendidas

INTRODUCCIÓN

Esta sección nace de un esfuerzo compartido de la Representación en México de la OPS/OMS, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) por recoger experiencias internacionales sobre cobertura universal en el contexto del 15º Congreso de Investigación en Salud Pública del INSP, llamado "Evidencia para la cobertura universal y efectiva", efectuado en Cuernavaca los días 6 a 8 de marzo del año 2013. Las ponencias realizadas en la plenaria sobre "Cobertura universal en salud: lecciones aprendidas" fueron dando forma a esta sección.

Plenaria internacional "Cobertura universal en salud: lecciones aprendidas" Cuernavaca, 7 de marzo 2013.

OPS / OMS Representación en México

La idea de este apartado es debatir con franqueza los elementos esenciales de las políticas públicas en salud de Chile, Colombia, Perú y España en las últimas décadas con acento en sus éxitos y particularmente en sus yerros, obstáculos y desafíos; exponer "luces y sombras" de las experiencias de estos países en sus procesos hacia la cobertura universal con el fin de extraer lecciones que puedan ser valiosas para México.

A los colaboradores de dichos países se les solicitó hacer especial énfasis en los "yerros" y lecciones aprendidas dado que en la literatura y en los foros suelen presentarse los aspectos más positivos que siempre existen en cada país. Este enfoque tiene el riesgo de acoger más opiniones o juicios que evidencias pero, dado que la implementación de las políticas públicas son más hechos políticos que técnicos, creemos que es útil poner en relieve los enfoques críticos a dichos procesos.

Se escogió a estos países debido a que Chile y Colombia son quienes han tenido las reformas estructurales más profundas y de más larga evolución (Chile en 1980; Colombia en 1993) lo que permite evaluaciones con más evidencia. Ambas reformas han tenido procesos de revisión y ajustes de carácter legal que permiten observar tendencias y lecciones de políticas públicas que pueden eventualmente agregar valor al proceso mexicano. Por su parte, Perú inició de forma reciente un interesante proceso de implementación de una reforma hacia el acceso universal colocando como punto de partida un "pacto político" de gran envergadura, que ha permitido una política de Estado en salud coherente y persistente en la última década, aun habiendo cambios de gobierno de distinto signo. Finalmente, se escogió España ya que este país vive un proceso de ajuste a su sistema de protección social derivado de la crisis económica; por tanto, es de gran interés entender cómo un sistema consolidado de cobertura y acceso universal se repiensa ante la escasez.

En anexos se presenta una selección de indicadores básicos, una tabla comparativa y una descripción de la situación de los sistemas de salud de esos países a través de los juicios y opiniones de los colaboradores internacionales de esta publicación, por lo que no pretenden ser retratos "objetivos" de dichas realidades.

CHILE

Osvaldo Artaza Barrios;[xlvii]
Rony Lenz Alcayaga;[xlviii] *Alberto José Muñoz Vergara*[xlix]

Antecedentes del Sistema de Salud

A comienzos de los años ochenta, la dictadura[177] desarrolló un proceso destinado a refundar las bases de la estructura política y económica del país. Para ello modificó la Constitución (1980) e inició una serie de "modernizaciones" de la economía y del Estado. Entre éstas, se cuenta la reforma al sistema previsional y a la salud. Se municipalizó la atención primaria, se descentralizó el Servicio Nacional de Salud (creado en el año 1952) en servicios de salud territoriales y se organizó un mercado de la salud privada, mediado por las llamadas Instituciones de Salud Previsional –ISAPRE- creadas por ley con una serie de disposiciones que apuntaban a darles viabilidad financiera, cotización fija y obligatoria, restricciones al uso (carencias, preexistencias y exclusiones), y subsidios del Estado.[178,179] Estos cambios introducidos al sistema de salud durante la década de los ochenta provocaron una mayor ineficiencia del sistema.[180] Consecuentemente, los servicios hospitalarios experimentaron un deterioro en su calidad[181] que debió ser corregido a través de la recuperación de la inversión sectorial en la década de los noventa.[182,183] El resultado final del proceso de los años ochenta fue dejar un sistema fuertemente fragmentado y segmentado –de ninguna manera mixto como muchas veces se ha señalado– en el que coexisten –sin cooperar en objetivos comunes– dos sectores con lógicas, objetivos y reglas del juego totalmente diferentes.

El sistema sanitario en los años noventa enfrentó nuevos desafíos resultado del cambio de la estructura de población (transición demográfica); del cambio del perfil epidemiológico que lo asemeja a países desarrollados y que se manifiesta en las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, cáncer, traumatismos); del aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema; de la introducción de tecnología y procedimientos de alto costo; así como por cambios profundos en aspectos políticos y económicos de gran impacto en el sector, entre otros.

Por dichas razones, una vez recuperada la democracia a principios de la década de los años noventa se experimentó, particularmente con relación a la red hospitalaria pública, una percepción de grave crisis, sobre todo de expectativas, entre la demanda creciente de la población y una capacidad de oferta del sector deteriorada por la falta de inversión durante los años ochenta. Junto a dicha percepción, al interior de este sector se discutió con fuerza visiones y paradigmas sobre el modelo de atención, de financiamiento y de gestión. En el período de gobierno de la coalición de centro izquierda Concertación de Parti-

xlvii Ex Ministro de Salud de Chile.

xlviii Ex Director del Fondo Nacional de Salud.

xlix Ex Intendente de Seguros Superintendencia de Salud.

dos por la Democracia[184] se privilegió un refuerzo del sector público mediante aumentos sustantivos del gasto público en salud y se buscó mejorar la gestión del subsector público y regular, aunque de manera insuficiente, el campo de acción del sector privado asegurador (Instituciones de Salud Previsional –ISAPRES-).

Al no haber un acuerdo político para cambios mayores y al existir una fuerte crítica de la oposición de la época al aumento del gasto público en salud, la década de los noventa se caracterizó, dada la presión a favor de "privatizar o mejorar la gestión", por una sostenida preocupación por mejorar la eficiencia de la gestión hospitalaria.[185] Palancas para dicha preocupación fueron el sostenido desarrollo de la oferta privada de servicios de atención de salud, la incapacidad política de romper con el modelo segmentado del sistema sanitario chileno, y los intentos por dar mayor competitividad y aceptación ciudadana del subsector prestador público. Este enfoque en "la eficiencia" para "rescatar el sistema público" nunca fue producto de un consenso del sector, ni de debates o acuerdos sociales, sino de una reacción de los directivos que se incorporaron al sector luego de recuperada la democracia, como forma de "legitimar" al sector público ante los poderes fácticos que generaron críticas a su eficiencia.

También fueron prioridades aumentar la capacidad de resolución de la atención de primer nivel (el gasto público en dicho nivel aumentó de 8% en 1990 a 25% en 2005); mejorar la eficiencia, la calidad y la participación usuaria en el sistema público, para lo cual se diseñaron diversas fórmulas para incentivar la productividad; y fomentar el concepto de pagar "contra resultados" para lo cual se diseñaron mecanismos de pago asociados a prestaciones efectuadas y luego a resolución de diagnósticos. Estos intentos inicialmente fracasaron por falta de voluntad y capacidad para dejar de transferir los presupuestos hospitalarios de manera distinta a los presupuestos históricos. Sólo después de 1995, el Fondo Nacional de Salud impulsó una reforma financiera[186,187] que se instrumentó a través de un grupo de programas bajo la denominación de "programas especiales". En éstos se agrupaban programas de resolución de problemas de alto impacto, tanto sanitario como ciudadano, tales como: resolución de listas de espera, atenciones a adultos mayores, resolución de enfermedades complejas (cáncer, cardiovasculares, politraumatismos, trasplantes, etc.). Este proceso permitió sentar las bases de los mecanismos de pago y del ajuste de la oferta que posibilitó la reforma a la salud.[188,189] Actualmente, con la reforma en consolidación, el pago contra resultados llega a más de un 50% promedio de la red hospitalaria.

Los fundamentos de la reforma a la salud 2002-2005

Existía un amplio consenso entre los actores involucrados en el proceso de reforma en torno a los desafíos sanitarios a los que se enfrentaba Chile (cambio de la estructura poblacional, transición epidemiológica, exigencias de calidad, etc.), no así en cuanto a la forma de abordar la resolución de los mismos. Esto explica que en el caso de Chile no haya habido amplio acuerdo en la definición de los "Objetivos Sanitarios de la Década" y no así en los instrumentos de la reforma a la salud.[I] Por dichas razones, desde los años noventa se vive, sobre todo con relación a la red hospitalaria pública, una percepción de permanente "crisis",[190] especialmente de expectativas, entre la demanda creciente de la población y una capacidad de oferta del sector deteriorada por la falta de inversión vivida durante la década de los ochenta. Esta percepción se hace evidente de forma constante en los medios de comunicación, llegándo incluso a constituirse en 2008 una comisión investigadora parlamentaria para tratar justamente la "crisis hospitalaria".

La reforma a la salud chilena tiene fundamento en: 1) razones sanitarias por los cambios epidemiológicos y demográficos, la constatación de que la oferta sanitaria aún estaba orientada al binomio "madre-hijo", a las enfermedades infecto contagiosas, y que no lograba reorientarse a las enfermedades crónico degenerativas propias "del desarrollo"; 2) razones de equidad al haber grandes diferencias al interior de los distintos indicadores sanitarios según las condiciones socioeconómicas de las personas; 3) razones económicas debido al creciente gasto en salud -por encima del crecimiento del producto interno- sin una correlación medible en impacto; y 4) razones políticas sustentadas en el creciente cuestionamiento ciudadano. Los beneficiarios del FONASA se preguntan con respecto a la oportunidad de la atención: ¿cuándo seré atendido?, mientras que los usuarios del sector privado con relación al nivel de protección financiera: ¿cuánto costará y cuánto me deberé endeudar?

Considerando estos antecedentes y debates ya consignados, el Presidente Ricardo Lagos y su gobierno plantearon la necesidad de llevar a cabo una reforma del sistema de salud de Chile, lo que se tradujo a fines de 2001 en la presentación de un proyecto de ley sobre "Los Derechos y Deberes de las Personas en Salud" y, a mediados del año 2002, en la presentación de un paquete de proyectos de ley: "Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE)"; "Modificatorio de la Ley 2,726 de 1979 (Estructura del Sistema)"; "Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)"; y "Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan Auge."[191]

La Ministra de Salud con que inició el gobierno –Dra. Michelle Bachelet– rápidamente se hizo muy querida por la opinión pública e intentó generar consenso sobre los contenidos de la reforma al interior del ámbito gremial y de los sectores políticos de la coalición con mayor presencia en el sector salud. Pero ante la dificultad de crear dicho consenso, ya que la mayoría de los sectores gremiales –entre ellos el Colegio Médico– y algunos adherentes a los partidos de la coalición ligados al gobierno no convenían con la idea que en el propio gobierno se estaba formando y que estaba decidiendo impulsar, le hizo tender en la práctica a no apresurar la toma de decisiones por temor a la controversia y a la resistencia que ello generaría.

En paralelo, el debate no se abría a la opinión pública para no exponer las desavenencias que surgían al interior del propio gobierno. Aunque los puntos en debate no se dieron a conocer –aun habiendo trascendidos en los medios de comunicación, enrareciendo más la situación– se desarrolló un amplio y masivo

I El año 2002 se publica el documento "Objetivos Sanitarios" con amplio consenso técnico y el mismo año se tramitan en la cámara de diputados los proyectos de ley de la reforma con altísima resistencia y controversia.

proceso de socialización –a través de centenares de reuniones, talleres y actos masivos– que pugnaba por la necesidad de un cambio profundo en salud "una reforma en marcha" que colaboró positivamente en la adhesión de la ciudadanía al compromiso que el Presidente había explicitado para impulsar un proceso de reforma en salud de envergadura.

A dos años de su gobierno y considerando que 2002 y 2003 eran los únicos años lejanos a contiendas electorales, el Presidente Lagos tomó la decisión de apresurar el proceso, aprovechando para ello la coyuntura de un nuevo gabinete. Para ello requirió al nuevo Ministro de Salud explicitar la decisión del gobierno con relación a la reforma (la cual se estaba formulando en la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interministerial), traducir dicha propuesta en proyectos de ley, tomar las medidas administrativas a corto plazo que fueran necesarias y contrarrestar la resistencia que se iba a desencadenar, aun sabiendo del costo político que esto iba a implicar. Con el apoyo de la Secretaría Ejecutiva y la presencia permanente del propio Presidente, en un período de dos meses ya se había explicitado a la opinión pública el contenido de la propuesta y, apenas iniciado el período legislativo, se comenzó con urgencia la discusión del paquete legislativo.

En paralelo, se negoció con los gremios la modificación a sus estatutos (casi 60 mil funcionarios, tanto de la atención primaria como de los hospitales) con el objeto de condicionar parte del salario al cumplimiento de metas y desempeño. Con esto se echaba a andar un ambicioso proyecto piloto de cobertura universal, con tiempo de atención garantizado y cobertura financiera en temas prioritarios (programa piloto del "Plan Auge" que inició con cobertura universal en cáncer infantil, malformaciones congénitas e insuficiencia renal),[li] con el objeto de que la opinión pública pudiera ver en la práctica el significado de la reforma. Fue vital cumplir con dicha promesa pública. Ésta también se logró gracias a la consistencia de las señales y el liderazgo ejercido. Está claro que apoyando ambas iniciativas estuvo el liderazgo personal del Presidente de la República.

Desde el punto de vista político el desafío era formular una propuesta equilibrada que rompiera la polaridad de los paradigmas "estatistas" *versus* los "privatizadores" que había tenido por varios años entrampada la posibilidad de efectuar cambios reales en el sistema de salud chileno. Por ello, se decidió colocar por delante los aspectos sanitarios –los objetivos más que los instrumentos– siendo entonces el eje "avanzar hacia el acceso universal" a través de la solución integral a los problemas de salud más prioritarios, a la vez que se generaba un piso digno de equidad en salud y se les daba derechos sociales reales en salud a las personas.

Al colocar por delante los temas sanitarios se pretendía que el debate girara en torno a "qué salud queríamos para todos los chilenos y chilenas sin distinción de ninguna especie" en vez de que fuera sobre el tipo de aseguramiento, fuentes de financiamiento u otros aspectos donde hubiera natural controversia. Esto último se consiguió sólo parcialmente debido a que tanto los sectores gremiales como políticos siempre intentaron llevar –muchas veces con éxito– el debate a los aspectos instrumentales donde prevalecen visiones divergentes.

Por otra parte, al colocar como centro de atención los objetivos de equidad y atención efectiva de los problemas de salud prioritarios, se tomaba la decisión política y técnica de modificar, tanto al sector privado como al público, en el sentido de los objetivos propuestos. El tema entonces no era terminar con el papel del Estado o del mercado, sino producir modificaciones en ambos sectores coherentes con los objetivos. Esta decisión era básica para darle viabilidad política a la propuesta al disminuir la percepción de amenaza que sentían unos y otros. Se corría el riesgo de presentar una propuesta "pragmática" que no dejara contentos a unos ni a otros, pero sí generaba el espacio para una negociación.

La opción tomada intentaba ser balanceada, en el sentido de que daba espacio a los actores existentes en la realidad del sistema, y también gradual, al entender que los perfeccionamientos que habría que hacer al sector privado y público eran de tal magnitud que sólo eran viables en la medida en la que se realizaran paso a paso. Al mismo tiempo que era gradual, postergaba algunos debates que parecían imposibles de resolver al no estar dadas las condiciones, especialmente en el ámbito del financiamiento de la salud y de la relación pública privada.

En el ámbito de los recursos humanos, las propuestas iban desde la precarización extrema del empleo en salud hasta el fortalecimiento de la inamovilidad. El compromiso suscrito con los trabajadores fue respetar el estatuto existente y, dentro de ese marco, producir modificaciones menores tendientes a asociar futuros incrementos salariales al desempeño.

Luego de adoptada y públicamente explicitada la decisión política por parte del gobierno –que no fue fácil de tomar dado el fuerte cabildeo y presión que diferentes grupos ejercieron hasta el último momento– quedaba pendiente la decisión sobre dónde generar el espacio de negociación. La experiencia señalaba que mientras el espacio de negociación estuviera reducido a los actores del sistema y de los grupos de interés no habría avance. De hecho así fue durante los años noventa y durante los dos primeros años del gobierno del Presidente Lagos. Esto también explicaba el rumbo zigzagueante que tomaron los cambios que se habían intentado hacer con anterioridad y el bloqueo político que se tenía a fines del año 2002, a pesar de la voluntad de avanzar del Presidente. Por ello, junto con la opción de gobierno por una propuesta, se decidió que el escenario de negociación fuera el parlamento, con plena transparencia del debate hacia la opinión pública.

Dicha decisión fue una suerte de "golpe de audacia" que tomó por sorpresa a los actores y generó al inicio un amplio espacio de liderazgo por parte del gobierno en el sentir ciudadano, pero como contraparte provocó un quiebre definitivo con los gremios y una agudización de un clima de desconfianza, lo que hasta la fecha prevalece en las relaciones entre la autoridad y la dirigencia gremial. Esta decisión presidencial implicó dar a conocer de manera pública la propuesta, realizar una fuerte campaña de comunicación y, de forma muy rápida, presentar los proyectos de ley al parlamento, sin discusión previa con los actores.

li El hospital Luis Calvo Mackenna fue clave en este proyecto piloto, ya que gran parte de dichos problemas de salud tenían que ver con la edad pediátrica y se resolvían en ese centro asistencial.

Mientras tanto se realizaron intensas conversaciones con los actores gremiales que buscaron despejar fantasmas e incertidumbre en torno a lo que sí era y no era la propuesta anunciada. Esto culminó con la firma de un protocolo de acuerdo que fue suscrito en una ceremonia solemne en la casa de gobierno. Como era de esperarse, poco después, cuando los proyectos de ley ingresaron al parlamento, se acusó de que dichos proyectos no honraban los acuerdos y significaban la "privatización" del sistema.

La estrategia de instalar la mesa de negociación "en el sitio democrático por excelencia, el parlamento", fue un acierto de corto plazo para la realidad de aquel momento. Lo que todos hubieran querido es que se hubiera construido un proceso social de consenso que entremezclara la recuperación de la democracia, el respeto de los derechos humanos, la democratización de las instituciones y la modificación del modelo de salud heredado. Esto último no pudo suceder, no por falta de voluntad, sino debido a la presencia de visiones contrapuestas dentro de las propias fuerzas democráticas que no estaban dispuestas a escucharse y a negociar consensos; por el contrario, pretendían la derrota política de la visión alternativa. Lo anterior explica la permanencia hasta hoy de ciertos niveles de resistencia de los gremios de la salud hacia la reforma, que sólo vieron amenazas y falta de participación. Eso sí, se logró siempre empatizar con las expectativas ciudadanas, lo que explica que aunque nunca "se entendió" qué era el AUGE siempre obtuvo alta aprobación en las encuestas de opinión aún en los momentos más álgidos de resistencia.

Durante el período presidencial de Michelle Bachelet, los esfuerzos se focalizaron en que las garantías fueran cumplidas en el sector público. Mientras se cumplían las garantías en el sector público, se planteó acometer la resolución de las listas de espera quirúrgicas no garantizadas. Esto, que se llamó "Plan de los 90 días", generó aún mayor presión a los hospitales públicos. El objetivo era legitimar la reforma ya que una crítica constante era que por cumplir las garantías en los hospitales se estaba afectando a personas que tenían otros problemas de salud.

El gobierno actual de Sebastián Piñera ha mantenido las políticas anteriores, salvo algunos énfasis como los ya señalados con respecto del "bono Auge" y se ha visto obligado –ya que no estaba en su programa– a regular al sector privado asegurador debido a un fallo del Tribunal Constitucional que cuestionó la aplicación de factores de riesgo (sexo y edad) en la fijación de las tarifas del sector ISAPRE.

Consideraciones políticas sobre el proceso de reforma

En las argumentaciones con relación a la reforma, se confunden las críticas a las medidas de eficiencia de la gestión pública con la protección de los usuarios y las demandas de mayores recursos. Es preciso hacer notar que, salvo la propuesta de Servicio Único de Salud de la Unidad Popular, desbancada por el golpe militar de 1973, todas las reformas han sido asumidas *ex post* por el gremio médico, luego de una frontal oposición inicial. El grupo médico en Chile, así como en otras partes del mundo, tiende a ser conservador respecto a los modelos de la práctica asistencial, dándose la paradoja que, dado que muchos médicos tienen jornadas de trabajo por la mañana en hospitales públicos y en la tarde ejercen liberalmente su profesión, éstos corporativamente tuvieron un discurso muy disociado. Por la mañana defendiendo la "salud pública", resistiéndose a medidas que implicaran introducción de criterios de gerencia, de pérdida de autonomía en la práctica médica, de mayor empoderamiento al usuario u otras que fueran en la lógica de "lograr más por los recursos invertidos por la sociedad" asumiendo las medidas como amenaza a la labor social de la medicina y a la relación médico paciente, y etiquetándolas de "privatización" o de "mercantilismo en la salud". En cambio, por la tarde, el discurso era por la protección de los espacios de "libertad de elegir" al médico, en un contexto de mayor autonomía profesional en lo concerniente a la fijación de tarifas y a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, defendiendo en la práctica mayor desregulación del libre mercado de la salud y evitando pasar a ser "funcionarios" a merced de los seguros privados. Dicha disociación ha hecho surgir la frase de "socialistas por la mañana, capitalistas por la tarde", con que se los ha cuestionado.

Los demás gremios de la salud han presentado un comportamiento muy distinto. Por una parte sufrieron de manera diferente la dictadura y una vez recuperada la democracia su foco ha estado en reivindicar mejoras a sus condiciones laborales, existiendo claras diferencias con el gremio médico, quienes son percibidos como privilegiados, amén de ser estos últimos quienes ejercen mayor cuota de poder al interior de los centros de salud. La reforma a la salud los unió a todos con objeto de rechazarla, aunque los intereses de los médicos y de los demás gremios por evitarla fueran de distinta índole. Por ejemplo, los médicos rechazaron el AUGE por estimar que disminuiría su autonomía profesional además de sus ingresos en tanto los demás trabajadores veían un aumento de las demandas laborales y de los derechos del usuario sin una correlación de beneficios para sus representados. Todos se sintieron profundamente agredidos con el hecho de que el Plan AUGE sólo priorizara algunas prestaciones de salud, ya que en el imaginario de toda trabajadora y trabajador de la salud está muy arraigada la idea de que "todo debe ser dado a todos y al mismo tiempo". Por años el discurso de "salud gratuita, para todos, como un derecho" caló hondo en el sentir del mundo de la salud, por lo que a pesar de no existir consensos –aún en los propios gremios- de cómo se debía llevar a la práctica dicho discurso, se percibió la reforma del 2002/2005 como una traición a dichos valores y principios de la "salud pública".

Durante los primeros años del gobierno del Presidente Lagos, el decidido planteamiento del gobierno con respecto a la necesidad de la reforma del sistema de salud, puso el tema en la agenda pública y desde los inicios del debate se percibió una rotunda polarización de los actores políticos y sociales en dos ejes principales: por una parte, los gremios de la salud y dirigentes de los partidos de la Concertación, con el apoyo soterrado de la burocracia del Ministerio de la Salud y, por otra, las ISAPRE, la prensa y los partidos de oposición.

El debate inició aun cuando el gobierno no definía los elementos de su propuesta y las opciones frente a una eventual reforma se referían a los planteamientos previos de los actores en pugna, en particular a cuánta participación estatal debería tener el sistema que emergería después de la reforma. Este debate,

claramente ideologizado, influyó de manera decisiva en la conducta del propio gobierno que demoró en definir el diseño de la propuesta de reforma por las pugnas internas de los actores políticos.

Los discursos fueron marcados por una reiterada insistencia a mantener el sistema sin cambios en sus estructuras, ya que la mayoría de los actores sectoriales sostenían que sólo se requería mejorar el financiamiento y con ello se podrían solucionar los problemas del sector. Por mucho se prefería el *status quo* a una reforma no deseada. Especial insistencia tuvieron los grupos sectoriales en señalar que el sistema de salud chileno no estaba en crisis; por el contrario, los indicadores sanitarios clásicos mostraban resultados favorables, refrendados el año 2000 por el *Informe sobre la Salud Mundial*, de la OMS, que situaba a Chile en un lugar destacado en el desempeño global del sistema respecto de la salud de los menores de cinco años de edad y con una gran eficiencia por el monto de los recursos utilizados. Este informe señalaba como punto negativo la inequidad en la distribución de los recursos. Estos datos fortalecieron la visión acerca de la ausencia de crisis, a pesar de que dicho estudio comenzó a ser severamente cuestionado en el concierto internacional.[192] Con un discurso sobre la necesidad de mayor aporte fiscal para el financiamiento del sistema público de salud por parte de los gremios de profesionales y funcionarios de éste, un sector importante de los parlamentarios de la Concertación (alianza de gobierno) y también por parte de los cuerpos ejecutivos del sistema público, se planteaban abiertas discrepancias con la iniciativa de "hacer una profunda reforma del sistema de salud chileno", como lo había planteado el Presidente.

Por su parte las ISAPRE y los prestadores privados sostenían que para enfrentar los problemas del sistema bastaba con mejorar la gestión del sistema público de salud, sin tocar el financiamiento del sector privado y dejando a los privados desarrollarse como lo habían hecho en los últimos 20 años con resultados positivos. Este discurso era apoyado por los partidos de la oposición y por la mayoría de los medios de comunicación. La polarización se dio de manera precoz, con estereotipos discursivos poco documentados y que no tomaban en cuenta los reales avances del diseño gubernativo. La oposición de derecha y de izquierda tenía el terreno común de la defensa del *status quo* y, en gran medida, la oposición de izquierda se apoyaba en organismos y personas partidarios de la coalición. Como hemos señalado, la oposición de lado y lado eran totalmente legítimas dado que lo planteado no correspondía a las expectativas que unos y otros tenían.

En noviembre del año 2000, la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interministerial realizó un estudio de actores políticos y sociales considerados líderes de opinión.[lii] Con ellos aparece una clara polarización entre dos grupos. El primero está compuesto por los que defienden el sistema público en su forma actual, entre ellos hay dirigentes políticos y parlamentarios de la Concertación, dirigentes de colegios profesionales y federaciones de trabajadores y además profesionales próximos al Ministerio. Este grupo es partidario de la coalición de gobierno; sin embargo no todos los que declaran afinidad por la coalición mantienen la misma posición. El segundo se asocia fuertemente con la salud privada y en él

lii Comisión Interministerial de Reforma de la Salud. Ministerio de Salud de Chile. Estudio de actores FEEDBACK, 2000.

encontramos a políticos de derecha, dirigentes de ISAPRE y clínicas privadas, editores de la mayoría de los medios de información sobre todo diarios y a algunos profesionales que en particular destacan la "ineficiencia" del sistema público y abogan por el mantenimiento del sector privado de la salud y mejoras de gestión en el sector público.

Destaca en este análisis que mientras la derecha -oposición al gobierno- mantiene una posición muy coherente con el sector privado, en la coalición de gobierno -Concertación de Partidos por la Democracia- hay matices que van desde una defensa ortodoxa del sistema público hasta una adscripción a las posiciones de defensa del sector privado, como un modelo de eficiencia. También aparece claramente en el estudio de líderes de opinión que por el momento no se ha desarrollado una capacidad de articular posiciones, porque prevalece la visión de que el gobierno no tenía credibilidad acerca de la firmeza de sus intenciones de reforma y porque hasta ese momento parecía incapaz de surgir con una propuesta concreta que permitiera un pronunciamiento por parte de los actores, y la generación de escenarios de negociación.

En el período inicial del gobierno, tal como se señaló con anterioridad, el propósito originario de enfrentar el proceso en forma participativa fue realizado parcialmente, tanto por los temores que despertaba un proceso de esa naturaleza en una burocracia autoritaria y vertical, que busca más el control de los procesos sociales que abrirse a un experimento de formulación de políticas públicas donde su autoridad puede ser cuestionada, como por el temor a que se manifestaran las desavenencias al interior del propio gobierno. En la práctica, la burocracia del sector público actuó de consuno con los grupos de interés gremiales para detener el proceso de reforma y se sumó a la postura de señalar que el principal problema era el financiamiento y el mayor aporte fiscal. Al mismo tiempo, la oposición y los intereses privados de la salud se abstenían de hacer una oposición militante al proceso porque confiaban en que las disensiones internas de la Concertación lo paralizarían.

La reforma del sistema de salud implicaba -según sus impulsores- una modificación del reparto de poder entre los actores, en ese momento aún más concentrado en desmedro de usuarios y población. En consecuencia, en una primera evaluación del impacto de una intervención, es necesario precisar los cambios que ella implica en los balances de poder y beneficio esperado para la población y usuarios directos. El mapa de actores está dominado por las organizaciones que tienen posiciones fuertemente instaladas: Colegio Médico, gremios de la salud, ISAPRE, Ministerio de Salud, partidos y parlamentarios de Concertación y oposición. Con muy poco poder y una voz poco definida aparecen las organizaciones comunitarias de base y los usuarios en general. Los medios de comunicación estaban alineados con los intereses de las ISAPRE, mundo privado y oposición.

El trasfondo de la relación entre los actores está dominado por la desconfianza, originada en diversos temores tales como la privatización, la estatización, el aumento de los impuestos, la expropiación de las cotizaciones, la pérdida de poder adquirido, y en los usuarios y personal de salud existe incredulidad, pues ningún cambio previo ha logrado modificar positivamente y de forma

permanente sus necesidades cotidianas, sino por el contario, en su percepción las habían ido agravando. Este escepticismo, por el contrario, se acompaña, paradójicamente, de una apertura a que se produzca un cambio, pudiendo venir la propuesta desde el gobierno o cualquier otro actor válido.

Aseguramiento privado: lecciones del sistema ISAPRE de Chile

Como se señaló, la reforma al sistema previsional y a la salud está entre los cambios originados por la dictadura militar en Chile. Se terminó con los colegios profesionales de colegiatura obligatoria, se municipalizó la atención primaria, se descentralizó el SNS en servicios de salud territoriales y se reorganizó el mercado de la salud privada.[193] Este mercado está mediado por las ISAPRE las cuáles fueron creadas por ley con una serie de disposiciones que apuntaban a darles viabilidad financiera, cotización fija y obligatoria, restricciones al uso (carencias, preexistencias y exclusiones); y subsidios del Estado.[194,195]

La privatización fue, contrariamente a lo anterior, legalizada en una ley miscelánea, con muy poca discusión previa y con un cuerpo médico que reaccionó de una manera más bien confusa frente a la aparición de los seguros privados competitivos de salud, ISAPRE. Estas instituciones de seguro, creadas poco después de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), estaban destinadas según el DFL No. 3 de mayo de 1981, a sustituir progresivamente el sistema público de salud. Los médicos reaccionaron divididos, unos a favor, que quisieron crear ISAPRE propias, otros muy en contra.[196]

La reforma a la salud chilena implantada en los primeros años de los ochenta, ha recibido mucha atención de académicos y formuladores de políticas. Aunque ésta se llevó a cabo bajo un régimen militar y, por ende, sea una excepción en la Región, el proceso de la reforma chilena ha sido emulado de un grado u otro, tanto en sus procesos, como en sus contenidos. Estas estrategias continúan teniendo influencia en los formuladores de políticas en Latinoamérica y otros lugares, a pesar de que los gobiernos democráticos han estado impulsando fuertes modificaciones al sistema creado durante la dictadura militar.

Las metas principales de los reformadores, por medio de la implantación de un sistema de planes de salud privados en Chile fueron: (i) liberar la capacidad en establecimientos públicos a través de cambios de la demanda hacia el sector privado, induciendo una expansión de la infraestructura y servicios médicos privados (ii) concentrar los esfuerzos del Estado en la población de bajos ingresos, (iii) incrementar la libertad de escoger, y crear un subsidio a la demanda a largo plazo, que permitiera la selección entre un mayor número de opciones de servicios de salud.

Los reformadores lograron exitosamente algunas de estas metas, pero definitivamente no todas. La implantación de las ISAPRE amplió significativamente la infraestructura privada en la nación. La demanda para los servicios proporcionados por estas instalaciones y profesionales en la práctica privada, también incrementó sustancialmente. También, parece ser que los reformadores lograron destinar una mayor proporción de los recursos fiscales a la población de bajos ingresos. Pero debe aclararse que la inversión global en salud, en lo referente al gasto público en relación con el producto interno bruto, bajó ostensiblemente en las casi dos décadas de gobierno militar.

Aunque los reformadores lograron avances hacia la meta de crear un subsidio a la demanda, esta parte de la reforma nunca se pudo completar. Un subsidio a la demanda (2% para quienes se incorporan a las ISAPRE) fue creado para complementar la contribución obligatoria de 7%, pero el uso de este subsidio para el objetivo propuesto tuvo varios problemas que fueron reconocidos por todos los sectores del espectro político, y este aspecto de la reforma no tuvo legitimidad entre los actores, tanto es así, que dicho subsidio fue legalmente abolido en 1999. Finalmente, el intento de crear el subsidio a la demanda, que hubiera creado ISAPRES subsidiadas para aquellos sin poder adquisitivo, se detuvo completamente.

Además, el sistema ISAPRE atrajo principalmente a personas de altos ingresos, quienes entonces dejaron de contribuir al sistema público, y los fondos adicionales para cubrir esta pérdida no fueron asignados a instalaciones públicas. Entonces, la creación de este sistema privado pudo contribuir a agravar el déficit operacional que el sistema tuvo en la crisis económica de los años ochenta. Desde 1988, con la crisis económica bajo control, los datos demuestran que la reforma podría haber liberado capacidad y recursos operacionales para los beneficiarios legales del sistema público, si el gasto en el sistema público de salud se hubiera mantenido a niveles constantes de 1981, lo que claramente no sucedió. Por lo tanto, los recursos que migraron al sistema ISAPRE durante los años ochenta debieron ser compensados en los noventa con incrementos significativos en el financiamiento de fuentes fiscales.

Probablemente la meta más importante de los reformadores fue la de permitir que los beneficiarios escojan entre una variedad de planes de salud, y así introducir la competencia como medida para mejorar la calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Esta meta no fue lograda, debido a la fuerte asimetría de información y a la casi nula regulación con que comenzó a operar ese nuevo mercado. Las personas afiliadas que tenían suficientes recursos para pagar las primas cobradas por ISAPRE tenían muchas alternativas para escoger a su proveedor, y dado que la industria de la salud no estaba muy concentrada al inicio de la ISAPRE, existió una competencia real entre las ISAPRE pero sólo para afiliar a grupos jóvenes y de edad media, de altos ingresos. Mientras, los individuos mayores de 60 años de edad casi no tenían acceso al sistema privado, e individuos con enfermedades catastróficas o crónicas tenían pocas opciones de quedarse en el sistema o de cambiar de una institución a otra. La selección adversa de riesgo funcionó muy bien, ya que obligó al FONASA a actuar en la práctica como reaseguro. Finalmente, la información disponible para una decisión informada del consumidor de planes de salud es deficiente.

Las ISAPRE actualmente cubren al 16% de la población. La inscripción lograda –qué llegó en su mejor momento a casi un tercio de la población– superó todas las expectativas iniciales. Sin embargo, la expansión en el futuro con el propósito de incluir a toda la población bajo un esquema similar, necesitaría: 1) la implantación del subsidio a la demanda prevista que iba a sustituir a la provisión pública de servicios de salud; 2) esfuerzos mayores de reducir las cuotas del sistema

ISAPRE, reduciendo sus costos promedios actuariales. Lo primero no sucedió, ya que nunca hubo apoyo político a esa idea. Lo segundo tampoco sucedió, ya que las ISAPRE mantuvieron costos de administración muy altos (llegaron a 20%) y vivieron un espiral permanente de alza de los costos de sus planes (por aumento de la demanda por prestaciones y por falta de control de los prestadores) que se debió traducir en aumento del costo para un mismo plan o disminución de beneficios a un mismo precio. Permanentemente se mantuvieron los incentivos al descreme y selección adversa de riesgo que llegó hasta el límite de la creación de los "planes sin útero" (a una mujer en edad fértil se le ofrecía un mejor plan sólo bajo la condición de firmar un contrato que dejaba fuera la atención del parto).

La mayoría de los actores relacionados con el sector salud durante la dictadura, y probablemente la población entera, estaban de acuerdo sobre la necesidad de alguna reforma. La noción acerca de que el sector salud estaba en caos (lo que fue impulsado por la oposición política al gobierno de Allende, fundamentalmente por el Colegio Médico) fue un supuesto ampliamente pensado en el momento de la formulación de las reformas, y así facilitó el ímpetu original para el cambio. Sin embargo, este consenso sobre la necesidad de cambio no se extendía a las cuestiones de definición de los problemas a enfrentar, los medios para solucionarlos y la rapidez con la que la reforma debía proceder.

Por parte del equipo económico de la dictadura existía una suerte de "ilusión" de que la irrupción del mercado en la salud, pondría punto final a todas las dificultades del sector público, debido a que la competencia y la mayor eficiencia, resolverían por sí solas los problemas de salud observados por la población.

La intención era que las ISAPRE generaran paulatinamente un escenario de sustitución del sector público en el financiamiento y provisión de servicios de salud. Inicialmente, tuvieron el mandato de servicios preventivos mínimos y pagos de incapacidad por enfermedad. En la práctica sólo ofrecieron paquetes curativos que podían ser establecidos por medio de contratos individuales entre las partes, a primas basadas en el riego individual de cada usuario del sistema. La creación de las ISAPRE fue el primer paso en una agenda completa, que eventualmente tendría el efecto de transformar al sector salud en un sistema que dependería más del mercado que del Estado para la administración financiera y la provisión de servicios de salud.

Aquellos grupos con poder adquisitivo recibieron la opción de suscribirse en una ISAPRE, estando en estudio la idea de generar subsidios a grupos de bajo ingreso para que pudieran suscribirse a éstas instituciones. Esto último no se concretó, disponiéndose exclusivamente el subsidio de 2% señalado con anterioridad.

Una vez dictado el decreto con fuerza de ley, la creación y lanzamiento de las ISAPRE dependía principalmente de los cambios de reglamentos. El involucramiento de la burocracia fue mínimo, limitada a la inscripción de organizaciones nuevas, y en hacer cumplir el mandato de una precaria entidad regulatoria que dio pre-eminencia a mecanismos del mercado para el control del nuevo sistema.

Esto significó que la implantación de las políticas no dependía de la cooperación burocrática, sino en la respuesta del mercado a los nuevos actores. Fue del mercado, y no de la resistencia organizada, de donde surgieron los obstáculos más importantes para la consolidación de la reforma. La crisis económica vivida en los años ochenta creó dificultades para el arranque de las ISAPRE, y obligó a que el Estado interviniera, con apoyo de última hora y cambios en los reglamentos, para garantizar su supervivencia y maduración eventual.

Mientras que el mercado de las ISAPRE eventualmente se expandió más allá de sus metas iniciales y se consolidó en una industria importante, los ejecutores de políticas no pudieron completar la reforma del sistema de salud en su totalidad, como habían previsto, por medio de la ampliación de las ISAPRE a grupos de bajos ingresos y de la privatización de los hospitales públicos. La implantación de esta segunda fase habría resultado en que la población entera estaría bajo el nuevo esquema con muy pocas excepciones, y un sistema de salud nuevo habría sustituido al antiguo.

Los reformadores escogieron la opción de enfocarse en la consolidación de las ISAPRE como ejemplo no sólo para otros aspectos del sector salud, sino también para la entrega de otros servicios sociales, como los experimentos efectuados en el sector educativo. Se había esperado tener mayor eficiencia en la entrega de servicios por el sector privado bajo reglas del mercado, y que esto eventualmente iba a causar un movimiento hacia este mecanismo para la entrega de servicios a todos los segmentos económicos de la población.

La implantación de las ISAPRE fue, de por sí, considerada como parte de la estrategia de presentar otras opciones para la entrega de servicios al público. Desde este punto de vista, la complejidad y desempeño no predecible de las ISAPRE para sectores de menores recursos se volvió un elemento demasiado riesgoso para continuar. Poco espacio se dejó para experimentación con pruebas y errores. Cuando la iniciativa de ISAPRE subsidiadas para personas con menos recursos fue finalmente presentada a niveles decisorios, el contexto político económico había cambiado dramáticamente, comparado con el período inicial de implantación de las ISAPRE.

Durante el régimen militar, un grupo pequeño de economistas altamente preparados se unió al gobierno en posiciones altas, con una agenda completa de las reformas dirigidas hacia la transformación, tanto del Estado como de la economía, bajo las premisas de una ideología neoliberal. Se puede argumentar que la creación y uso de este equipo por el régimen militar fue una estrategia que facilitó la formulación de la reforma, legislación e implantación al margen de la negociación política interna y, en forma limitada, externa, entre las facciones militares y los grupos de interés afectados por los cambios de política. Al llegar, los economistas se constituyeron como un equipo cerrado que compartía la misma ideología y agenda de políticas.

Aunque las características del contexto de la economía política del régimen militar casi eliminaron toda participación social a favor o en contra de los cambios de política, facciones a favor o en contra de reformas dentro del gobierno funcionaron para lograr el apoyo de los pocos grupos que todavía podían ejercer algún grado de influencia, o por lo menos, manifestar su apoyo a una posición u otra. Esto se hizo siempre dentro de los limites establecidos por el régimen militar,

en el contexto de la represión política y la censura irrestricta de los medios de comunicación. Por lo tanto, los reformadores buscaron y construyeron vínculos con aquellos grupos en la sociedad que compartían su ideología o podrían beneficiarse de los resultados de la reforma de la liberación económica y desregulación, estableciendo redes entre el Estado y la sociedad que les ayudaron a contrarrestar la resistencia a cambios derivados de redes similares que representaban la posición del *status quo,* entre ellos los médicos.

Siguiendo sus preceptos ideológicos –libertad de elección, decisiones apolíticas, un Estado residual, entre otros– el equipo de cambio creía que era posible aplicar el modelo y las experiencias de la reforma del sistema de pensiones al sector salud. Tuvo éxito, pero sólo de manera parcial. Aunque la implantación de la primera parte de la reforma de las ISAPRE fue completada para los intereses de los reformadores, la segunda fase, que proponía implementar un sistema competitivo de seguros de salud con cobertura universal, fue repentinamente detenida. Varios factores pueden ser considerados, entre ellos se encuentra el hecho de que había restricciones técnicas, fiscales y políticas producto del hecho de que Chile se encontraba en un período de restricción económica y el capital político del régimen militar se estaba desgastando. Asimismo, los miembros del equipo de ISAPRE no tenían las habilidades de negociación de aquellos que habían liderado la reforma del sistema de pensiones -sus negociadores habían abandonado el gobierno inmediatamente después de que la legislación inicial de ISAPRE fue ratificada- y sus esfuerzos fueron tardíos.

El equipo que impulsó los cambios en salud durante el gobierno militar falló en sus intentos de eliminar los intereses especiales del sector, como lo habían previsto en su agenda de reforma. A pesar de los cambios institucionales introducidos por el equipo, el Colegio Médico recuperó su poder y continúa siendo un actor de mucha influencia hasta el presente. También, en contra de las orientaciones ideológicas, las reformas en salud que se promovían crearon otros intereses especiales que han desarrollado mucho poder con el paso del tiempo, incluyendo las clínicas privadas y, notablemente, las ISAPRE mismas.

Las estrategias utilizadas por el equipo de reforma y la creación del equipo mismo como una estrategia política, influenciaron sobre la formulación de políticas en las administraciones subsecuentes en Chile y en otros países de la región latinoamericana.

La actual situación de las ISAPRE

Realizar una apreciación del sistema de seguros de salud privados en Chile es un desafío interesante. Las lecciones que se puedan derivar de esta experiencia dependen, en gran medida, de la perspectiva de evaluación que se asuma.

Desde un punto de vista privado, el sistema de las ISAPRE muestra una arquitectura de negocios muy particular. Con base en el descontento de los grupos de más altos ingresos en torno a la oferta de salud estatal y a las visiones ideológicas en contra del papel del Estado en ese ámbito, se logró entregar la administración de las cotizaciones previsionales de salud obligatorias a manos privadas durante la dictadura del General Pinochet, en el año 1981[liii] Además, posteriormente se consiguió que la cotización, que originalmente se había fijado en 4%, se elevara de forma progresiva hasta un 7% de los ingresos mensuales imponibles[liv] –con un tope hoy cercano a las 70 UF[lv] cuyo pago es obligatorio por ley para hacer viable el negocio que a la tasa anterior no se financiaba. A esto se sumó la entrega de la facultad de recaudar cotizaciones adicionales voluntarias sobre el 7%. Es decir, se pasó a administrar un impuesto del Estado equivalente a $1 billón (US$2 mil millones) y $400 mil millones (US$785 millones) de pesos en cotizaciones adicionales, tomando como base el año 2011.[lvi] Esto corresponde a cerca de la mitad del total de cotizaciones previsionales de salud (55%). La otra parte la recauda y administra FONASA.[lvii] Las ISAPRE disponen de estos recursos para financiar las atenciones de salud de una población que no supera los 3 millones de personas.[lviii] Esto equivale a un ingreso promedio por persona equivalente a unos mil dólares anuales.

Por el lado de los gastos, la regulación en torno al acceso y las coberturas financieras que deben ofrecer los planes nació totalmente minimizada. La ley sólo exige, en un principio, que las ISAPRE cubran por lo menos el arancel de las prestaciones de la modalidad de libre elección de FONASA –el seguro público de la clase media y las personas más pobres del país. No aparece una entidad reguladora del sistema hasta el año 1990 con la creación de la Superintendencia de ISAPRE,[lix] días antes de que terminara el gobierno militar. Pasaron 24 años desde su creación, antes de que existiera una regulación de planes propiamente en el sistema ISAPRE, con el Régimen de Garantías Explícitas (GES) y el Plan AUGE en 2005.

Estas dos condiciones, ingresos cautivos y gastos desregulados, generan un escenario de fuertes ganancias para los dueños de ISAPRE. La rentabilidad promedio anual –medida como utilidades sobre capital y reservas– durante la década de los años noventa fue de 23%, mientras que para el período 2000- 2011 llegó a casi un 40%. Inclusive en un ambiente mayor regulación, como sucedió con la introducción del Plan AUGE, el retorno para los inversionistas de las ISAPRE se elevó (49.5%) alcanzando cifras record en 2005, con una rentabilidad del 78%, merced de la facultad que tienen las ISAPRE de modificar libremente el precio

---

liii El 19 de marzo de 1981, con la publicación del Decreto con Fuerza de Ley N° 3, se crearon las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE y se faculta a los trabajadores y personas en general, a depositar en éstas sus cotizaciones obligatorias.

liv Titelman, Daniel. Reformas al Sistema de Salud en Chile: Desafíos Pendientes. Santiago: CEPAL; 2000, Serie de Financiamiento del Desarrollo No. 104.

lv La unidad de fomento expresa un valor en términos reales, es decir, se reajusta diariamente con la inflación. Actualmente cada UF equivale a unos US$ 71.

lvi Estimaciones propias en base a Series Estadísticas 1990 – 2011 del Sistema ISAPRE, Información Financiera año 1990 -2011. Superintendencia de Salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/ w3-propertyvalue-3757.html

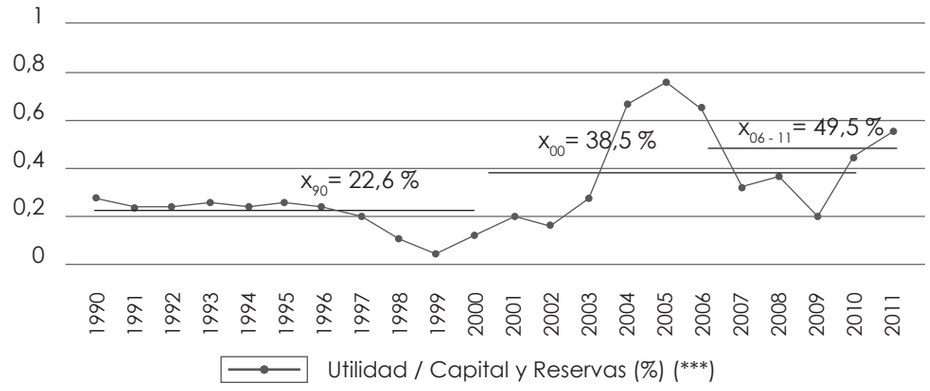
lvii Fondo Nacional de Salud.

lviii Estimaciones propias en base a Series Estadísticas 1990 – 2011 del Sistema ISAPRE, Cartera de Beneficiarios año 1990-2011. Superintendencia de Salud. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue -3757.html

lix Ley N°18.933 de 1990.

de los planes de salud. Esto lo convierte en uno de los sectores más rentables de Chile, sólo por debajo de la minería y muy por encima de la banca.

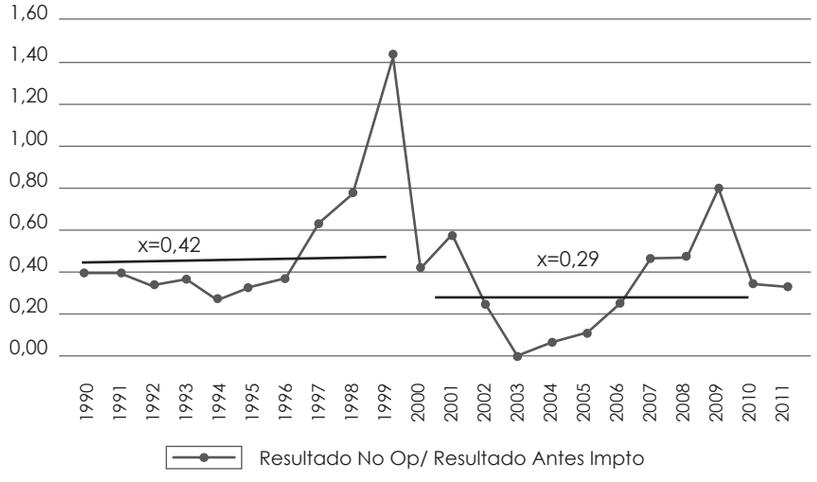
Figura 6. Rentabilidad Promedio de las ISAPRE abiertas 1990-2011



Fuente: (***) Estimaciones propias en base a Series Estadísticas 1990 -2011, Información Financiera del Sistema ISAPRE de la Superintendencia de Salud.

Es interesante hacer notar que una parte no menor de las utilidades de las ISAPRE provienen de operaciones financieras o resultados no-operacionales originados en los fuertes nexos que tienen las ISAPRE con los grupos económicos. En efecto, durante la década de los 90 los resultados no-operacionales explicaban el 42% de las utilidades. Si bien en la primera década del siglo XXI se da una baja en esta proporción, todavía sigue siendo significativa, con cerca de un 30%.

Figura 7. Proporción de Resultados No-Operacionales sobre Resultado Antes de Impuestos 1990-2011



Fuente: Estimaciones propias en base a Series Estadísticas 1990 -2011, Información Financiera del Sistema ISAPRE de la Superintendencia de Salud.

Con todo, es posible pensar que estos fuertes retornos sobre el capital invertido estén basados en alguna propuesta de valor sólida para sus afiliados y cargas. Existen algunas fuentes de generación de valor en el área de los seguros de salud que es posible explorar: i) control de costos; ii) administración de los riesgos; iii) intermediación; y, iv) compra y generación de una oferta de servicios médicos más accesible.

Control de costos. La evolución de los costos muestra que el sector ISAPRE es altamente inflacionario. En promedio durante la década de los años 90 el ingreso operacional creció a una tasa anual de 3.3% sobre el índice de precios al consumidor (IPC), el costo técnico lo hizo a una tasa 4.3%. En el período 2000-2011 estas tasas se incrementaron a 6.1 % y 6.5%, respectivamente. El costo de administración que durante la década de los 90 alcanzó un 19% sobre ingresos y disminuyó a un promedio de 12% en el período 2000-2011. No obstante, en términos per cápita crece a un 2% anual sobre la inflación.

Administración de riesgos. La administración de riesgos –el eje del negocio de un seguro de salud– es probablemente el punto más flaco del sistema; este está basado sobre planes individuales anuales. El hecho de que los seguros sean individuales implica que la prima que debe pagar un afiliado por su plan de salud depende del número de cargas, el sexo, la edad, la situación específica de salud y su condición laboral.[lx] Mientras mayores son los riesgos, mayor es la prima que hay que pagar.[lxi] Asimismo, el precio que un afiliado puede pagar por un plan depende de su nivel de ingreso. La condición de plan individual implica que no existen redistribuciones entre personas de distinto riesgo (solidaridad) ni ningún mecanismo redistributivo en base a ingresos (equidad).

Los seguros anuales o de corto plazo, producen al menos dos problemas. Primero, no dan cuenta de las necesidades de las personas en materia de acceso a la atención de salud en su ciclo de vida. Segundo, dado que son seguros anuales, cuando se produce un siniestro, automáticamente cambia la apreciación del riesgo del asegurado por parte de la aseguradora para el período siguiente y existe el incentivo de cargarle el mayor costo (o bien disminuir sus coberturas para una prima dada).[lxii]

Dado que las ISAPRE pueden discriminar con base en riesgos e ingresos, selecciona a jóvenes, sanos y ricos. La contrapartida de esto es que FONASA actúa como "reaseguro" del sistema ISAPRE, en el sentido de que está obligado por ley –dado su carácter solidario y equitativo– a recibir a todos aquellos a quienes el sistema ISAPRE excluye. Tal vez el caso más emblemático es el hecho de que una gran proporción de las personas que cumplen 65 años, dado el fuerte incremento en los costos de los planes y la baja en los ingresos, se ven en obligadas

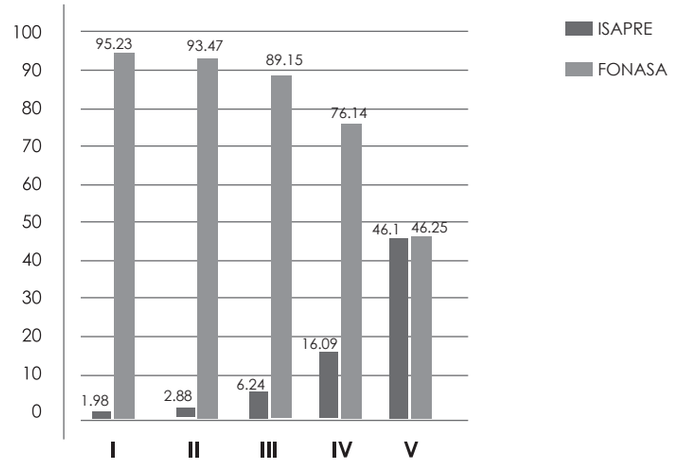
lx Esto último porque dentro de los beneficios de salud se contempla el pago del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) o licencia médica.

lxi Así una mujer, un viejo o un enfermo crónico pagan más que un hombre, un joven y una persona sana.

lxii Esto queda representado en la tabla de factores de riesgos de los planes, que muestra los incrementos del costo del plan por envejecimiento y sexo.

a emigrar al FONASA.[lxiii] Esto hace que el sistema ISAPRE, en un país como Chile donde existe un alto nivel de desigualdad, la tendencia del sistema de seguros privados sea contribuir a empeorar la inequidad basal.

Figura 8. Distribución de Personas según Sistema Previsional de Salud (FONASA e ISAPRE) por Quintil de Ingreso Autónomo 2011



Fuente: Encuesta CASEN 2011, Módulo S: Salud, Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud

Elementos de regulación de planes de salud más de fondo, aparecen casi 20 años después del surgimiento del sistema. En el año 2000, después de que el FONASA lanzara su seguro catastrófico, las ISAPRE, con el apoyo de la Superintendencia de ISAPRE[lxiv] impulsaron la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). El objetivo de este beneficio – que se cobra adicionalmente a los afiliados– es aumentar la cobertura del plan de salud de los beneficiarios en enfermedades que implican una catástrofe económica. La atención se realiza a través de una red cerrada de prestadores preferentes. Posteriormente, en el año 2005 se introdujo el plan mínimo garantizado (Plan AUGE) –el cual también es cobrado a los afiliados– para garantizar coberturas financieras mínimas en 56 problemas de salud que posteriormente se extendieron a 69.

Intermediación. En términos de intermediación la contribución del Sistema ISAPRE también es deficiente. Existen cerca de 51,000 planes distintos en el mercado, de los cuales se comercializan cerca de 13,000. Esto hace que exista un promedio de 28 afiliados por plan y 55 beneficiarios por plan. Cerca del 40% de los planes de ISAPRE sólo tienen un cotizante adscrito[lxv] y el 70% no tiene más de diez.

lxiii Esto queda ejemplificado a través del peso relativo de los mayores de 60 años en los distintos sistemas de seguros. Mientras que en el año 2010 en el país el 13,1% de la población tiene más de 60 años, en el sistema ISAPRE este porcentaje sólo alcanza el 7,3%. En FONASA los mayores de 60 años representan el 15,6%.

lxiv La Circular N° 59, del 29 de febrero de 2000.

lxv Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (2011). Análisis de los Planes de Salud de Sistema ISAPRE, Enero de 2011. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7126_recurso_1.pdf

En el año 1995[lxvi] se introdujo el concepto de la tabla de riesgo[lxvii] y plan base en los planes de salud de las ISAPRE para dar mayor transparencia a la forma de tarificación que tenían las ISAPRE hasta ese momento. Antes de eso, las alzas de precios anuales de los planes no eran transparentes para los afiliados. Es decir, no podían discriminar cuánto provenía de un incremento del plan base y cuánto por envejecimiento. A partir de 1997 la Superintendencia de ISAPRE obligó a éstas a colocar las tablas en los planes de salud que comercializaban. A pesar del mayor avance en transparencia en la contratación de planes de salud introducido en 1995, existían cerca de 2,500 tablas de factores, lo cual seguía generando poca transparencia en el mercado de seguros. Esto llevó a que el año 2005,[lxviii] con la reforma AUGE, se aprovechara para regular el número de tablas de riesgo y se redujeran a sólo dos por ISAPRE. No obstante, en agosto de 2010 –casi 30 años de la creación del sistema de aseguramiento privado y 15 años después de la introducción de la tabla de factores– el Tribunal Constitucional objetó el uso de la tabla de factores –por considerarla discriminatoria e inconstitucional– con lo cual los nuevos planes dejaron de incorporar este nuevo elemento, regresando a la situación previa al año 1995.

No hay que olvidar que durante los años iniciales del sistema las coberturas financieras estaban expresadas en unidades arancelarias de cada ISAPRE, lo cual hacía difícil la comparación de precios entre planes. La misma modificación legal de 1995, obligó a que el arancel y los límites de prestaciones o beneficios de los planes de salud, se expresara en la moneda de curso legal en el país o en unidades de fomento. Todas estas medidas apuntaban a generar algún grado de transparencia en esta verdadera Torre de Babel.

Producto del descontento de los afiliados, tanto con FONASA como con el sistema ISAPRE, una nueva industria se ha desarrollado para atender de sus insuficiencias: los seguros complementarios.

Por otra parte, el número de ISAPRE se ha reducido de forma sostenida. En 1990 existían 22 ISAPRE abiertas, número que se redujo a 17 en el año 2000. En este último año las tres mayores ISAPRE dominaban el 53% del mercado, medido en términos de ingresos operacionales. En el año 2011, existían sólo 7 ISAPRE abiertas, de las cuales, las tres más grandes dominaban el 63% del mercado. Esto hace que el mercado de seguros privados difícilmente pueda considerarse un mercado competitivo.

Función de compra. La función de compra en el sistema privado de seguros ha estado en los últimos 20 años a la saga de la estrategia de compra del FONASA, la cual ha sido pionera en modernizar y alinear los mecanismos de pagos que se utilizan en Chile con las prácticas de los países desarrollados. Instrumentos como

lxvi Ley 19.381.

lxvii Las tablas incorporan factores que varían con la edad, el sexo y el status laboral, de manera tal que este factor multiplica el valor del plan base y se obtiene el valor para un afiliado con determinado perfil. Evidentemente, mientras mayor es la edad mayor es el factor. En estricto rigor las tablas tratan de reproducir, de manera discreta, la evolución creciente y continua del gasto de una persona a lo largo de su ciclo de vida. Así mismo, las mujeres tienen factores más altos que los hombres.

lxviii Ley N°20.015, de 2005, conocida como la "Ley Larga de Isapres", publicada en el Diario Oficial el 17/05/2005.

los pagos asociados a diagnósticos, pagos capitados, incorporación de nuevas prestaciones –tal como hoy día sucede con las atenciones odontológicas–, integración pública-privada en la compra, convenios o contratos de desempeño, el financiamiento de programas especiales como el VIH-SIDA, etc., fueron introducidos inicialmente por FONASA. Las ISAPRE, dado que han podido trasladar los mayores costos técnicos de las prestaciones a las primas, protegiendo simultáneamente su margen y rentabilidad, han mostrado escaso interés en controlar costos, que no sea por otra vía que la de explotar su poder oligpsónico[lxix] frente a los prestadores privados. Temas como la gestión de los problemas de salud de la población -como crecientemente sucede con las enfermedades crónicas en los países que envejecen– no son a la fecha tópicos de preocupación del sistema de seguros privados.

Los grandes excedentes financieros y el control sobre la demanda de prestaciones hacia la oferta privada de servicios, merced de manejar las bonificaciones de los planes, han hecho que cada vez más se incremente el control de la ISAPRE sobre las clínicas y red de centros médicos ambulatorios del país. Actualmente existe un fuerte proceso de integración vertical entre las ISAPRE y la oferta de servicios – a pesar de que la ley expresamente lo prohíbe.[lxx]

Es difícil emitir un juicio definitivo respecto de la bondad de la estrategia de la integración vertical. Existen varias razones que justificarían este movimiento. Primero, la expectativa de generar menores costos con la integración del seguro y la red de prestadores. Segundo, ofrecer no sólo una cobertura financiera al asegurado, sino también el acceso efectivo a una oferta de servicios (presumiblemente más competitiva y de menor costo si se cumple el primer postulado) a través de un plan cerrado. Tercero, dado que el negocio de las ISAPRE no se ha legitimado totalmente en la sociedad chilena, permite diversificar el riesgo, al trasladar parte de las inversiones, a la red de prestadores privados que no presentan este problema de legitimidad. Desgraciadamente, no contamos con evidencia que nos permita saber si las premisas sobre las que se basa la estrategia son sólidas.

Podemos distinguir al menos tres contraargumentos a la integración vertical. Primero, dado que las transacciones entre seguro y prestador no pasarían por el mercado, no es claro que los precios de transferencia que se generen sean precios eficientes. Segundo, la integración de seguro-prestador cambia el tipo de bien sobre el cual el asegurado realiza la elección, ya que deja de ser el plan de salud para convertirse en un bien compuesto por "cobertura financiera en una determinada red de prestadores". Esto es interesante, porque las formas de regulación de los contratos de salud debieran cambiar sustantivamente para incorporar nuevos elementos normativos en torno a la oferta de servicios, debido a que la información que se requiere para esta nueva elección es aún más exigente que para la elección de planes. Tercero, en la medida que los planes de ISAPRE, se muevan desde planes abiertos a planes cerrados, se vulnera la libertad de elección del consumidor, lo cual desde ciertas formas de pensamiento más liberal puede significar un desmedro.

lxix Poder comprador.

lxx La ley prohíbe que una ISAPRE sea dueño de un prestador, pero nada dice si una tercera sociedad es dueña de una ISAPRE y un prestador.

Con todo, el sistema ISAPRE le posibilita acceder a la población de altos ingresos a una oferta de servicios privada, oportuna, con amplias amenidades, y de una calidad aún incierta pero que se percibe como mejor que la de la oferta pública. A pesar de los altos precios de la atención privada, merced de las bonificaciones de los planes, esta es accesible para los segmento de chilenos más prósperos, por lo que probablemente es el aspecto mejor evaluado del sistema –y tal vez el único-.

Visto desde una perspectiva económica, el sistema ISAPRE, presenta todas las fallas de mercado que cualquier libro de texto de economía de la salud enumera hasta el cansancio: asimetrías de información, selección adversa, selección de riesgo, riesgo moral, problemas de agencia, inflación de costos, inducción de demanda, sub producción de bienes públicos, inequidad, etc. Esta situación lleva a emitir juicios tales como "nombre usted un problema y el sistema ISAPRE lo tiene. Esperar que el sistema de seguros privados funcione correctamente –es decir, resuelva los problemas de salud de la población de manera eficiente– es una quimera tan grande como esperar que un canasto de mimbre flote en el agua… salvo que usted sea dueño de una ISAPRE."[lxxi]

Los desafíos pendientes

Después de la reforma del año 81, todos en Chile esperaban una reforma a la salud, pero de signo distinto. Para unos había que completar el proceso iniciado en la dictadura, con más o menos perfeccionamientos, para otros había que volver a la "tradición sanitaria de salud pública". Nadie tenía la suficiente fuerza política para imponer su punto de vista. La recuperación de la democracia generó grandes expectativas en que se produjeran cambios en salud, pero dada la falta de consenso político y el permanente cuestionamiento al aumento del gasto público, se optó por "modernizaciones" del sector público en la lógica de la nueva gerencia pública con enfoque en la eficiencia.

El Presidente Lagos optó por una reforma acotada y gradual, en la cual el centro del cambio está en la definición de un cuerpo de derechos sociales en salud (régimen de garantías en salud) de carácter universal, lo cual es un hecho inédito y es visto internacionalmente con gran interés. La reforma a la salud consta de varios cuerpos legales, aprobados entre el año 2003 al 2005, que guardan relación con una mayor capacidad regulatoria del Estado hacia los actores privados; un plan de salud obligatorio y de cobertura universal (garantías explicitas resguardadas por ley) que cubre el 70% de la carga de enfermedad de la población ("plan "AUGE); separación de tareas en las funciones de rectoría; financiamiento y prestación de servicios; y en la implementación de la "autogestión en red" para los hospitales.

En la actual elección presidencial, lo que se discute es cómo seguir fortaleciendo el primer nivel de atención, perfeccionando el plan AUGE y cómo enfrentar las debilidades de las ISAPRE, al punto que uno de los candidatos del centro político derechamente ha planteado la conveniencia de terminar con dichas instituciones por ya no ser "posible corregir sus fallas."

lxxi Rony Lenz Economista de la salud, ex Director del Fondo Nacional de Salud y Consultor internacional.

COLOMBIA

Félix León Martínez Martín[lxxii]

En marzo del año 2013 el Presidente de Colombia, Juan Manuel Santos, acompañado por Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social, presentó ante el Congreso el Proyecto de Ley Ordinaria que reforma el sistema de salud con el número 210 y que consta de 67 artículos. Los objetivos declarados por el gobierno de dicha reforma a la salud son "reducir las barreras de acceso a servicios, elevar su calidad y continuidad; reducir la intermediación financiera, y elevar la transparencia para recuperar la legitimidad y la confianza entre los actores, garantizando una mejor regulación y supervisión."

En la exposición de motivos del proyecto se señala que la reforma de 1993 fue una de las más radicales que se ha implementado en los sistemas de salud y sus objetivos primordiales fueron la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas; especialmente en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demérito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolución de problemas de salud de alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifestaron sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada solución de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad. Los diferentes desarreglos microeconómicos en la relación entre los agentes del sistema desembocaron en severos problemas en los flujos financieros, altos costos de transacción y ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los recobros al sistema por medio de los servicios no incluidos en el plan de beneficios. El resultado en el contexto institucional y de muchos usuarios es la limitada legitimidad del sistema. Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución han encontrado que la capacidad de gestión de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social. Los esfuerzos legislativos a través de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con muy limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios para efectuar una ordenación del sistema.

El Ministerio de Salud propone entonces la creación de áreas de gestión sanitaria, con redes de prestadores de servicios en tres categorías –básica, especializada y especial– que se diferencian por el nivel de complejidad de los servicios y por las condiciones de salud de la población a cargo. Los requisitos de habilitación de las redes serán definidos por el Ministerio; es decir, cada servicio tendrá un costo y una prestación específicos dependiendo de las condiciones de salud de cada afiliado. Estos administradores, que reemplazarán a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tendrán a su cargo la operación de la red de atención básica y gestionarán riesgo en las redes especializadas y especiales. En ese sentido, podrán operar en ambos regímenes y deberán contar con un número mínimo de afiliados en las áreas donde operen. Todos los prestadores que integran las redes recibirán un giro directo mensual por un valor fijo, de conformidad con los servicios que presten, y un monto variable atado a la información presentada y al desempeño. Se hará un pago fijo a los administradores para la prestación completa de la atención a los usuarios en la red básica y garantizar el envío de la información requerida. Por la gestión del riesgo en las redes especializadas y especiales, recibirá una Unidad de Pago por Capitación como ocurre en el sistema actual. Las actuales EPS tendrán tres opciones: 1) retirarse del aseguramiento social y especializarse en seguros voluntarios; 2) convertirse en Administradoras (que asumen algún riesgo), gestionando la prestación de servicios de salud en un área de gestión sanitaria; y 3) si están integradas verticalmente, podrán convertirse en prestadoras de servicios y unirse a alguna red.

Estos cambios son apreciados como "más de lo mismo" o por ser "sólo arreglos cosméticos" pero, independientemente de las críticas, colocan en relieve la profunda insatisfacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a ya casi 20 años de la promulgación de la ley 100.[lxxiii] De todas formas, se augura un proceso legislativo muy difícil y controversial con un fuerte cabildeo de los grupos económicos que sostienen las EPS a fin de mantener el actual orden de cosas. A continuación se explica una visión de por qué la necesidad de hacer profundas correcciones a la luz de las lecciones aprendidas.

La crisis de la seguridad social en salud en Colombia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano planteó desde sus inicios un esquema de aseguramiento segmentado, según el cual un grupo de personas con capacidad de pago conformó el Régimen Contributivo, grupo que incluía a los trabajadores cotizantes a la seguridad social a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, junto con sus familiares directos. Un segundo grupo, sin capacidad de pago para cubrir el monto total de su cotización y seleccionado por criterios de renta presuntiva a través del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), clasificó para ser merecedor de un subsidio estatal que le permitió el aseguramiento mediante el Régimen Subsidiado, en el cual recibía un plan de salud inferior al del régimen contributivo. Finalmente, el grupo de personas que no calificaban para recibir el aseguramiento en salud por el Régimen Subsidiado y que tampoco pertenecía al Régimen Contributivo, quedó excluido del aseguramiento, pero la atención de sus necesidades básicas debía ser cubierta con los recursos de salud asignados a la oferta de servicios (Martínez y García, 2012).[197]

lxxii Presidente FEDESALUD Colombia.

lxxiii Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

La reforma de la seguridad social aprobada en 1993 tenía entre sus principales propósitos el logro de la cobertura universal, lo que se materializó a través de la privatización del servicio público; especialmente al acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas, que fueron denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS).

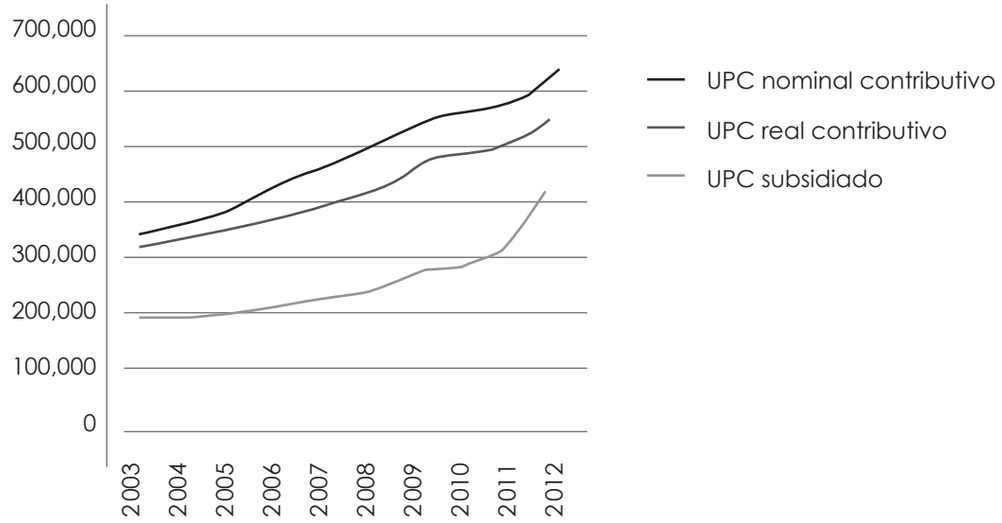
Igualmente, se propuso pagar a los aseguradores un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC) resultante de reunir todos los aportes parafiscales de empresas y trabajadores y dividirlos por el número de asegurados para la población con capacidad de pago, y al tiempo instaurar subsidios a la demanda, igualmente con un valor único promedio del seguro, financiado por el presupuesto nacional, para la población sin capacidad de pago. De esta forma se pretendía cubrir las necesidades en salud de toda la población.

Equidad y Cobertura

Los planes de beneficios del régimen contributivo (POS) y del subsidiado (POS-S) arrancaron con profundas diferencias y así permanecieron en sucesivos Gobiernos por más de 15 años, hasta que finalmente fueron unificados por mandato judicial; hecho que no se traduce en la práctica ya que persisten importantes inequidades. En una reciente publicación sobre equidad en el financiamiento (Martínez y García, 2012) se afirmaba que:

> Los principios fundamentales de universalidad y solidaridad que inspiraron la Ley 100 de 1993, dieciocho años después de aprobada, no se han logrado. La reforma formulada con el fin de brindar "garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida" no ha alcanzado su objetivo, y el ideal social de que "cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias" (Ley 100, 1993) no se observa en la realidad colombiana. La ley 100 definió como fecha límite para unificar los servicios de los planes de salud de los regímenes –contributivo y subsidiado– el año 2001 y, más de una década después, se seguían tramitando leyes para modificar este plazo, hasta que la Corte Constitucional exigió unificarlos en un término racional (Sentencia T-760, 2008), pero aún igualados hoy los planes de beneficios por la norma, no cuentan con iguales recursos per cápita, para el financiamiento de servicios supuestamente iguales. (Figura 9)

Figura 9.- Unidad Per Cápita anual 2003 a 2012 al finalizar cada año, reconocida por el Sistema de Seguridad Social a las EPS (pesos colombianos).



Fuente: FEDESALUD. Equidad en el financiamiento. Nota: Incluye UPC nominal y la real fue estimada con los pagos adicionales a la UPC por ponderadores por edad y por promoción y prevención en el Régimen Contributivo, pagos que no reciben las EPS del Régimen Subsidiado.

Con relación a la cobertura, según el Ministerio de Salud y Protección Social,[198] el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con corte 31 de Mayo de 2012, ascendía a 44,213,829 ciudadanos, alcanzando una cobertura del 94.92% de la población total. La cobertura del aseguramiento en salud efectivamente ha aumentado desde 23.5% en 1993 –periodo en que tan sólo los trabajadores con contribuciones patronales estaban afiliados al seguro social y los empleados públicos a la Caja Nacional de Previsión, mientras la mayoría de la población era atendida por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud– hasta la inclusión de la mayoría de la población en el sistema de aseguramiento o de demanda, según las cifras antes citadas.

En los primeros años de la reforma, el crecimiento correspondió al Régimen Contributivo al establecer en su inicio la medicina familiar en este régimen, pero desde 2004 el crecimiento importante sucede a costa del Régimen Subsidiado. Sin embargo, es preciso señalar que, en muchas ocasiones, se confunde el crecimiento de la cobertura del aseguramiento en salud con el acceso efectivo a los servicios de salud. Aunque este último ha mejorado, lo ha hecho moderadamente. Por citar algunos ejemplos, el porcentaje de la población que usó los servicios de salud por lo menos una vez en el año en el régimen contributivo fue del 88.6%, mientras que en el subsidiado fue sólo de 71.5% según la Encuesta de Calidad de Vida de 2008 (Martínez y García, 2012), la proporción de personas que accedieron a consulta médica especializada en control de hipertensión arterial, según régimen de seguridad social, fue de 41% en el contributivo y de 23% en el subsidiado y en el control de diabetes fue de 59% en el primero y de 28% en el segundo (Ministerio de Salud y Universidad de Antioquia, 2010).[199]

Los efectos del arreglo institucional

En los actuales momentos de crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, crisis reconocida en Colombia hasta por el mismo Gobierno, prueba de ello es el actual proyecto de ley 210 que se debate en el parlamento, cabe emitir un juicio a manera de interrogante: *¿Si los gravísimos problemas que presenta son efectos inesperados del arreglo institucional o, como señalarían los fervientes partidarios de la eficiencia del mercado, simplemente a "imperfecciones del mercado" o "problemas de regulación o ajuste"?, o* ¿son por el contrario consecuencias lógicas del arreglo institucional establecido en la Ley 100 de 1993?[lxxiv]

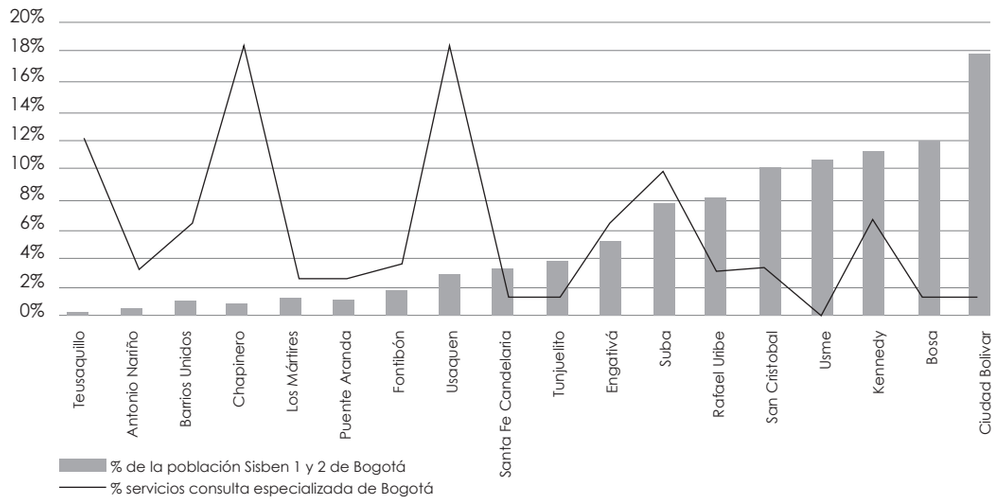
Cabría también la siguiente pregunta, que en alguna manera adelanta las posibles respuestas: ¿Qué sucede cuando el Gobierno no planifica ni organiza los servicios, y deja que el mercado decida sobre cómo organizar y prestar los mismos, limitándose a poco más que señalar los servicios que se deben garantizar y realizar un pago por ciudadano?

Los hechos son un aumento del gasto público en salud que no se traduce en garantía de acceso a los servicios para toda la población, sino que tal aumento del gasto se concentra en medicina de alta complejidad, en los sectores de mayor poder adquisitivo.[200 - 206] La mayor parte de esta "inflación médica" en Colombia, como en otros países, se ha canalizado hacia el sector privado, sin que hasta ahora se haya calculado su monto. El gobierno colombiano ha demostrado su incapacidad para regular y controlar el sector privado. ¿Es esta una característica particular o más bien general de los países con ingresos medios y bajos? Valdría la pena constituir evidencia sobre sí las autoridades públicas de dichos países poseen la capacidad económica, técnica y política para hacerle frente a este reto.

Se describen y sustentan a continuación tres hallazgos negativos consecuencias de este arreglo institucional: el incentivo perverso a la negación o postergación de servicios y el traslado del riesgo en el pago por capitación; la tendencia del mercado a derivar gran parte de los recursos de la salud hacia los negocios de alta tecnología y mayor rentabilidad, y hacia los servicios ubicados en los barrios de mayor poder adquisitivo de los grandes centros urbanos, mientras se deteriora la oferta de servicios básicos hacia las poblaciones pobres o dispersas; los mecanismos de apropiación de los recursos dirigidos a los servicios de salud de la población por parte de muchas EPS, mediante comportamientos rentistas y la transferencia de precios y utilidades hacia negocios secundarios.

Más de una década después de puesta en marcha la reforma de la seguridad social, se advertían graves problemas para la atención a la salud de las poblaciones pobres en la mayoría de los municipios pequeños[207] y en especial para las poblaciones dispersas[208] que se encontraban afiliadas pues el sistema de demanda no se ajustaba a las necesidades de estas poblaciones. Adicionalmente, se denunciaba el incentivo perverso de las EPS para la negación o postergación de servicios;[209,210] hecho que ha llevado a los ciudadanos a interpretar cualquier dilación o negación de servicios como forma de aumentar las ganancias por parte de las administradoras del seguro. La respuesta ciudadana a la falta de acceso ha sido la tutela[211,212] como medio para salvaguardar el derecho a la salud.[lxxv]

Figura 10. Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población pobre clasificada como SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



Fuente: Cálculos de la investigación "Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital" del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá.

Adicionalmente a lo evidenciado en los territorios apartados y las poblaciones dispersas donde la oferta de los servicios de salud, en manos del mercado, no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, recientemente se ha encontrado evidencia de este indeseable efecto de alejamiento de los servicios de la población pobre, con grave insuficiencia en la disponibilidad y oferta de servicios básicos, incluso dentro de los grandes centros urbanos.[213 - 216] Las investigaciones del Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y salud de Bogotá dejan por tanto abierta la pregunta de ¿cómo asigna y distribuye el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento es universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iba a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios. Los resultados en cambio dejan grandes interrogantes sobre cuáles son los intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad. ¿Acaso es la comodidad de los profesionales? ¿Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Igualmente cabe

lxxiv Opinión expresada por Felix Martínez Presidente de FEDESALUD Colombia quien es el responsable de esta sección.

lxxv El quinto informe realizado por la Defensoría del Pueblo (Defensoría del Pueblo 2011) señala que en el año 2010, los ciudadanos presentaron un total de 403,380 tutelas.

preguntar si ¿puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si los esfuerzos son insuficientes para compensar la desigualdad que este sistema genera?

Rentismo y transferencia de precios

Según la Contralora General de la República (Morelli, 2012)[217], así como las denuncias de la Federación Médica (Fernández, 2012)[218] y el informe de la Corte Constitucional del año 2012,[219] parecería que las EPS son un negocio de intermediación financiera, que generan incrementos de costos para el sistema sin correlato en la atención de los ciudadanos.

La intermediación financiera, de donde derivarían rentabilidades, consistiría, según las creencias y críticas mayoritarias, en retrasar los pagos a los prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero; hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros, según el estudio de la Unidad de Capitación del Sistema para 2011 (Universidad Nacional, 2011).[220] Por el contrario, señala el estudio, las aseguradoras, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, adoptan comportamientos rentistas al derivar las utilidades hacia los negocios de prestación de servicios integrados, tales como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, inversiones en instalaciones y equipos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales. Las compras de servicios, medicamentos o insumos en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios, y por tanto no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos.

Dado que las aseguradoras privadas provenientes de las empresas de seguros médicos o de medicina prepagada (existentes con anterioridad a la reforma y obligadas a integrase al nuevo régimen contributivo) se introdujeron tímidamente con la visión de concentrarse en los grupos sociales de alto poder adquisitivo que podían pagar un plan complementario al ofrecido por el Sistema, el mercado de aseguramiento fue tomado mayoritariamente por entidades sin fines de lucro, Cajas de Compensación Familiar y Cooperativas, a las cuales sí les interesó desde su llegada al Sistema afiliar millones de personas, sin importar su nivel de ingresos; hecho que significó recibir recursos de capitación por miles de millones de la seguridad social con los cuales se podían generar negocios secundarios muy rentables, mecanismo denominado de trasferencia de precios o utilidades, ya que de la empresa y del negocio principal legalmente no podían derivar ganancias. Por la misma razón, no tienen estas entidades incentivo alguno para ahorrar recursos al Sistema y tienden a gastar la totalidad de los recibidos.

Al mismo tiempo, las entidades privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al Sistema pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio, hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Igualmente, como consecuencia de tal arreglo institucional y el incentivo generado, no es de esperar otro resultado.

Ninguna de estas instituciones iba a generar eficiencia en la asignación de los recursos y reducir los costos al Sistema como se presumió. Ambos tipo de entidades, por el contrario, han presionado insistentemente por el incremento de la asignación per cápita.

Adicionalmente, según la Federación Médica, los recursos entregados por el sistema para la salud se destinan a otros gastos tales como los gastos de representación y viajes de sus ejecutivos; gastos de estímulos y bonificaciones a sus representantes (seminarios, congresos, cruceros, etc.); inversiones en infraestructuras empresariales e inmobiliarias del sector de la salud (clínicas, laboratorios, empresas distribuidoras, etc., conformaciones oligopólicas que eufemísticamente se han denominado integración vertical); inversiones en infraestructuras inmobiliarias diferentes al sector salud (urbanizaciones, instalaciones empresariales, sedes administrativas, deportivas y hoteleras —denominadas como integración transversal); exportaciones de capital para inversiones varias en el extranjero (empresariales e inmobiliarias); gastos de promoción de campañas políticas en el nivel local, regional y nacional; gastos de representación ante el Congreso de la República; subsidios y promociones a equipos de fútbol y otros eventos deportivos; subsidios, contrataciones y pagos para elaboración de conceptos, estudios y generosas dádivas a familiares de funcionarios que operan en las puertas giratorias de la burocracia oficial, etc.

En la "Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado" realizada por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional para el Ministerio de Protección Social (Rodríguez *et al,*2007), así como el estudio sobre la implementación del Sistema de Seguridad Social en la Costa Pacífica (Martínez *et al,*2005) se concluye que las aseguradoras del Régimen Subsidiado en Colombia no garantizaban la totalidad de los servicios incluidos en el Plan de Salud a sus afiliados, ni agregaban valor alguno al Sistema, al trasferir dichos afiliados y prácticamente la totalidad del riesgo a los hospitales públicos mediante contratos de capitación.

Hospitales convertidos en empresas comerciales y la captura de los recursos de la salud por parte de los negocios de alta rentabilidad

En el proyecto del ranking de EPS e IPS realizado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional para el Ministerio de Protección Social (CID, 2010)[221] se destaca el cambio de las instituciones hospitalarias de un modelo de producción industrializado de servicios, a un modelo de comercializadora o intermediaria de los mismos. Esta intermediación supone un nuevo traslado del riesgo mediante la subcontratación con otras empresas más pequeñas ubicadas al interior o exterior de cada centro hospitalario.

El mecanismo de subcontratación de servicios por parte de los hospitales, tanto públicos como privados, que tienen como objeto reducir costos prestacionales del personal y evitar riesgos, sigue siendo fomentado por el Estado (Ley 1438 de

2011).[lxxvi] Ni los servicios son realmente prestados por los hospitales, ni los médicos y enfermeras son empleados de los mismos, hechos que dejan algunas preguntas abiertas: ¿Quién asume el riesgo finalmente?; ¿cuántos recursos llegan finalmente para los afiliados al Sistema después de tantas intermediaciones que extrajeron su porcentaje y subcontrataron a su vez?; ¿quién responde por la calidad y ante los resultados adversos en la salud de los pacientes?

La subcontratación pudiera ser una alternativa aceptable (De Groote *et al*, 2007) a la de los recursos públicos si se cumplen las siguientes condiciones: a) que exista competencia real entre proveedores privados, sólidos y competentes, b) que haya adecuada capacidad gubernamental para evaluar las necesidades y negociar y monitorear los términos de contratación y c) que exista un ambiente político y legal que haga respetar las regulaciones y permita resistir el clientelismo y la corrupción (Mills, 1998).[222] En países industrializados es claro que "el éxito [...] del mercado administrado dependerá en última instancia de la mejora en la organización subyacente, la estructura y el funcionamiento del sector público" (Broomberg, 1994).[223] Con base en estos criterios, los únicos escenarios en países en desarrollo en donde el monitoreo podría ser efectivo son los centros urbanos en unos pocos países de ingresos medios, con elaboradas estructuras políticas y administrativas y competencia real entre proveedores. Las lecciones nos enseñan que en los países de ingresos medios con débil rectoría e insuficientes competencias institucionales esto está lejos de cumplirse.

En adición a lo anterior, se observan estrategias de mercado implementadas por las empresas trasnacionales de medicamentos y tecnologías médicas. Estas estrategias se intensifican cuando existen grandes fondos de seguridad social contra los cuales dirigir su accionar estratégico, con alta capacidad de presión y respaldo del poder de las naciones desarrolladas, a través de sus cuerpos diplomáticos, más la negociación de los tratados de "libre comercio", con énfasis en la "propiedad intelectual" y la "libertad de precios."

En los últimos años se han destacado las estrategias de aprobación por parte de los gobiernos de las llamadas "patentes débiles" para prolongar los derechos de comercio monopólico de medicamentos innovadores o la intención de prohibir la réplica de los medicamentos biotecnológicos. Los mecanismos de cabildeo, que lograron la total desregulación de precios e incluso el poco ético financiamiento de médicos y asociaciones de pacientes para defender estas estrategias de negocio, y el "asesoramiento jurídico" a los pacientes para lograr que el Fondo de la Seguridad Social pague medicamentos innovadores no incluidos en el Plan de Beneficios, resultaron exitosos y llevaron al Sistema a una verdadera crisis financiera en 2010.[224, 225]

Es así que el Ministerio de Salud en la exposición de motivos del proyecto de Ley ordinaria para reformar la Ley 100 (Ministerio de Salud, 2013) señala que "en 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción (IMS, 2010[226] y Zapata, 2012).[227] Aumentos en la carga de enfermedad y en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión del valor de recobros corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera que cabe preguntarse si el aumento en la demanda se origina en los malos incentivos, en inducción inadecuada de la demanda y en ineficiencias administrativas como la estructura y configuración del POS, ya descrita "[…] Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutividad en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región 8% según la Encuesta de calidad de Vida 2010 o 9% año, de acuerdo a la ENS 2007. A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS). Esta situación está relacionada con la desconfiguración del sistema hospitalario. Para posibilitar condiciones de competencia y merced a la debilidad del sistema de habilitación de IPS. Se generaron incentivos para la selección de unidades de servicio compensadas con base en la rentabilidad. Esto ha llevado al cierre de las unidades no compensadas o menos productivas tales como pediatría, urgencias y medicina interna. Igualmente origina el crecimiento de las unidades productivas de mayor agregado tecnológico tales como cuidado intensivo, imagenología o hemodinámica con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutividad final del sistema hospitalario.[lxxvii]"

En suma, el gasto en salud mediado por el mercado acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología en hospitales de alta complejidad los cuáles son negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social.

La salud pública en crisis desde la descentralización político administrativa y la reforma pro mercado

La reforma constitucional de 1986 dio paso en Colombia a la elección popular de alcaldes. Las Leyes 11 y 12 de 1986 les extendieron competencias. Los decretos reglamentarios, entre ellos el Decreto 77 de 1987, entregaban la responsabilidad a los alcaldes de la salud de sus comunidades, situación que resultó sorpresiva para las áreas directivas del Ministerio de Salud, que finalmente no tuvieron otra opción más que ceder e iniciar el debate que finalizó con la expedición de la Ley

lxxvi ARTÍCULO 59°. OPERACIÓN CON TERCEROS. Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad.

lxxvii Cita de la exposición d emotivos del proyecto de ley 210 actualmente en trámite en el parlamento de Colombia

10 de 1990 que devolvió las responsabilidades del sector salud a departamentos y municipios.

En la Ley 11 de 1986, se dictó el estatuto básico de la administración municipal y se ordenó la participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales; esta normativa fue modificada posteriormente por la Ley 79 de 1988. Esta Ley también asignó mayores recursos al primer nivel de atención y complejidad, conformado por pequeños hospitales locales y centros de salud, sobre la base de que en ese nivel se deberían resolver la mayor parte de los problemas de salud.

La reforma constitucional de 1991 profundizó el proceso descentralizador y creó las transferencias del presupuesto nacional a los municipios, gran parte de ellas dedicadas a salud y educación. La ley 60 de 1993 decidió la entrega de estos recursos a los municipios, grandes centros urbanos, medianos municipios o municipios rurales. El proceso de descentralización trajo como resultado que la mayoría de los municipios del país cuentan con las responsabilidades y los recursos, pero sin la más mínima capacidad técnica para planificar y administrar los servicios de salud.

El Instituto Nacional de Salud escribía en el editorial del Informe Epidemiológico Nacional (IQUEN) en octubre de 1997, a cuatro años de promulgada la reforma, que: "[…] los recientes casos de rabia humana, el desbordado comportamiento del dengue hemorrágico y el posible incremento de la mortalidad materna, son reflejo de la falta de oportunidad en las intervenciones de prevención y control que deben ser movilizadas por la autoridad sanitaria territorial y que como tal son competencia indelegable del Estado y sin las cuales es imposible lograr transformaciones favorables en la situación de salud en el país."

Dos años después, igualmente en editorial de octubre de 1999, afirmaba que: "[...] Las coberturas de vacunación de Colombia han venido en descenso desde 1997, año en que el proceso de descentralización municipal empieza a intensificarse, con lo que se brinda autonomía a los alcaldes para manejar los fondos de los programas de salud pública a través de las Secretarías de Salud municipales o distritales. Aunado a esto, se tienen los problemas generados por el surgimiento de los nuevos actores que se crean por la reforma del sector salud (EPS, ARS, ESE y otros) que se convierten en nuevos administradores de los fondos del Estado para brindar las atenciones en salud a sus asegurados, entre ellas, la vacunación [...]"

El informe del Instituto Nacional de Salud sobre la "Situación actual de las enfermedades transmisibles en Colombia"[228] de julio del 2000 y el estudio "La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria" (Gómez, 2008),[229] señalan el deterioro de los programas prioritarios de salud pública que se traducen en aumento de problemas de salud tales como sarampión y dengue y ponen en evidencia un deterioro en varios indicadores de mortalidad que contrasta con el aumento en el gasto en salud de los últimos años.

Por otra parte, según el estudio Carga de Enfermedad Colombia 2005,[230] realizado en 2008 y ocultado por unos años más, la esperanza de vida al nacer aumentó de 67.7 a 73.3 años; es decir, cinco años y medio entre los estudios de

1995 y 2005. Sin embargo, los años de vida que se ganaron no son de vida saludable sino de discapacidad, que alcanza un promedio de 18 años o el 25% de la expectativa de vida de los colombianos, conservándose la expectativa de vida saludable en tan sólo 55.3 años; cifras que podemos comparar por ejemplo con México que contaba tal sólo con 10.5 años de discapacidad (14% de la vida) y 65.8 años de vida saludable en el año 2000.

Finalmente, el estudio de *Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los Sistemas de Salud, del Observatorio de Salud para América Latina y el Caribe*[231] muestra a Colombia con coberturas de vacunación para menores de un año que apenas superan a Bolivia y a Haití; además de señalar una deplorable cobertura efectiva de atenciones a hipertensos y diabéticos.

Las posibilidades de desarrollo de un territorio en general, y de salud en particular, dependen también de la existencia de una autoridad territorial con suficiente capacidad técnica y administrativa; es decir, con direcciones de salud capaces, además de la voluntad política para abrir caminos de participación. Por ello, construir procesos de planeación serios y participativos en el país se enfrenta al obstáculo de cientos de pequeños municipios sin la mínima capacidad técnica y administrativa. De no abordar un verdadero reordenamiento territorial para construir niveles del Estado más racionales en cuanto a su tamaño geográfico y poblacional y por tanto con mayor capacidad de planificación, el país y el Gobierno central deben pensar en establecer asociaciones de municipios en provincias o unidades similares que garanticen unas condiciones más técnicas de administración y gestión del desarrollo y de las necesidades de los ciudadanos en el territorio, incluidas la planeación y la vigilancia en salud pública.

El Artículo 11 de la Ley 1438 de 2011 sobre contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención, constituye otro paso desafortunado, una barrera más para el avance de la indispensable descentralización en salud pública y un retroceso en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial: "Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados".

Este artículo resulta francamente opuesto a los conceptos previamente esbozados de gestión territorial de la salud pública pues, según la OPS, "el eje operativo para la salud pública son las responsabilidades que el Estado debe asumir, y más exactamente lo que le corresponde hacer a las autoridades oficiales en materia de salud en los diferentes niveles territoriales. Esto incluye no sólo la responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones

de movilización, promoción, orientación y articulación de los agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública."

Se reduce el concepto y la función, se sumerge la salud pública en los hospitales, quedando supeditada a los intereses de estas instituciones, simplemente para ayudarles a superar su crisis; se trasladan no sólo las funciones sino las responsabilidades de las autoridades territoriales y se prescinde del ámbito de la política pública, que va dirigida a la protección del pueblo como obligación del Estado, pero que por lo general incluye también el papel de los ciudadanos, en la definición y en la acción.

Al comienzo del proceso descentralizador, con la Ley 10 de 1990, se crearon las direcciones territoriales de salud para "deshospitalizar" a la salud pública, dando a entender que ésta no depende de los sistemas de atención a las personas y, por el contrario, los sistemas de atención a las personas son los que deben obedecer a las necesidades de salud pública y supeditarse a la autoridad sanitaria.

La información para la planeación de acciones en salud

Poco tiempo después de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud puso fin al Sistema Nacional de Información en Salud, subsistema o régimen del Sistema Nacional de Salud creado en 1975 que permitió contar con información de las actividades de salud del país en el sistema público. Este sistema no sólo registraba sistemáticamente la morbilidad, sino todas las acciones de prevención y atención en salud, además de ser la base para la planeación, formulación de políticas, programación y elaboración de presupuestos.

En una reciente publicación que evalúa la política de gratuidad de los servicios para niños y ancianos en los hospitales públicos del Distrito Capital (Martínez y Rodríguez 2012),[232] se señala que:

> El flujo de información de los hospitales a las direcciones territoriales en salud, que hacía parte del Sistema de Información en Salud (SIS) en el Sistema Nacional de Salud, y que permitía la planeación de la salud pública y de la oferta de servicios, fue eliminado por el Ministerio de Salud, para proponer un flujo de información de las IPS a las EPS y de éstas a la Dirección del Sistema. Desprovistas de la información básica para la planeación en salud y para la vigilancia en salud pública, las autoridades territoriales de salud siguen actualmente atadas de pies y manos para ejercer su responsabilidad con la salud de sus ciudadanos.
>
> El Ministerio, al crear el nuevo flujo de información, había podido ordenar a las IPS que, al mismo tiempo que entregaban la información sobre servicios prestados a cada EPS, entregaran el consolidado de su información a las direcciones territoriales de salud respectivas. El hecho de que las autoridades territoriales quedaran sin información sobre lo acaecido en servicios de salud en su territorio e incluso sobre morbilidad atendida, que explica en buena parte la crisis de la salud pública del país, no fue entonces un efecto colateral de la nueva organización del Sistema, sino una decisión intencional para que las autoridades de salud no tuvieran ningún control sobre las EPS que operaban en su territorio. El proceso de privatización en marcha exigía que a los entes privados sólo los vigilara una instancia nacional y esta exigencia se impuso sobre las necesidades de salud pública de los colombianos.

Cabe citar al Banco Mundial (Banco Mundial, 1987)[233] cuando señala que "Los sistemas de vigilancia en salud pública deben ser capaces de participar activamente: en la mejora del estado de salud de la población identificando y aportando análisis ajustados a la dimensión del problema y de la intervención; en el desarrollo de los sistemas información para la toma de decisiones en los problemas bien y mal estructurados; en la transformación de la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles del sistema de salud, de manera que exista una correspondencia entre los niveles del sistema y los de decisión político administrativa."

Vista la gravedad del problema por la ausencia de información en las Direcciones Territoriales de salud que permita la formulación de políticas, planes y programas de salud, de acuerdo con sus responsabilidades, y dada la enorme crisis de la salud pública, se intentó devolver a las autoridades territoriales la competencia sobre la información mediante la Ley 715 de 2001, que señala entre las funciones de los departamentos, Artículo 43. Numeral 1.6, "Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema." Igualmente señala entre las funciones de los municipios, Artículo 44.Numeral 1.6, "Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema."

Desde 2002, la dirección del SGSSS se negó a implementar el mandato de la Ley 715 de 2001, que pretendía devolver a las autoridades sanitarias territoriales la información básica sobre la morbilidad de sus territorios que permitiría un proceso mínimo de ordenamiento de sus prioridades en salud y posibilitaría la planeación en salud y la vigilancia epidemiológica.

Conclusiones

La primera conclusión que se deriva de la evidencia recopilada en este análisis sobre los efectos del arreglo institucional creado en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, es que al pasar el gasto social nuevamente por el tamiz del mercado se reproduce el mecanismo de concentración del ingreso y apropiación de excedentes económicos, anulando en buena parte el efecto redistributivo esperado de las políticas sociales para lograr mayor cohesión social.

El director de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ya había anticipado con lucidez este preocupante efecto (Ocampo, 1998) cuando afirmó que:

> […] En economías con fuertes disparidades distributivas, el problema más importante es la tendencia natural que genera el mercado a que el sector privado oriente su oferta —en cantidad y especialmente en calidad— hacia los sectores de mayores ingresos. Este problema no se soluciona necesariamente con un esquema

de subsidios a la demanda y exige, por lo tanto, que el Estado diseñe instrumentos para aumentar la oferta dirigida a los sectores de bajos ingresos.

Las dificultades anteriores se acentúan cuando los esquemas de participación privada no incluyen claros principios de solidaridad, como lo ilustra el sistema de salud en Chile. En este caso, la selección adversa —tanto por estratos socioeconómicos como por los riesgos de salud asociados a la edad de la población cubierta— puede ser muy marcada. Sin embargo, la introducción de elementos de solidaridad no soluciona automáticamente el problema. Así, por ejemplo, para evitar las dificultades señaladas, en la reforma del sistema de salud en Colombia se establecieron beneficios totalmente independientes del monto de la cotización, pero la respuesta privada dirigida a los estratos más pobres ha sido igualmente frustrante durante su fase inicial.

La respuesta privada puede ser, además, geográficamente desequilibrada: responde mejor en ciudades grandes, pero es insuficiente en pequeñas poblaciones o en el sector rural, donde –en razón de mínimas economías de escala– puede haber "monopolios naturales" en muchos servicios, en condiciones en las cuales además su provisión no es rentable.[lxxviii]

Lo que parecía querer expresar en el documento el entonces Director de la CEPAL cuando señaló que la respuesta privada puede ser geográficamente desequilibrada, o que su orientación hacia los estratos más pobres ha sido frustrante, es una condición inherente al funcionamiento del mercado, que como señaló Oscar Rodríguez (Rodríguez, 2012) implica apropiación de excedentes económicos y concentración del ingreso.

Buscando demostrar los efectos distributivos del Sistema colombiano de Seguridad Social en Salud, algunos economistas imputan el *per cápita* asignado por el sistema en los subsidios a la demanda directamente al ingreso de las familias pobres que los reciben (Acosta, 2007)[234] y señalan un efecto redistributivo importante y un aumento de la equidad en el financiamiento, sin detenerse a pensar en la evidencia notable, que el gasto del Régimen Contributivo dirigido a la población de mayores ingresos, creció mucho más que el dedicado a la población pobre en el periodo estudiado de acuerdo con las cuentas nacionales (Barón, 2007).[235]

Al comienzo de las reformas se cuestionaron los sistemas de financiación vía oferta, alegando que los recursos se perdían en la burocracia institucional y no llegaban efectivamente en servicios a los ciudadanos, por lo que era necesario la transición a subsidios a la demanda; ahora en la práctica observamos que se pierden los recursos de la demanda por los múltiples mecanismos descritos.

Podríamos señalar que el problema del Sistema que lo tiene actualmente en crisis, es el hecho de que el gasto del Estado no llega a la población pobre y no se traduce en servicios de salud adecuados para estos, sino que se concentra, se desvía y se aleja por el camino en buena proporción, por la presión de diversos

lxxviii Ocampo José Antonio. Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. Revista de la CEPAL. 1998; 65: 7-14.

intereses descritos en este "mercado." En síntesis, el arreglo institucional construido en 1993 no ha resultado eficiente en la asignación y menos en la distribución.

El premio Nobel Stiglitz señala por su parte: "Hoy en día, no hay apoyo intelectual razonable para la proposición de que los mercados, por sí mismos, generan resultados eficientes, mucho menos equitativos"(Stiglitz 2010)[236].

Según Oscar Rodríguez (Rodríguez, 2012) "Las sociedades capitalistas inevitablemente generan inequidad, pues la propiedad sobre los medios de producción y la apropiación del excedente económico sustentan las inequidades. No obstante, la concentración del ingreso y las diferencias entre grupos sociales están asociadas a la trayectoria histórica de cada país, a su régimen de acumulación, su forma de Estado y su régimen político"[237].

Para la ONU (ONU, 2007),[238] políticas eficaces para corregir la pobreza, la desigualdad y la falta de oportunidades son una necesidad apremiante. Las políticas sociales, como parte integrante de las políticas públicas, proporcionan un conjunto de instrumentos para regular y complementar las instituciones del mercado y las estructuras sociales, asegurando la redistribución de la riqueza, la protección, cohesión y justicia social. Las políticas sociales complementan y refuerzan el desarrollo económico en la medida en que mejoran el capital humano y el empleo productivo.

Citando a Anete Ivo (Ivo, 2004)[239] "[….] la política social en la modernidad constituyó una política destinada a mediar las contradicciones entre igualdad política y desigualdad económico-social propia de la sociedad liberal, a través de una estrategia institucional redistributiva, basada en mecanismos de transferencia de la renta entre generaciones, en un sistema de solidaridad nacional. Esta estructura de derechos sociales articula un sistema de derechos y deberes universales constitutivos de la ciudadanía. En este sentido, la concepción original de las políticas sociales de protección se constituye en soporte de un proyecto democrático, de justicia redistributiva y social" (Donzelot, 1994;[240] Rosanvallon, 1995;[241] Castel, 1995).[242]

Para Castaings (Castaings, 2007),[243] el conflicto distributivo "proviene fundamentalmente de que una parte central del ingreso gubernamental y del gasto social está íntimamente relacionado con la distribución del ingreso" y agrega que el conflicto distributivo implica las preguntas ¿quién es el que paga? y ¿quién es el que recibe los beneficios del gasto?

Para el Overseas Development Institute (Norton *et al*, 2001)[244] "La política de Protección Social está íntimamente ligada al debate de cohesión social y exclusión social. Esto refleja una mirada en las ciencias sociales que enfatiza como la inclusión en una colectividad que provee ayuda y asistencia mutua es fundamental en la definición misma de sociedad. Desde una perspectiva distinta, se podría decir que cuando el Estado o la sociedad organizada pierden la capacidad de asistir a las necesidades de sus miembros en una situación de crisis sufre como consecuencia una crisis de legitimidad y a continuación un problema de gobernabilidad."

Para Bruno Lautier (Lautier, 2006),[245] "La función de control de las políticas socia-

les y, de manera más general, su función política es un tema que se ha ocultado en el período reciente. Respecto de épocas más antiguas, principalmente en Europa (del siglo XVI al siglo XIX) y de la lucha contra la pobreza, los historiadores parecen coincidir en que la lucha contra la pobreza no servía únicamente para "ayudar a los pobres" sino también para controlarlos; el objetivo de dicha lucha no era entonces erradicar la pobreza, sino contenerla dentro de los límites políticamente aceptable y permitir que la pobreza cumpla su función política." Y agrega el maestro recientemente fallecido: "En mi opinión, estas proposiciones no sólo siguen siendo pertinentes respecto de la lucha contra la pobreza contemporánea en América Latina, sino que lo son respecto de toda la protección social, y en los dos sentidos sugeridos más arriba: por un lado, la protección social sirve para "pacificar" las relaciones sociales, para normalizar los comportamientos y desactivar los conflictos. Por otro lado, la protección social también es un instrumento de regulación (y no erradicación) de la inseguridad."

Para la CEPAL (Ocampo, 1998) "Uno de los grandes desafíos de América Latina consiste en demostrar que el nuevo modelo de desarrollo es compatible con la corrección gradual de las grandes desigualdades sociales existentes. De no lograrse este objetivo, las bases políticas de las reformas —que han sido sólidas hasta ahora, en gran medida porque el retorno a la estabilidad macroeconómica ha sido visto como positivo por el conjunto de la población— podrían deteriorarse. Lo que es igualmente grave, tal vez se generarían tensiones sociales que podrían afectar la gobernabilidad y erosionar las bases de los consensos políticos que han permitido el fortalecimiento de la democracia en la región, sin duda otro de los grandes logros de los últimos años." [246]

En síntesis, la atención a la salud hace parte del Sistema de Protección Social (SPS), "la relación entre el SPS, el orden político y el doméstico se sustenta no sólo en el componente de legitimidad –que está presente en toda política social– sino también en el hecho de que la protección es una respuesta social a una amenaza contra la reproducción –biológica y social– de quienes habitan un espacio naciona […] La relación entre el SPS, el orden político y el económico es de alianza porque se retroalimentan, y el papel de la financiación vía aportes es el resultado de un compromiso político de los diferentes sectores y partidos políticos que hacen presencia en una determinada sociedad" (Rodríguez, 2011).[247]

La sociedad en función del mercado o el mercado en función de la sociedad

No se desprende de todo lo anterior una conclusión que llame a estatizar los servicios de salud. El problema no está en que el mercado participe en la provisión de los servicios de salud, así como en la provisión de toda clase de insumos y activos necesarios para la misma. Estas líneas no apuntan a la bizantina discusión de Estado contra mercado, sino que se sitúan en la lógica de propender un mejor arreglo institucional entre Estado y Mercado para beneficio de los ciudadanos.

El problema real consiste en que el Mercado tome control de la asignación de recursos del sector salud mientras que el Estado se venda los ojos. El problema, en términos de Polanyi (Polanyi, 1944) no es el Mercado, pues éste es una función esencial de la sociedad. El problema en el sector salud, como en el sector bancario, o en cualquier otro, son las tesis en boga sobre la capacidad de los mercados de auto-regularse y las anunciadas ventajas para la sociedad de dejar operar libremente al mercado bajo el supuesto de que la mano invisible garantizará la asignación y distribución eficientes.

Entre posiciones defensoras del mercado auto-regulado a nivel de fanatismo religioso y posiciones defensoras de la estatización como única salida, existe un enorme campo de posibilidades para arreglos institucionales que arrojen mejores servicios de salud para los ciudadanos. Ello exige entender que no existe tal oposición entre Estado y Mercado, sino una relación indisoluble. Según Stiglitz (Stiglitz, 2003) "Nos dirigimos, en general, a una postura más equilibrada, una que reconoce tanto el poder como las limitaciones de los mercados, así como la necesidad de que el gobierno desempeñe un papel visible en la economía […]"

El problema real es creer que un arreglo institucional *sui géneris* basado en la premisa de que el mercado es capaz de decidir por sí solo sobre las necesidades de la población en salud. Y cuando tal arreglo institucional llega al fracaso, como en el caso de los servicios de salud en Colombia, se pretenda que el problema obedece a "imperfecciones del mercado" o "pequeños problemas de regulación", que por tanto pueden ser solucionados con pequeños ajustes.

La experiencia colombiana deja clara evidencia sobre la capacidad de tal arreglo institucional para desviar, presionar y concentrar los recursos asignados por capitación hacia los negocios que permiten mayor margen y, por cualquier medio, no siempre el más legal, al tiempo que se demuestra el abandono de las poblaciones pobres y los servicios básicos de baja rentabilidad. Es entonces, en los mismos términos de Polanyi (Polanyi, 1944), que el mercado deja de servir a la sociedad y la sociedad comienza a supeditarse al mercado.

Para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2013)[248] "Tanto los mercados como los Gobiernos pueden fallar, pero hay sinergias cuando trabajan juntos. El progreso del desarrollo no puede dejarse en manos de los mercados, únicamente. Algunos mercados no sólo fracasan en su funcionamiento, sino que directamente pueden no existir en las primeras etapas del desarrollo […]"

Para cerrar, es oportuno citar a nuevamente a Polanyi (Polanyi, 1944) cuando nos recuerda la historia: "Sin embargo, cada uno de esos países experimentó un periodo de libre comercio y de *laissez-faire*, seguido de un periodo de legislación antiliberal en lo referente a la salud pública, las condiciones fabriles, el comercio municipal, el seguro social, los subsidios a los embarques, los servicios públicos, las asociaciones comerciales, etc." o cuando asegura "Mientras que la economía del laissez-faire era el producto de la de una acción estatal deliberada, las restricciones subsecuentes al *laissez-faire* se iniciaron en forma espontánea. El *laissez-faire* se planeó, la planeación no."

Como señalan los investigadores del Instituto de Medicina Tropical de Ámsterdam (De Groote *et al,* 2007), la subcontratación o delegación de una función esencial del Estado al mercado es una alternativa aceptable a la de los recursos públicos si se cumplen la condición de "que haya adecuada capacidad gu-

bernamental para evaluar las necesidades y negociar y monitorear los términos de contratación y que exista un ambiente político y legal que haga respetar las regulaciones y permita resistir el clientelismo y la corrupción" *(*Mills, 1998*)*. Adicionalmente Colombia, en función de un régimen político basado en empresas políticas individuales que se auto-reproducen repartiendo cargos y contratos del Estado, genera como una especie de clientelismo institucionalizado, responsable de una enorme corrupción. Este régimen político condiciona el comportamiento descrito del mercado en el sistema de seguridad social en salud.

Dime que Estado tienes y te diré que mercado tienes. Dime que mercado tienes y te diré que Estado tienes.

ESPAÑA

Enric Agustí Fabre[lxxix]

Cobertura sanitaria universal en España

> "La cobertura sanitaria universal es un sistema en el que cualquier miembro de la sociedad puede acceder a los servicios sanitarios que necesite sin llegar a sufrir una penalización monetaria importante"
>
> Savedoff, W.D. *et al*; Lancet 2012:924-932

Resumen: Se describe la historia de la sanidad pública en España, especialmente relacionada con la cobertura universal, en los últimos años con un análisis de los logros alcanzados, así como los procesos actuales de la crisis económica en la que se encuentra el país y los intentos para mantener los elevados estadios alcanzados en la cobertura universal.[lxxx]

Descripción general del sistema de salud del país

Los países europeos han sido los pioneros en alcanzar la cobertura sanitaria universal. Tanto el concepto de cobertura como las diferentes discusiones del mismo ya están descritos en artículos y publicaciones anteriores; me limitaré a describir qué está pasando en España como ejemplo de la adecuación de la universalización de la asistencia en tiempos de crisis.

El sistema de Salud en España ha pasado por diversas etapas. En la década de los años 40 del siglo pasado la dictadura franquista consolidó el Instituto Nacional de Prevención (INP), creado en 1908, en el que obligatoriamente cotizaban los trabajadores y empresarios que estaban aseguradas en dicho instituto con derecho a la atención sanitaria y a subsidios de jubilación a partir de 1947.

A la vez dicho INP creó una red propia de centros de salud (hospitales y ambula-

lxxix Gerente de la Región Sanitaria de Barcelona. Servicio Catalán de la Salud. Cataluña. España

lxxx Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud; noviembre 2011; OMS. The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010; Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? Lancet. 2012; 380: 917-23; Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. Lancet. 2012; 380: 924-32. Rajmil L., Fernandez de Sanderamed M.J. Universal health coverage in Europa (letter). Lancet. 2012; 380: 1644; Ley14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. (BOE 102, de 29-4-1986); Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. (DOGC 30 Julio/BOE 17 Agosto); Ley 11/1995, de 29 de septiembre de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. (BOE 5, 5-01-1996); Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud. (BOE 191, 7-08-2010); Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (BOE 98, 24-04-2012; corrección de errores en BOE 116, 15-05-2012); Real Decreto 1192/20, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. (BOE 186, 4-08-2012).

torios) que son la base de la red pública sanitaria actual en la cual el personal es funcionario y sujeto a los presupuestos del INP. Esencialmente el modelo era una atención sanitaria tipo bismarckiana pero, a diferencia de Alemania, con una sóla mutua, la estatal. A medida que el Estado español incrementó su nivel de renta y riqueza se incorporaron diferentes grupos de población al INP, (agricultores, autónomos, etc.) y pasó a denominarse seguridad Social.

Todos los trabajadores y empresarios cotizaban para tener derecho a la atención sanitaria. Cabe mencionar que dicho organismo depende del Ministerio del Trabajo y no de sanidad (de hecho, el Ministerio de Sanidad se creó hasta 1977).

La época democrática trajo consigo una serie de cambios que repercutieron en la atención sanitaria en España.

La Constitución Española de 1978 en su artículo 41 señala con respecto a la seguridad social que: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante las situaciones de necesidad, especialmente en casos de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres".

Paralelamente, en los llamados pactos de la Moncloa de 1978 se crearon, entre otros: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) encargado de regular las prestaciones económicas; y el INSALUD que gestiona recursos propios sanitarios y las prestaciones sanitarias. Los recursos del INSALUD fueron transferidos paulatinamente a las comunidades autónomas finalizándose en 2001.

Asimismo en la Constitución Española se asientan las bases la que sería la futura ley de sanidad: en los artículos 43 y 49 se reconoce el derecho fundamental de todos los ciudadanos a la protección de la salud, que para ser efectivo requiere la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo; y en su título VIII, la Constitución reconoce a las Comunidades Autónomas amplias competencias (casi exclusivas) en materia de sanidad.

Asimismo promueve la integración efectiva de los servicios sanitarios de manera básica para:

- Hacer efectivo el derecho a la salud.
- Reconocer una igualación en las condiciones de vida.
- Imponer una coordinación de las actuaciones públicas.
- Conseguir una planificación efectiva de los servicios y prestaciones sanitarias.

En 1986 se produjo un cambio copernicano en la concepción de la atención sanitaria: se aprobó por unanimidad parlamentaria la Ley General de la Sanidad (LGS, llamada Ley Ernest Lluch, por ser el ministro que la implantó). La LGS regula todas las acciones que hacen efectivo el derecho a la salud. En ella se especifica claramente el concepto de sanidad universal y se remarca que la sanidad será financiada por los impuestos de los españoles y no por las cotizaciones sociales. La LGS cambia el sistema sanitario de un modelo Bismarck a un modelo Beveridge. Se creó un Sistema Nacional de Salud en el que se especifica que son titulares del derecho a la protección a la salud todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que residen en España. Asimismo, los medios y las actuaciones del sistema sanitario se orientaron prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. La asistencia sanitaria pública se extendió a toda la población española bajo la premisa de que su acceso debe realizarse en condiciones de igualdad efectiva. La política sanitaria se orientó a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales, y, finalmente, las Comunidades Autónomas crearon sus servicios de salud en el marco de la LGS y los respectivos Estatutos de Autonomía.

Las funciones del gobierno central son dictar las políticas globales estatales, la sanidad exterior y la política reguladora del medicamento; para unificar criterios y consensuar políticas se creó un consejo interterritorial en el que todas las Comunidades Autónomas y el Estado central fijan las grandes políticas como cartera de servicios, coberturas y copagos.

A consecuencia de los puntos anteriores se llevó a cabo la creación de un conjunto de leyes autonómicas de salud, aunque no todas incluyen este concepto del Sistema Nacional de Salud. Asimismo se procedió, desde 1982 hasta el 2001, a descentralizar el gasto sanitario a las Comunidades Autónomas, lo que implica que el presupuesto de sanidad está totalmente descentralizado, a excepción de ciertos programas como sanidad exterior, autorización de medicamentos y algunos más a cargo del gobierno central. Por tanto, las comunidades gestionan ingresos y gastos relacionados con la atención sanitaria.

La LGS establecía un modelo de sanidad universal y hasta el año 2001 los presupuestos de sanidad se nutrían de dos fondos de ingreso: del Ministerio de Trabajo a través de las cuotas de la seguridad social y del Ministerio de Sanidad mediante los impuestos generales. Es importante remarcar que a partir del 2001 la financiación sanitaria se nutre única y exclusivamente vía impuestos.

Hemos de reconocer que no se desarrolló el reglamento que implicaba el cambio real de las políticas basadas en la seguridad social hacia aquellas que tienen como objetivo un sistema nacional de salud por lo que las reformas del 2012 se han basado en este "vacío legal".

Aunque la LGS establecía un aseguramiento universal, no se ha legislado en la mayoría de las autonomías. Solo Cataluña apruobó, en el año 2010, una ley que regula la atención universal en la que se concreta que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria todas las personas empadronadas en cualquier municipio de Cataluña, también aquellas a las que se ha extinguido su relación con la seguridad social. Esta ley autonómica establece la posibilidad de acceso universal según un servicio nacional de salud.

Caracterización de la estructura de provisión de servicios y de su financiamiento orientado a la universalización de los servicios en el país

La estructura de provisión de servicios ha evolucionado teniendo como referencia la red sanitaria de la seguridad social. La transferencia de competencias a las comunidades autónomas ha implicado el desarrollo en alguna de ellas de una cierta variabilidad en la provisión. Los ejemplos más destacados son el de Valencia, Madrid y Cataluña. A nivel de la comunidad valenciana las experiencias de externalización en la construcción y gestión de hospitales basadas en un presupuesto en base poblacional, el llamado modelo Alcira por ser el primer hospital en el que se ponía en práctica dicha experiencia. Por su parte, la comunidad de Madrid a principios de los años 2000 incrementó la estructura hospitalaria con la construcción de diversos hospitales mediante una colaboración público-privada con diferentes niveles de interacción de gestión que oscilan desde la gestión privada de elementos no asistenciales hasta la construcción y administración integral de los centros. En Cataluña, siguiendo los modelos de diversificación de proveedores hospitalarios, la red de atención pública se basa en hospitales propios y hospitales concertados que en su mayoría son centros sin ánimo de lucro. En relación con la atención primaria se ha diversificado la provisión; además de la red de titularidad pública se han adjudicado por concurso público de gestión a entidades auto gestionadas de profesionales de la atención primaria, que son las llamadas Entidades de Base Asociativa (EBA). El resto de comunidades autónomas ha ido adecuando su estructura sanitaria pero habitualmente manteniendo una provisión eminentemente pública.

Problemática actual.

La crisis que se vive en España ha llevado a realizar una serie de medidas para intentar mantener los niveles de cobertura universal. Se publicó en el año 2012 un Real Decreto sobre "Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones". Las medidas que ha implicado este Real Decreto pueden diseccionarse según las tres dimensiones que se deben tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal que tan didácticamente se describen en el informe de la OMS 2010.

Respecto al eje de población, se ha establecido barreras de ingreso al sistema para todas aquellas personas no españolas que no ostenten la condición de asegurado o beneficiario a través del reconocimiento del mismo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social; es decir, se adopta el modelo de seguridad social y no de servicio nacional de salud para poder ejercer barreras de acceso (anteriormente sólo hacía falta estar empadronado para tener cobertura universal). No obstante, se definen situaciones especiales que dan derecho a la asistencia universal como la atención de urgencias, la asistencia del embarazo, parto y puerperio y la atención a los menores de 18 años.

El Real Decreto ha generado una serie de actuaciones en las comunidades autónomas que ha conducido a soluciones *ad hoc* en cada autonomía. Actualmente hay comunidades que aplican rigurosamente el decreto junto a otras que han intentado suavizarlo con soluciones a la denegación de cobertura a algunos colectivos. Por ejemplo, en Cataluña se proporciona una tarjeta sanitaria específica provisional a las personas no españolas y no aseguradas que permite acceso individual a servicios de urgencias y atención primaria y al año de obtenerla se les otorga una nueva acreditación que les permite acceder a la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud. Por lo tanto, se ha producido un verdadero desbarajuste en la aplicación y reglamentación, de modo que las medidas adoptadas en una Comunidad Autónoma no son válidas para las restantes.

Respecto a los servicios cubiertos, el Real Decreto establece una serie de acciones sobre la cartera de servicios, definiéndose una cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud: cartera común básica; cartera común suplementaria con copago de acuerdo a las condiciones de renta; y cartera común accesoria con copago de servicios no esenciales. Se permite una cartera de servicios complementarios a las Comunidades Autónomas. Actualmente se están elaborando los respectivos reglamentos que definirán las diferentes carteras comunes según la clasificación anterior.

Respecto a los gastos directos, se ha ampliado el copago. Hasta el 2012 los únicos copagos eran el de la dispensación de fármacos en la oficina de farmacia, que era de un 40% del coste farmacéutico para las personas activas. No pagaban nada los pensionistas. El incremento del copago se ha producido mediante un incremento variable dependiendo del nivel de renta para todas las personas (incluidos pensionistas). Asimismo se ha establecido un copago para ciertos productos ortopédicos externos y también para el transporte sanitario no urgente y los productos dietéticos.

Otras medidas que se aplican por los gobiernos regionales son aquellas tendentes a la racionalización del gasto tales como:

- Cierres nocturnos de atención continuada en algunas poblaciones con una baja demanda ofreciendo medidas alternativas como atención telefónica, asistencia *in situ* y atención urgente, según *triage* telefónico.
- Disminución y/o anulación de presupuesto destinado a solucionar patologías con listas de espera no urgente.
- Creación de centrales de compras y logísticas.
- Agrupación de proveedores; potenciación de sinergias entre sanidad pública y privada; subrogación de actividad y/o servicios generales a la sanidad privada etc.

Aunque algunas medidas son controvertidas, todas ellas tienden a reducir el gasto intentando mantener la eficiencia y poder garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público en un entorno con graves restricciones financieras.

Conclusiones y recomendaciones

En España la evolución de un sistema basado en la seguridad social a un sistema nacional de salud no se ha visto refrendado con las correspondientes leyes y reglamentos para poder consolidar este cambio de modelo; esto ha dado lugar a una situación híbrida que ha implicado una serie de procesos basado en un aseguramiento que no se corresponden con un servicio nacional de salud.

Las medidas adoptadas, en lo referente a la accesibilidad del sistema público de salud, dentro del marco de autonomía de gestión de las Comunidades Autónomas han conducido a un verdadero "mosaico" de soluciones que no benefician en nada la credibilidad de la sanidad en España.

La cobertura universal en el país ha sido resultado de un proceso gradual, tanto en lo que se refiere a los diferentes grupos de personas que se han ido integrando a la sanidad pública como en el nivel de prestaciones que se ha garantizado a la población; podríamos decir que el tiempo estimado para lograr los niveles de cobertura hasta antes del inicio de la crisis, fueron de unos 40 años.

Las prestaciones sanitarias son objeto de intenso debate y deberán tenerse en cuenta en el momento de elaborar, si llega a producirse, los conceptos de cartera común y cartera accesoria, con la consecuente implicación en un posible copago.

Todas las medidas que se toman en situaciones de restricción económica, como la que estamos sufriendo en España y en muchos países de la Unión Europea, deberán ser vistas como un momento para emprender esfuerzos para preservar las tres dimensiones de la cobertura universal; las cuáles deben preservarse al máximo posible a fin de no perder los niveles alcanzados del estado de bienestar.

PERÚ

Mauricio Bustamante García[lxxxi]
Arturo Yglesias Bedoya[lxxxii]

Perú: Aseguramiento Universal en Salud

Resumen

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la cobertura universal de salud es asegurar que todas las personas puedan usar los servicios de salud -de promoción, prevención, curación y rehabilitación– que necesitan, de una suficiente calidad para ser efectiva, mientras se asegura que el uso de esos servicios no los exponga a problemas financieros.

Perú se encuentra desde hace una década en una etapa de rápido crecimiento económico que ha generado mayores ingresos al tesoro público y a las familias, y que va reduciendo la pobreza y aumentando la clase media. Esta situación genera mayores expectativas de sus ciudadanos por mejorar el acceso a los servicios de salud.

Dado que Perú cuenta con una geografía muy compleja, el determinante geográfico genera desarrollos regionales desiguales, perfiles epidemiológicos diferenciados y constituye una barrera al acceso de servicios de salud de una población que envejece y que tiene una alta carga de enfermedades crónicas y de lesiones por accidentes, mientras que las enfermedades infecciosas crónicas, como la tuberculosis, aun constituyen un problema de salud pública.

El sistema nacional de salud es un sistema fragmentado y poco integrado, y cuenta con una enorme brecha de infraestructura y tecnología tanto en el sector público como privado, aunque la capacidad de respuesta del sector privado es más rápida y ha recibido grandes inversiones en los últimos años.

Las lecciones que se pueden aprender del caso peruano las podemos resumir así: primero, dado que los sistemas de salud son extremadamente sensibles a la variable macroeconómica se puede afirmar que los indicadores de salud están mejorando probablemente por el crecimiento económico que el país ha experimentado en la última década y por la inversión social realizada por el Estado; segundo, la aprobación de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud (2009) creó expectativas pero requiere mayor financiamiento y un nuevo marco normativo que extienda la protección social en salud; tercero, el aumento de las expectativas creó mayor demanda pero al no haber aumentado la infraestructura de la oferta produjo malestar y desconfianza.

---

lxxxi Consultor Internacional Perú y Colombia. Ex Director del Organismo Andino de la Salud.

lxxxii Seguridad Social de Salud, EsSalud, Perú.

En conclusión, un país con crecimiento económico acompañado con un mejoramiento de la salud requiere que el sistema recupere su función de rectoría, grandes inversiones en infraestructura y prepare una masa crítica a nivel nacional que permita la gestión de sus servicios con criterios de equidad, calidad, seguridad y eficiencia.

I. El país: entorno político, económico y social

Para entender al Perú hay que tomar en consideración su geografía. Según Richar Webb, Perú tiene una de las geografías más difíciles del mundo.[249] Carlos Amat, otro estudioso peruano, afirma que en el Perú "la geografía manda, somos un país de montañas tropicales."[250] Desde la perspectiva de la salud y la atención a la salud, Thomas Hall señala que "Pocas naciones han tenido que enfrentar con condiciones climáticas y geográficas tan severas que aquellas encontradas en Perú -condiciones que han resultado en marcadas variaciones regionales en los patrones de vida."[251]

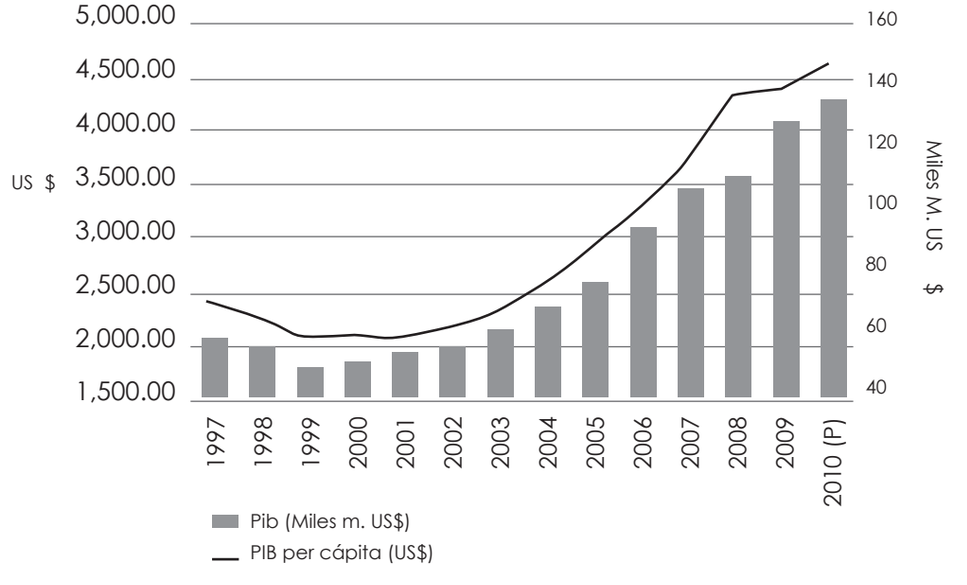
Para entender la historia reciente del Perú contemporáneo, es necesario detenerse a analizar con detalle su entorno político, económico y social y entender las transiciones en su economía, demografía, epidemiología y su sistema de salud.

La economía

Durante los últimos 12 años Perú ha logrado grandes avances en su desarrollo, con tasas de crecimiento altas, baja inflación, estabilidad macroeconómica, gran acumulación de reservas internacionales, reducción de la deuda externa, obtención de un buen grado de inversión, superávits fiscales y reducción de la pobreza aunado a otros avances importantes en indicadores sociales y de desarrollo.

La economía peruana ha registrado un crecimiento económico sostenido (5% anual en promedio), que la ha situado entre las más exitosas de la región. Este crecimiento ha sido producto de un manejo prudente de la política macroeconómica, tanto fiscal como monetaria, así como de una agresiva integración comercial al mundo y un entorno regulatorio y de negocios que promovió la inversión privada. En este contexto, los sectores productivos registraron un gran dinamismo que reactivaron de manera sostenida la demanda interna. Para el 2012, el crecimiento de la economía peruana fue del 6.3% con respecto al año anterior. La Figura 11, muestra el crecimiento del PIB y el aumento del ingreso per cápita.

Figura 11. Dinamismo de la economía peruana durante la primera década del siglo XXI



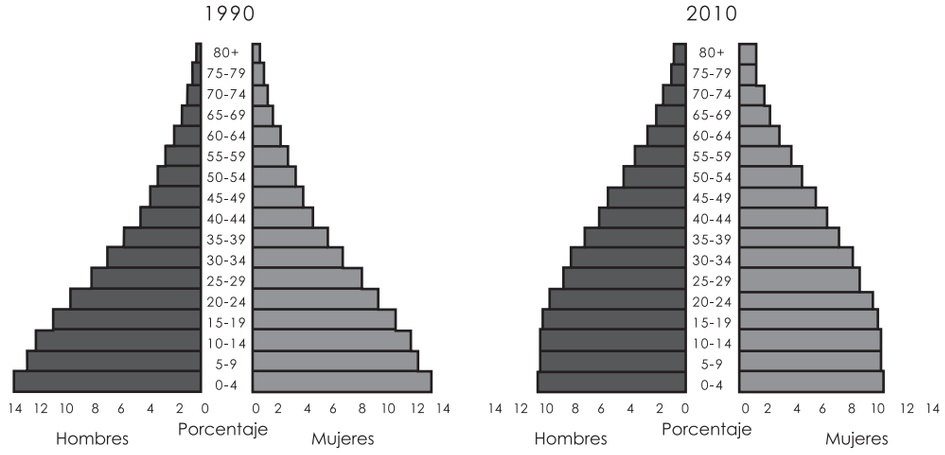
Fuente: FMI, World Economic Outlook Database, Abril 2010.

La demografía

La población en el Perú ha aumentado de manera progresiva en los últimos 20 años, pasando de 21,570,000 habitantes en 1990 a 29,462,00 en 2010 y tiene una proyección para el año 2025 de 34,412,000.

Los cambios en el perfil demográfico experimentados en las dos últimas décadas, se pueden apreciar en la Figura 12, en donde la amplia base de la pirámide se comienza a angostar y el vértice a ampliar.

Figura 12. Perú: Población 1990 y 2010



Fuente: Salud en las Américas, 2012 OPS

Niveles socio económico y pobreza

El crecimiento económico sostenido en los últimos 12 años y las políticas de descentralización y de inclusión social han permitido que ese crecimiento llegue a más regiones del Perú, provocando una disminución significativa de la tasa de pobreza de 56.7% en el 2001 a 25.8 % en el 2012, según el Instituto Nacional de Estadísticas e Información (INEI).[252] Aunque todavía hay 7 millones 800 mil personas se encuentran en situación de pobreza, el porcentaje es menor al del 2011 (27.8%).

II. Situación de Salud

Cuatro grandes tendencias están definiendo la situación de la salud en Perú: la persistencia de las enfermedades transmisibles, el envejecimiento demográfico, las enfermedades crónicas o no transmisibles, y los riesgos emergentes (nutricionales, sedentarismo, etc.).

1.- Primera mega-tendencia: la persistencia de las enfermedades transmisibles

El conglomerado de enfermedades infecciosas, si bien ha disminuido, continúa siendo un problema. La tuberculosis constituye el principal problema de prevención y control de enfermedades infecciosas con grandes externalidades de salud pública. Si bien es cierto que las tasas de incidencia han disminuido, éstas son altas si se les compara con otros países de la región.

2.- Segunda mega-tendencia: aumento de la esperanza de vida y envejecimiento demográfico

En Perú la esperanza de vida se encuentra en incremento pues ha pasado de 45 años en 1960 a 73.7 en 2010, y se proyecta hacia el 2015 en 74.1 años.

Como en la mayoría de los países que avanzan hacia el desarrollo y disminuyen la pobreza, en Perú ha disminuido la mortalidad general, ha aumentado la esperanza de vida y se han reducido las tasas de fecundidad lo cual genera un envejecimiento de la población; esto implica un aumento de la proporción de los adultos mayores de 65 años en la estructura de la población, y a su vez es sabido que una población con mayor longevidad implica una mayor incidencia de enfermedades crónicas y, por lo tanto, más costos para los sistemas de salud.

3.- Mega-tendencia tres: creciente prevalencia de las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades crónicas o no transmisibles causan gran discapacidad y morbimortalidad. El crecimiento ya señalado de la población adulta mayor y el aumento de la expectativa de vida de los peruanos, está produciendo un incremento significativo de enfermedades degenerativas propias de dichas edades como el cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, arterioesclerosis, hiperlipidemias, obesidad y enfermedades mentales asociadas con carencias secundarias. Este proceso denominado como transición epidemiológica requiere adecuar los servicios de salud a éstas nuevas demandas, así como la programación de líneas educativas para la población y los profesionales de la salud.

Entre las principales causas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles está la enfermedad isquémica del corazón (44.8 por 100,000 habitantes), las enfermedades cerebrovasculares (31.4), cirrosis hepática (21.3), el tumor maligno de estómago (21.0), la diabetes mellitus (20,4), la enfermedad hipertensiva (17.1), el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (10.7), el tumor maligno de próstata (10.4), el tumor maligno de cuello del útero y parte no especificada (8.3), y el tumor maligno de mama de la mujer (4.7). También en las enfermedades no transmisibles destacan los accidentes de tránsito en adolescentes y adultos jóvenes.

4.- Mega-tendencia cuatro: los riesgos emergentes

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no trasmisibles (hipertensión arterial, diabetes y enfermedad coronaria) afectan significativamente a los peruanos. Lo anterior está relacionado directamente con la elaboración de productos alimentarios industrializados, algunos cuyos componentes son dañinos para la salud. Pero otro factor es el sedentarismo, sólo el 40% de la población adulta del Perú realiza alguna actividad física leve, el sobrepeso afecta a 35.3% de esa población (39.1% de las mujeres y 31.1% de los hombres), y la obesidad a 16.5% (20.3% de las mujeres y 12.6% de los hombres). El 19.6% presenta hipercolesterolemia, 15.3% hipertrigliceridemia y 5.3% niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) superiores a 130 mg/dl.

Según la *Encuesta de Salud Escolar* (2010),[253] 23% de los niños en edad escolar tiene exceso de peso. Otro dato relevante es que el sobrepeso y la obesidad ya han penetrado en uno de cada tres hogares pobres del país. Adicionalmente los niños menores de cinco años presentan altas tasas de anemia nutricional.

El fenómeno de la desnutrición se cruza entonces con el del sobrepeso y la obesidad, en lo que se conoce como transición nutricional.

III. El sector salud

De acuerdo con la normatividad del Ministerio de Salud (MINSA), Perú tiene un Sistema Nacional de Salud Coordinado y Descentralizado.[254] La descentralización del sector salud ocurrió en 2004[255] y mediante ella se otorgó amplia autonomía a los Gobiernos Regionales. Sin embargo, la descentralización no ha concluido ya que el espacio de decisiones más grande del país, Lima Metropolitana, no entró en este proceso de cambio, no asumió la conducción de la salud, no cuenta con una autoridad sanitaria metropolitana y, por ende, los hospitales en la capital del país continúan a cargo del Ministerio, mientras que paralelamente la Municipalidad ha creado con mecanismos de alianzas público-privadas una Red de Centros de Diagnóstico y Atención Especializada, el SISOL, el cual se describirá más adelante.

El Sistema Nacional de Salud segmentado y fragmentado es similar a la mayoría de países de Latinoamérica. El MINSA, cuenta con el Seguro Integral de Salud

(SIS). La sanidad de cada instituto armado (Marina de Guerra, Ejército y Fuerza Aérea) pertenece al Ministerio de Defensa, y la sanidad de la Policía Nacional del Perú depende del Ministerio del Interior. El Seguro Social de Salud, EsSalud, se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Rectoría

El MINSA ha perdido fuerza en su función de rectoría, al haberse implementado un proceso de descentralización extrema, que le otorga casi autonomía absoluta a los gobiernos regionales para tomar decisiones locales al margen de una dirección y estrategia nacional.

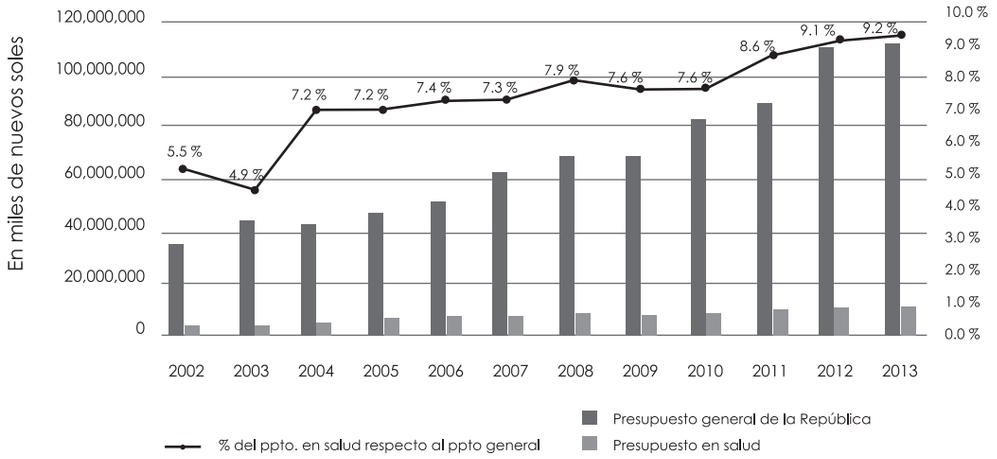
Salud Pública

Desde el punto de vista de las intervenciones de salud pública, el MINSA desactivó sus programas de salud pública verticales y dio lugar a su horizontalización con su Modelo de Atención Integral (MAIS).[256] Asimismo, cuenta con Estrategias Sanitarias para la prevención y control de enfermedades con grandes externalidades de salud pública.[257]

Gasto en Salud

Al mejorar la situación económica del país, el gasto en salud público y privado ha aumentado de manera progresiva.

Figura 13. Gasto público en salud período 2002-2013



Fuente: MEF

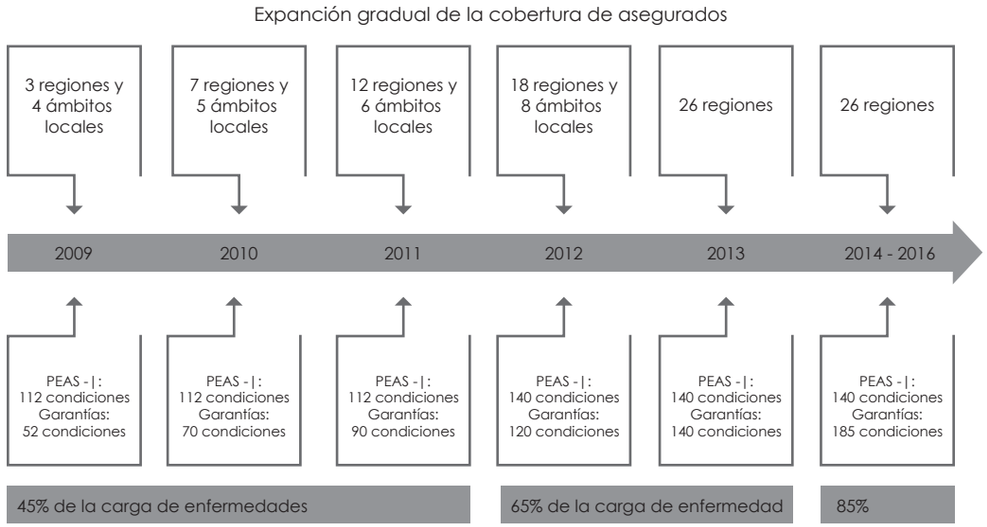
IV. Protección Social a la Salud

El MINSA comenzó la focalización del gasto en salud en el año 1994, con el Programa Salud Básica para Todos, con el Seguro Escolar de Salud en 1997 y con el Seguro Materno Infantil en 1998. En el año 2002,[258] se lanzó el Seguro Integral de Salud que incorporó a los anteriores seguros pro-pobres; asimismo, cuenta con una atención integral de salud de poblaciones excluidas y dispersas.[259]

En el año 2009, se promulgó la Ley de Aseguramiento Universal en Salud,[260] se transformó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) en la Superintendencia Nacional del Aseguramiento en Salud (SUNASA) y se crearon las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud (IAFAS) como operadoras de los seguros de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) como operadoras de los servicios de salud. El Plan Esencial de Atención a la Salud (PEAS), se aplica de diferente manera, con diferentes planes de cobertura de beneficios. EsSalud tiene cobertura total; el SIS tiene plan PEAS, planes adicionales (LPIS), casos especiales y excepcionales; y las IAFAS privadas tienen planes diferentes.

El acceso universal a la salud (AUS) tiene como objetivo político en el tiempo ir ampliando la cobertura poblacional (afiliados a algún seguro) así como incrementar, de forma progresiva, la cantidad de prestaciones e intervenciones sanitarias cubiertas por el PEAS, tal como lo muestra la Figura 14. Sin embargo, la estrategia del PEAS no se ha cumplido.

Figura 14. Expansión gradual estimada de cobertura y garantías del PEAS



Fuente: MINSA. Progresividad del AUS

La protección social a la salud que se formuló en la última década del siglo fue respuesta a los Programas de Ajuste Estructural que permitieron el crecimiento económico en la mayoría de países de América Latina. En una primera etapa tuvo una estrategia "focalizadora". La segunda etapa implementada desde la década pasada tiene una orientación "universalista". La denominación de marca que eligieron las autoridades de los dos últimos gobiernos fue el término "aseguramiento".

Agentes que ejercen la función de financiamiento

El Seguro Integral de Salud (SIS), traslada parte del presupuesto público destinado a la salud bajo la forma de un subsidio a la demanda de la población pobre, desde el Ministerio de Economía y Finanzas hacia los prestadores de los Gobiernos Regionales, de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana y los Institutos Especializados que dependen del MINSA.

Aseguradoras Privadas. De acuerdo con la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, los seguros privados pasan a constituir las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) En este grupo se consideran los seguros de salud privados: Pacifico, Internacional, Rímac y Mapfre.

Co-seguros privados o seguros mixtos. Es una modalidad de co-aseguramiento de segunda etapa por parte de grupos de empleados públicos con capacidad de presión y ventaja política para adquirir un seguro privado con mayores beneficios. Son los seguros privilegiados –pagados con el dinero de todos los peruanos- que gozan quienes laboran en el Congreso de la Republica, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT) el Banco de la Nación y el Banco Central de Reserva (BCR).

Agentes Integrados Verticalmente (financiadores y prestadores)

Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Dependientes del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior respectivamente. Estas instituciones reciben presupuesto del tesoro para financiar las prestaciones de salud del personal militar y policial, siendo dicha transferencia un porcentaje equivalente al 6% de la remuneración percibida. Cada instituto armado (Marina, Ejército y Fuerza Aérea) tiene su propia dirección de sanidad, fondo financiero, y sus propios prestadores, y atienden al personal militar y sus familiares.

Seguro Social de Salud (EsSalud) Representa el clásico modelo bismarkiano, donde el financiamiento se realiza a través del aporte obligatorio o compulsivo de los empleadores públicos y privados como un porcentaje del salario. Aunque no constituye parte del presupuesto de la República, el Seguro Social de Salud -EsSalud-, suele considerarse parte del sector público, es el fondo contributivo más grande del país. Se encuentra, igual que los anteriores ejemplos, integrado verticalmente con su red de prestaciones.

Co-aseguros o mixtos público-privados. Desde la creación de EsSalud en 1998, aparecen las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), como Rímac EPS o Pacifico EPS, que otorgan prestaciones de capa simple a asegurados de EsSalud a través de la contratación con prestadores privados a los cuales se les denomina entidades vinculadas. En la medida que ha aumentado la demanda de servicios privados de salud, las clínicas ubicadas en Lima ofrecen un paquete de seguros bajo la modalidad del sistema de pre-pago.

Agentes que ejercen la función de Provisión

Prestadores públicos. Tradicionalmente, los establecimientos públicos de salud del MINSA dependían de la estructura de Direcciones de Salud (DISAS). Después del 2002, con la descentralización, estos establecimientos pasaron a estar bajo dependencia de los Gobiernos Regionales. En Lima Metropolitana, estos establecimientos aún no han sido transferidos; por lo tanto, el nivel central del MINSA controla a los hospitales públicos y los Institutos Nacionales y las tres Direcciones de Salud de Lima.

Los prestadores públicos reciben financiamiento en la forma de subsidio a la oferta, que es asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas hacia los Gobiernos Regionales. Otra parte del financiamiento proviene a través del SIS como subsidio a la demanda y una parte adicional deriva de la atención otorgada a la población no afiliada al SIS pero con capacidad de pago, es decir gasto de bolsillo.

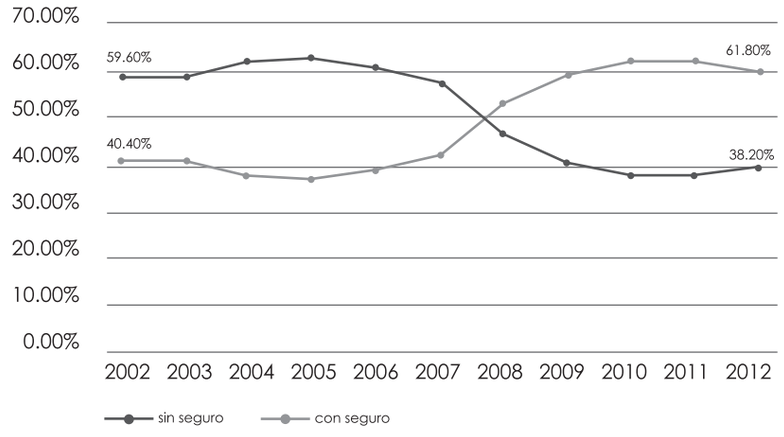
Prestadores municipales mixtos: público-privados. Son hospitales y policlínicos que pertenecen a Gobiernos Locales y que se financian con ingresos provenientes de la venta de servicios, como el Hospital de Los Olivos y la Clínica de Especialidades Médicas de San Borja. El más grande de todos es el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL). El SISOL es un organismo público descentralizado de la Municipalidad Metropolitana de Lima, con personería jurídica de derecho público, con autonomía técnica, administrativa, económica y con patrimonio propio. SiSol contrata bajo el régimen privado a grupos de especialistas médicos que aportan el recurso humano y tecnológico especializado, en donde reciben el 30% de lo facturado en los Hospitales de la Solidaridad. En realidad no son hospitales, son policlínicos. A la fecha existen 20 Hospitales en Lima, 7 en provincias, y 1 centro de urgencias en la Estación Central del Metropolitano, y 11 Centros Médicos Municipales en Lima.

Prestadores Privados. Son las clínicas o policlínicos de propiedad privada, con o sin fines de lucro, como aquellas que pertenecen a ONGs, iglesias y asociaciones civiles. A la par de la evolución de las clínicas privadas hacia el sistema de pre-pagos, se han desarrollado redes de servicios de salud privados basados en clínicas, que vendrían a constituir las IPRESS del modelo peruano de aseguramiento universal. En los últimos 5 años se ha venido consolidando y modernizando la oferta privada, algunas se han organizado en redes privadas de atención que compiten por mayor presencia en Lima y en ciudades intermedias, tales como SANNA, AUNA, Clínica Internacional y la Red Integral de Servicios de Salud de propiedad de Seguros Rímac.

Cobertura de Aseguramiento

Las tendencias de la población asegurada desde la década pasada se pueden observar en la siguiente figura:

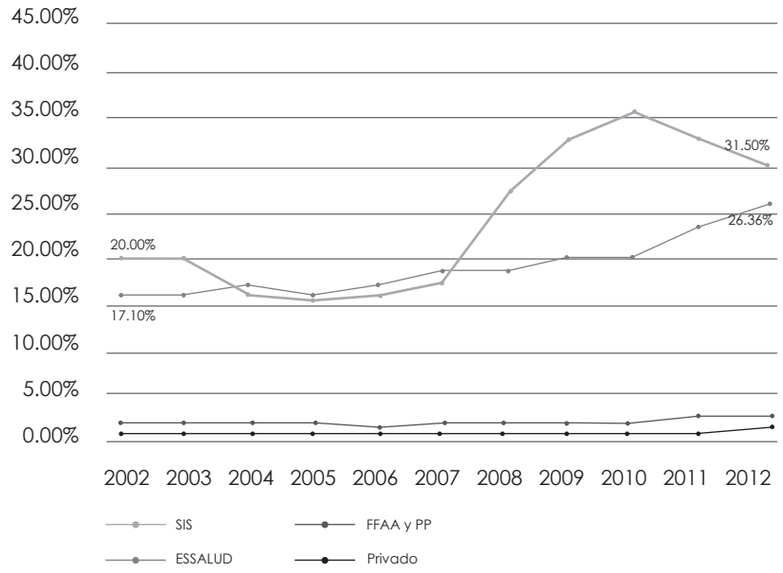
Figura 15. Tendencia del aseguramiento en el Perú 2002-2012



Fuente: ENAHO 2002-2012

La población asegurada por diferentes tipos de seguros en el mismo periodo se puede apreciar en la siguiente figura:

Figura 16. Tendencia del aseguramiento en el Perú según tipo de seguros 2002-2012



Fuente: ENAHO 2002 - 2012

Estructura del financiamiento y provisión de servicios

Seguro Integral de Salud

El Seguro Integral de Salud (SIS) se lanzó en el año 2002, como un organismo público descentralizado que opera a nivel nacional a través de 191 unidades ejecutoras locales (ODIS). El SIS tiene un presupuesto propio que ha ido aumentando y recibe el dinero directamente del Ministerio de Economía y Finanzas. En el año 2005, su presupuesto fue de 270 millones de soles; en el 2008, aumentó a 440 millones y alcanzó los 996,551,958 nuevos soles en el año 2013.

Los fondos financieros del SIS se transfieren a los gobiernos regionales para el pago retrospectivo a los establecimientos de salud del MINSA –137 redes y 773 micro redes a nivel nacional– con base en tarifas pre-establecidas, techos presupuestales y procedimientos administrativos. Un porcentaje menor de los fondos se están distribuyendo mediante un sistema de capitación.

La creación del SIS, estuvo acompañada de la instauración del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Durante mucho tiempo, este fondo no tenía presupuesto. En los últimos años, ha recibido presupuesto para atender a no más del 10% de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que requieren de hemodiálisis. Recientemente, recibe fondos para el tratamiento de cinco tipos de cáncer.

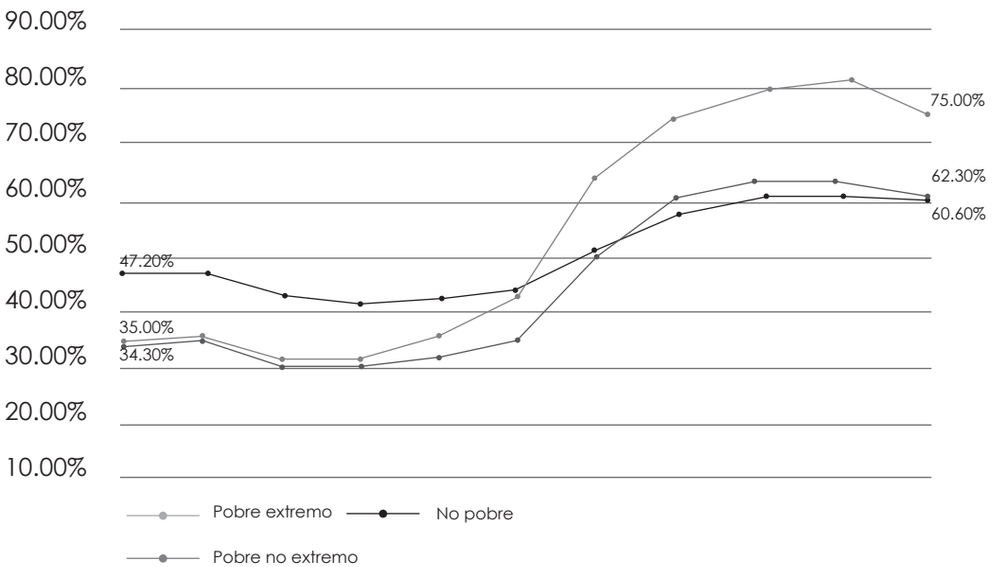
Cobertura de beneficios

El paquete de beneficios del SIS, en un primer momento se hizo mediante una Lista Priorizada de Intervenciones en Salud (L-PIS) que cubría sólo 20% de la carga de morbilidad. En un segundo momento, con la Ley de AUS, apareció el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que cubre el 65% de las causas de la carga de morbilidad y el 80% de la demanda del primer nivel de atención.

Cobertura de beneficiarios

Los beneficiarios son identificados mediante una evaluación socioeconómica del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO) que en un primer momento dependía del Ministerio de Economía y Finanzas y ahora depende del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Las tendencias del nivel de aseguramiento del SIS por nivel de pobreza[261] se pueden apreciar en la siguiente figura.

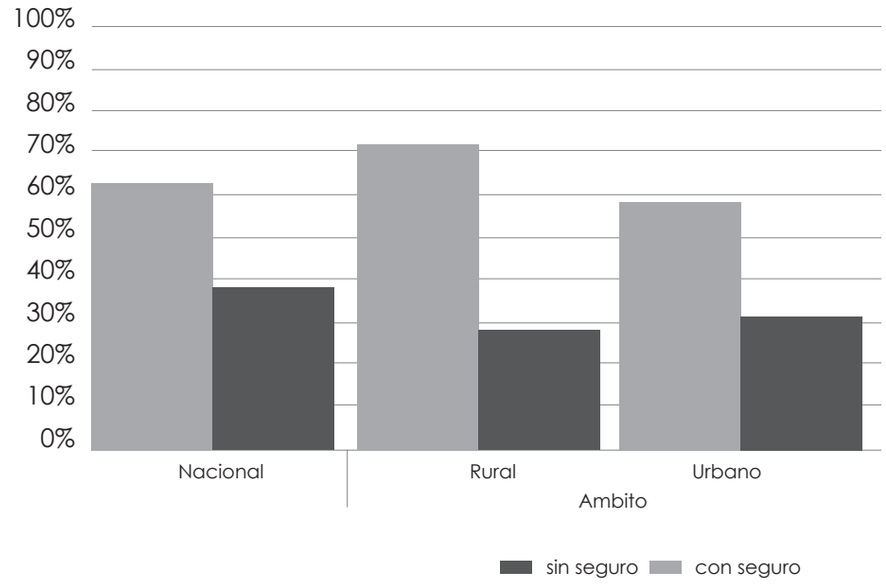
Figura 17. Tendencia del aseguramiento en salud según nivel de pobreza 2002-2012



Fuente: ENAHO 2002 -2012

El total de la población asegurada puede ser desagregada entre urbana y rural. Llama la atención que el 71% de la población rural está asegurada por el SIS.

Figura 18. Aseguramiento en salud según ámbito urbano/rural 2012



Fuente: ENAHO 2012

Cobertura Universal en Salud:

Seguro Social de Salud (EsSalud)

La Ley N° 1378 promulgada en 1911 sobre accidentes de trabajo, marcó el inicio de reconocimiento por parte del Estado, de la protección social en el lugar del trabajo. En el año 1933 se creó la Caja Nacional del Obrero como el primer seguro social de salud. Quince años después, en 1948, se creó la Caja Nacional del Empleado. En 1987 ambas Cajas se fusionaron con el nombre del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). En 1998, bajo el impulso de las micro-reformas del sector salud, el IPSS devino en el Seguro Social de Salud (EsSalud), el cual es un organismo autónomo[262] que depende del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. La estructura de gobierno de EsSalud es altamente centralizado, con un modelo de "comando y control" para dirigir 27 redes asistenciales a nivel nacional.

Cobertura de beneficios

EsSalud otorga un amplio y generoso plan de beneficios, sin restricciones de ninguna clase a toda la población asegurada, entregados en un sistema de salud sin primer nivel de atención. Sucesivas administraciones del IPSS/EsSalud han intentado vanamente incorporar a la enorme masa de población laboral del sector informal. Desde el 2007, EsSalud ofrece cuatro programas de beneficios restringidos, con la venta de seguros: 1) EsSalud-Independiente; 2) personal y familiar; 3) independiente; y 4) Plan Esencial de Atención a la Salud (PEAS).

Cobertura de beneficiarios

EsSalud enfrenta los problemas crónicos de gestión tales como la congestión de los servicios de urgencias, las barreras de acceso a la atención especializada, equipos de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología, y hospitalizaciones; lo cual que da lugar a listas de espera quirúrgicas.

Siguiendo una lógica regresiva perversa, el Congreso de la Republica, promulgó leyes que lejos de fortalecer al seguro público, minan su economía. Mediante leyes especiales en el 2011 se disminuyeron los aportes derivados de los pagos extraordinarios por Fiestas Patrias y Navidad. De manera reciente, se redujo el aporte de los 250 mil maestros que existen a nivel nacional.

Seguros mixtos

La Ley de Modernización del Seguro Social de Salud,[263] dio lugar a la aparición de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Estas organizaciones privadas son patrocinadas por seguros privados, para manejar fondos públicos, provenientes del 2,25 % del aporte de las organizaciones laborales -equivalente al 25% del 9% del pago de planilla, quedando EsSalud con el 7,75%- cuyos trabajadores deciden afiliarse de forma voluntaria y colectiva a este nuevo tipo de fondos de salud. Durante estos quince años, han aparecido varias EPS, algunas han desa-

parecido y otras se han fusionado. A la fecha existen cuatro EPS: RIMAC EPS; Pacífico EPS; MAFPRE EPS; y La Positiva-Sanitas (ColSanitas). Las EPS están representadas en la Asociación de EPS y su desempeño es monitoreado por la SUNASA.

La cobertura de beneficios de los planes privados varía en una amplia gama de paquetes de beneficios en función de los costos de las primas.

Cobertura de beneficiarios

El perfil demográfico de la población afiliada a las EPS, se caracteriza por un ensanchamiento de los grupos poblacionales en edad productiva. A partir de la edad de jubilación hay una disminución drástica y este grupo poblacional de mayores de 65 años retorna a EsSalud para una costosa atención de largo plazo.

Cobertura de beneficios

La cobertura de atención de las EPS está dedicada fundamentalmente a la atención ambulatoria. Para los servicios de hospitalización esta población retorna a EsSalud, cuyos costos están cubiertos por el 7.75% del pago compulsivo de las planillas. Para las organizaciones laborales que quieran seguir recibiendo otro tipo de beneficios, se ofrecen paquetes de beneficios más amplios al amparo de una cotización adicional de acuerdo al tipo de beneficios y a las negociaciones laborales bilaterales. Al jubilarse las personas afiliadas a las EPS, regresan a EsSalud, cotizando sólo el 4% del pago de su pensión de jubilación.

Corolario del modelo peruano de aseguramiento

En resumen, existe un sistema de salud aún más fragmentado, con muchas organizaciones públicas y privadas que compiten entre sí, en donde los ciudadanos cuentan con varios seguros de salud, en lo que se puede denominar una "competencia desregulada" de la atención la salud. El aumento del número de asegurados ha dado lugar a un desborde de la demanda que supera largamente la oferta, que no ha crecido en la misma medida que el crecimiento económico del país

En este contexto, el Gobierno ha declarado la reforma del sector mediante la reorganización del Seguro Social de Salud y el Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

V. Lecciones aprendidas y retos

Después de haber vivido durante la década de los 80s, la peor crisis económica, social y política del siglo XX, Perú comienza a recuperarse con una serie de medidas entre las que destaca el programa de ajuste estructural al que ha seguido el crecimiento económico. En los últimos veinte años, todos los gobiernos han intentado implementar reformas del sector que acompañen los cambios de la economía y el desarrollo, ello ha arrojado algunas lecciones:

La primera lección es aprender más de la propia experiencia y de la de los países vecinos. La capacidad de aprendizaje institucional debe recoger lo que ha funcionado y no, en el país y en la región, y al mismo tiempo innovar las políticas de protección social en salud en el contexto del Perú a fin de adaptarse a los rápidos cambios globales y locales.

La segunda lección es la disminución de la función de rectoría en el campo de salud pública, especialmente en el control de enfermedades infecciosas crónicas como la tuberculosis, que mantienen una alta tasa de incidencia, el continuo crecimiento de casos de tuberculosis resistente a múltiples tratamientos, así como la continua aparición de tuberculosis entre el personal que labora en hospitales del MINSA y EsSalud.

La tercera lección es reconocer que se ha llevado a cabo un proceso de descentralización del sistema nacional de salud con deficiencias en la implementación y aún incompleta en el caso de Lima Metropolitana. Las autoridades regionales de salud han entendido equivocadamente que gozan de una autonomía absoluta para tomar decisiones regionales, pero son incapaces de afrontar brotes de epidemias de enfermedades transmitidas por vectores.

La cuarta lección es recapacitar sobre las consecuencias de la aprobación de leyes como la del Aseguramiento Universal de Salud, sin suficiente financiamiento que haga factible su efectiva implementación.

La quinta lección es que como consecuencia del crecimiento económico la gente tiene más capacidad de gasto, incrementa sus expectativas y se vuelve cada vez exigente y aumenta la demanda por servicios de salud. En consecuencia, la demanda supera largamente la infraestructura tanto pública como privada.

La sexta lección es reconocer que una pobre regulación sobre la información del desempeño de los servicios de salud en términos de calidad, seguridad y costos deja a los ciudadanos desprotegidos en su capacidad de decidir dónde atenderse para mantenerse sano o curar su enfermedad.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- El proceso político peruano está marcado por el cambio de su estructura económica, con una débil institucionalidad para emprender reformas de su sistema de salud, tanto en autocracia – la reforma del sector salud de los años noventa – como en democracia – el aseguramiento universal de la década pasada– y ahora enfrenta el desafío de la cobertura universal de salud.

- En el Perú la geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones así como sus problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan. Pese a la disminución de los niveles de pobreza y de ciertos

problemas de salud pública, como es el caso de la tuberculosis y la mortalidad materna, estos continúan siendo altos al compararlas con otros países de la región.

- Ha disminuido la función rectora del Ministerio de Salud por un proceso de descentralización política mal diseñado y ejecutado, en el que las intervenciones de salud pública y medición del desempeño del sistema nacional de salud han sido las más afectadas. El mayor conglomerado urbano (Lima) y por tanto el mayor espacio de decisiones de política en salud no tiene autoridad.

- Siguiendo una tendencia distorsionada del desarrollo, se mantiene una mala distribución de recursos humanos con marcadas brechas en la provisión de médicos especialistas que, aunada a la falta de una atención integrada entre generalistas y especialistas, impide al sistema enfrentar la epidemia de enfermedades crónicas.

- El crecimiento económico generó un aumento de la población asegurada a EsSalud y un aumento de las expectativas de los ciudadanos, dando lugar a una mayor utilización de los servicios de salud. Este proceso no vino acompañado de un crecimiento suficiente de la oferta de servicios de atención a la salud; siendo desbordada tanto la oferta pública como privada.

- Ninguno de los sub sistemas de salud en el Perú garantiza la continuidad de la atención a los pacientes y estos se encuentran desorientados por la variada oferta que diversas organizaciones de salud tanto públicas como privadas ofrecen en un escenario de escasa regulación sobre calidad y precios.

Recomendaciones

- La búsqueda de una función de rectoría más eficaz es el reto más importante que enfrenta el Ministerio de Salud, que cuenta con un sistema cada vez más fragmentado. De las otras funciones que tienen los sistemas de salud –financiamiento, organización y entrega de servicios, y la generación de recursos– la función de rectoría es la más importante en el Perú ya que su mal desempeño afecta a las otras funciones.

- Para pasar de la focalización a la universalización de la cobertura poblacional de manera sostenible, se requieren reformas que concentren nuevos recursos financieros en salud, redefinan las relaciones e interacción entre los diferentes agentes y se generen nuevos e innovadores estímulos a los resultados en salud.

- Para una política nacional efectiva que permita mejorar la situación de la salud de los peruanos se requiere entender –en función a las barreras geográficas y el proceso de urbanización– que hay que trabajar en escenarios geográficos diferenciados. Así tendríamos tres escenarios: 1) el gran conglomerado urbano de Lima Metropolitana y el Callao, 2) las poblaciones urbanas de entre 100,000 a 1 millón de habitantes en sus tres regiones naturales y 3) las poblaciones rurales dispersas de la sierra alto andina y la selva.

- El Sistema Nacional de Salud requiere de una evaluación a fondo para revisar el proceso incompleto de la descentralización, a fin de que se oriente a un nuevo modelo que permita un balance apropiado entre la "descentralización y la recentralización" con un enfoque que permita "descentralizar donde sea posible y centralizar donde sea necesario".

- Para mejorar el desempeño del sistema nacional de salud se necesita institucionalizar las evaluaciones de las intervenciones, un sólo registro del financiamiento y gasto del sector, la medición del desempeño de las organizaciones de salud y sobre todo un sistema de información sobre inequidades y exclusión social de salud.

- Se requiere invertir en infraestructura de servicios de salud. Esta inversión no debe destinarse a los grandes hospitales sino a servicios intermedios –policlínicos y centros de diagnóstico y tratamiento– y centros comunitarios de doce horas de atención a la salud basada en evidencias, amigables, verdes y ahorradores de energía.

- Se requiere invertir en talento humano de los profesionales de salud desde la formación de pre-grado, postgrado y la educación continua mediante una interacción armónica entre el sistema educativo y el sistema de salud a fin de formar no sólo un nuevo tipo de profesionales, sino que cierre las brechas entre generalistas y especialistas.

- La información a los pacientes es crucial en un sistema que funciona con un modelo de "competencia desregulada" a fin de que los pacientes tomen decisiones informadas en función a la calidad y costos de la atención e ir progresivamente incorporando el modelo de decisiones clínicas compartidas entre los pacientes y sus prestadores de servicios.

CAPÍTULO TERCERO

3

Elementos para la consolidación de la Cobertura Universal en México

MÉXICO. ALGUNOS ANTECEDENTES

Raúl Anaya; Begoña Sagastuy; Osvaldo Artaza[lxxxiii]
Juan Pablo Gutierrez[lxxxiv]

Cobertura Universal de Salud y el Sistema de Protección Social

En el siglo pasado México dio los primeros pasos para construir su actual sistema de salud al crear en 1943 la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este esfuerzo continuó a lo largo del siglo XX con el establecimiento del resto de las instituciones de seguridad social que hoy en día conforman el sistema de salud, con la incorporación del derecho a la salud en el Artículo 4º de la Constitución Política en 1983, y con la posterior promulgación de la Ley General de Salud. En este siglo, en el 2003, se creó el Seguro Popular de Salud (SPS) como mecanismo de operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).[264] Este busca cerrar la brecha financiera entre la población con y sin seguridad social al garantizar a esta última la cobertura de salud a través de un conjunto acotado de prestaciones, por medio del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que consiste en 284 intervenciones de primero y segundo nivel. Además incluye recursos para hacer frente a gastos catastróficos que incorpora hasta la fecha 57 enfermedades de alta especialidad, integrados en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC). Los beneficios de estos paquetes de servicios, al igual que los afiliados, se expanden de manera continua, de tal forma que para finales del 2012 el Seguro Popular contaba con cerca de 50 millones de afiliados. Sin embargo, todavía no se logra el acceso universal efectivo para toda la población, como demuestra la persistencia de una elevada mortalidad materna, el importante gasto de bolsillo y el inequitativo acceso a servicios de calidad.

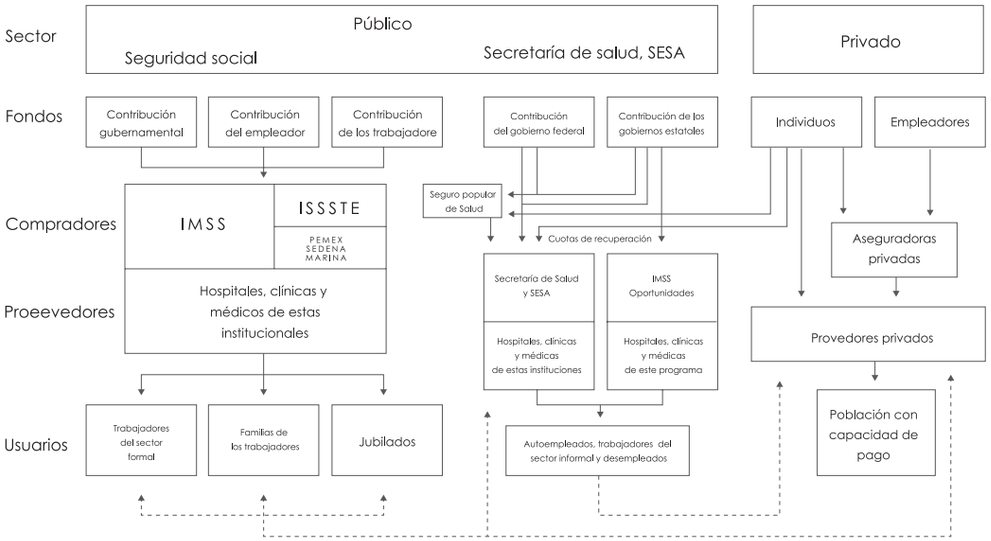
El sistema de salud de México está compuesto por un sector público y uno pri-

lxxxiii OPS/OMS México

lxxxiv Instituto Nacional de Salud Pública

vado en un contexto de segmentación y fragmentación (ver Figura 19). [265, 266, 267] El sector público está compuesto por las instituciones de seguridad social [IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía (alrededor del 50% de la población), y por las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y el Seguro Popular. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Cada una de estas instituciones presta servicios de salud en sus propias instalaciones y con su propio personal. La atención de primer nivel de cada uno de estos subsistemas tiene insuficiente cobertura y resolución. Un menor número de intervenciones se proporcionan en los hospitales, pero ahí se concentra la mayor parte del gasto en salud. (Gómez Dantés. 2011)

Figura 19. Estructura Sistema Nacional de Salud de México



Fuente: Gómez O.*et al*. Sistema de salud de México. Revista Salud Pública de México. 2011; 53(2): p. S221.

La inclusión en 1983 del derecho a la protección a la salud en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la promulgación de la ley reglamentaria correspondiente, la Ley General de Salud, en 1994 son dos de los principales hitos de la historia de la salud en México. Con estos cambios legislativos se logró avanzar en la conformación de una estructura que permite la provisión de servicios de salud a la población y la garantía de acciones orientadas a mantener la salud pública, dando lugar a la actual reflexión en torno a los nuevos rumbos que debe de adoptar el sistema para superar la interpretación de la protección de la salud como un derecho asociado con las prestaciones de seguridad social de los trabajadores formales, para ampliar la concepción de ese derecho a todo mexicano por el hecho mismo de serlo.[268]

La reforma del Sistema Nacional de Salud de 1983, caracterizada por una dinámica modificación normativa y estructural, tuvo entre sus elementos de inspiración el reconocimiento de que a pesar de los grandes avances en la construcción del sistema de salud persistían grandes brechas en el acceso a los servicios de salud entre la población, de manera que al menos la mitad de los mexicanos seguía enfrentando obstáculos para acceder a la atención de salud –ya sea por su condición geográfica, laboral o de ingreso–. Esta situación se manifestaba, fundamentalmente, en condiciones como un alto gasto de bolsillo como única fuente de financiamiento de la atención médica, un bajo nivel de gasto público en salud, un serio desequilibrio en el gasto entre las entidades federativas, escasez generalizada de medicamentos en las unidades públicas y un servicio privado poco regulado, en contraste con el acceso generalizado y garantizado del que disponían los beneficiarios de la seguridad social.[269] Frente a este panorama, se generó un proceso de expansión y búsqueda de eficiencia en las acciones de salud orientadas a la población no asegurada que se tradujo en la descentralización de los servicios de salud y con ello la creación de Organismos Públicos Descentralizados en las 32 entidades federativas del país encargadas de la prestación de los servicios y de las Secretarías Estatales de Salud como instancias de rectoría local, así como la promulgación de Leyes Estatales de Salud como elementos de regulación de la salubridad local.[270,271] Sin embargo, es con la reforma de 2003 cuando se dispuso de los mecanismos que permiten avanzar de forma gradual en la concreción de lo expresado en el mandato constitucional de generar una igualdad de derechos en salud para todos los mexicanos.

Es así que se puede caracterizar al sistema mexicano de salud como uno fragmentado, segmentado y estructurado bajo la lógica de accesos diferenciados a servicios de salud entre tres grupos de población:

1. los asalariados, jubilados y sus familias que gozan de los beneficios de la seguridad social;

2. los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado laboral, así como sus familias, para quienes se ofrece un paquete explícito de intervenciones a través del Seguro Popular al que la población se incorpora sin diferenciación de condición económica o de salud y que son atendidos por la Secretaría de Salud, los servicios de salud de los Estados y el IMSS Oportunidades. Estas instituciones ofrecen a sus afiliados: 284 intervenciones de primero y segundo nivel (equivalentes a cerca de 1,530 padecimientos y más de 500 medicamentos e insumos), recursos para hacer frente a gastos catastróficos que incorpora hasta la fecha 57 enfermedades de alta especialidad; así como el Seguro Médico para una Nueva Generación, que cubre 131 enfermedades de los niños hasta los 5 años de edad nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006. Los beneficios de estos paquetes de servicios, al igual que los afiliados, se expanden de manera continua;[272]

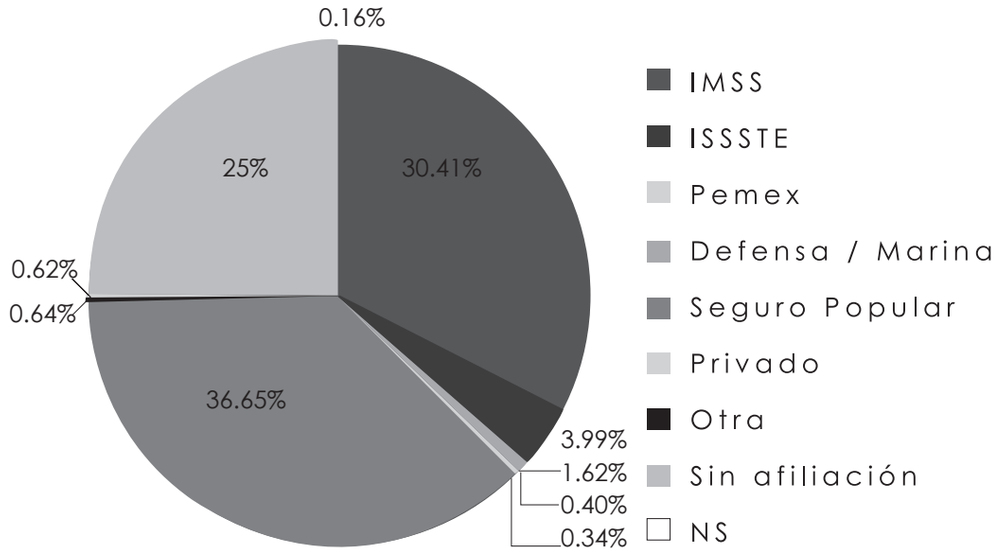
3. finalmente, un grupo con capacidad financiera para poder disponer de los servicios de prestadores y aseguradores privados, que pueden indistintamente hacer uso de los servicios públicos de salud y que constituye un subsector que se incrementa gradualmente en el país.

Los tres esquemas interactúan bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, identificado como el ente rector del sistema, y mantienen espacios de interacción limitada. Por otra parte, bajo esta estructura y con la limitación que implica la creación, actualización, mantenimiento y cruce de los padrones de beneficiarios de los esquemas de atención, es frecuente encontrar la incorporación de una misma persona a dos o más modalidades de aseguramiento lo que implica fuertes pérdidas económicas para el sistema en su conjunto y merma su eficiencia.

Un importante hito en la evolución del sistema de atención a la salud en México es el avance hacia la universalidad en lo que respecta a la afiliación. De acuerdo al *Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud* para el primer semestre de 2012 el Sistema de Protección Social alcanzó la meta propuesta de total afiliación. Esta meta fue establecida de conformidad a los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2010 y se actualiza cada año a partir de las estimaciones de crecimiento de la población, de la capacidad operativa de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, y de las variaciones que sufre la estructura de la población beneficiaria de la seguridad social en función de su permanencia en el mercado laboral, situación que hace aún más compleja la administración de los padrones de afiliados a los distintos esquemas del sistema.[273] Con una afiliación de 57.2 millones de personas para el mes de junio de 2012 al Seguro Popular (cerca del 51% de la población del país), se afirma que el esfuerzo conjunto de las instituciones públicas del sistema y la aportación de la medicina privada permite garantizar la protección financiera para la atención de la salud de casi la totalidad de la población del país, con lo que el reto fundamental consiste ahora en hacer verdadero el acceso efectivo a los servicios, así como garantizar su calidad y oportunidad, sobre todo si consideramos que la afiliación de un mayor número de población ejercerá presión sobre las condiciones de respuesta del sistema.

No obstante, es necesario analizar con mayor detenimiento las cifras sobre cobertura de los diferentes esquemas de protección en salud y lo que en la práctica representan en términos de la utilización de los servicios de salud. A partir de la información obtenida en la reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y de acuerdo al Reporte del Informante de los Hogares, 25% de los mexicanos no se identificó en un esquema de protección en salud. En contraste, como se observa en la figura 20, la población para la que se reporta cobertura del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) representó 36.55%, lo que equivale a alrededor de 42 millones de personas. Estas diferencias entre las cifras administrativas y las reportadas por las encuestas se han presentado históricamente con la seguridad social. Esta situación puede explicarse por la afiliación indiscriminada, sin el conocimiento de la población y por información incompleta en los hogares lo cual significa que la población desconoce los mecanismos a los cuales tiene acceso y esto repercute en la utilización y pago de los servicios.

Figura 20: Protección en salud en México.



Fuente: ENSANUT 2012.

Las cifras que se reportan en la figura fueron ajustadas para considerar la derecho habiencia a la seguridad social en ascendientes y descendientes del jefe o jefa de hogar, y para incluir a los niños nacidos a partir de diciembre de 2006 en la cobertura del SPSS; aún con este ajuste, la proporción de población sin protección se ubica en el 25%.

Aunado a lo anterior, las cifras de la ENSANUT 2012 identificaron que entre los que se reportan con cobertura de algún esquema de protección en salud, cerca de la tercera parte reportó haber acudido a servicios privados para la atención de la más reciente necesidad en salud, lo que representa una alta proporción de insatisfacción o ineficacia en el acceso.

El financiamiento de la salud en México

La evidencia de la atención a un derecho social se manifiesta de manera concreta en el nivel y estructura del financiamiento dedicado a éste, aunque éste no es un indicador de la calidad y eficiencia con que el derecho se concreta en los ciudadanos. De acuerdo a estadísticas del Banco Mundial, la inversión en salud en México para el año 2010 fue de 6.3% del PIB mientras que el promedio de los países del Banco fue de 9.5%. Sin embargo, la creación del Seguro Popular ha permitido un incremento considerable de recursos financieros destinados a la preservación y atención de la salud de la población, lo que hoy permite que la mitad del gasto total en salud sea público, aun cuando permanece el reto de que la necesidad, no la capacidad de pago, sea el criterio de distribución dominante del derecho de protección a la salud.[274] Es importante resaltar que, a pesar de estos importantes incrementos en los recursos disponibles, el cambio en la composición del gasto entre público y privado no se ha modificado en

el mismo orden de magnitud ya que ha pasado de 52% a 47%, mientras que el gasto total en salud como porcentaje del PIB ha pasado de 5.1% en 2000 a 6.3% en 2010 de acuerdo a las cifras que publica el Banco Mundial. Esto representa un incremento en el gasto privado como proporción del PIB de 13% en el periodo, que si bien es menor al incremento de 24% en el gasto total en salud como proporción del PIB, sigue representando un importante gasto de bolsillo para los hogares. El gasto de bolsillo, por su parte, no ha disminuido como se esperaba con la reforma del sistema de protección social en salud, pasando de 52% en 2004 a 49% en 2010.

La función de rectoría, responsabilidad en el nivel federal de la Secretaría de Salud, es financiada fundamentalmente con recursos del Gobierno Federal.[275] La obtención de los recursos sigue la lógica de la negociación del presupuesto que por disposición de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se estructura y gestiona de conformidad a los principios metodológicos del presupuesto basado en resultados.

Por su parte, los Servicios Estatales de Salud se financian con recursos provenientes de la federación a través de mecanismos de asignación directa (Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud, que tiene sustento en la Ley de Coordinación Fiscal) e indirecta (a través de convenios de coordinación específicos); así como por la recuperación de pagos que los usuarios no afiliados al sistema de protección social en salud o cuyas intervenciones no están cubiertas por los mecanismos de aseguramiento, realizan al momento de demandar los servicios.

La lógica de atención a los grupos de población afiliados a los distintos modelos de aseguramiento, señalados con anterioridad, marca también el esquema de financiamiento aunque la estructura financiera de los tres grandes seguros (el de Enfermedad y Maternidad del IMSS, el Seguro de Salud del ISSSTE y el Seguro Popular) se basan en un esquema tripartita. Así, los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE que forman parte del régimen contributivo público, aportan, junto con el empleador (público o privado) recursos para su atención que son complementados con una Cuota Social aportada por el Gobierno Federal.[276]

El Sistema de Protección Social en Salud y más específicamente del Seguro Popular, es administrado por un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y sus elementos operativos en los Estados denominados Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Al no existir una relación directa con un empleador, la responsabilidad del financiamiento de sus afiliados se comparte entre los gobiernos estatales y el federal. Es importante señalar que la lógica de la estructuración del financiamiento responde a la necesidad de separar los bienes públicos en salud de los servicios de atención a la salud de la persona. El primer caso da pauta para el financiamiento de las acciones de rectoría y atención a la salud de la comunidad, mientras que el segundo ha permitido la definición de las acciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), así como las incorporadas en el esquema de protección contra gastos catastróficos y en el Seguro Médico para una Nueva Generación.

De esta manera, el Gobierno Federal aporta recursos bajo dos condiciones: una cuota social equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en 2009 y una Aportación Solidaria Federal equivalente a 1.5 veces la cuota social. Los gobiernos estatales aportan bajo la modalidad de Aportación Solidaria Estatal que equivale a 0.5 veces la cuota social. Finalmente, los beneficiarios participan con cuotas familiares anticipadas, anuales y progresivas que se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia realizada en el momento de la afiliación. La cantidad se actualiza de forma anual de conformidad a las variaciones observadas en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Una vez clasificadas, las familias de los deciles I a IV de ingreso o las de los deciles I al VII que tengan al menos un niño nacido a partir del 1° de diciembre de 2006 se incorporan en el régimen no contributivo. Es importante señalar que para el 2012 sólo 0.6% de las familias afiliadas clasificaron al régimen contributivo del Seguro Popular.

Cerca de un 90% de los recursos del sistema se ejercen por las entidades federativas. De estos recursos, en términos aproximados, para darnos una idea de su distribución, se utiliza un máximo de 40% para el pago de servicios personales, hasta 30% para el pago de medicamentos, hasta 6% para el pago de gastos de administración y, de manera importante al menos un 20% debe destinarse para acciones de prevención, promoción y detección de enfermedades. El resto de los recursos del Sistema se aplican de la siguiente forma: 8% se preserva en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, un 2% se destina al desarrollo de infraestructura y alrededor de 1% está orientado a cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.[277]

Brechas en cobertura y en cobertura efectiva

En términos de las diferencias en cobertura de protección en salud, un resultado importante del SPSS ha sido cerrar la brecha que existía por condición socioeconómica. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestran que la proporción de la población para la que se reporta ausencia de protección en salud es similar por quintil socioeconómico y que para los primeros quintiles la cobertura está dada fundamentalmente por el SPSS. En términos de resultados de salud, la misma ENSANUT 2012 permite observar que si bien en intervenciones, como las inmunizaciones, se ha mantenido una cobertura relativamente homogénea por nivel socioeconómico, en intervenciones más complejas, como ciertos cánceres, la probabilidad de atención adecuada es menor para la población más pobre.

El reto de la calidad de los servicios para la integración funcional del sistema de salud

La información generada a partir de la ENSANUT 2012 muestra retos importantes en la calidad de los servicios de salud en México, en particular aquellos ofrecidos por el sector público. Como se señaló previamente, un indicador de esto es que casi la tercera parte de la población que reporta tener cobertura de protección en salud por alguna institución pública refirió haber utilizado servicios privados

para la atención del problema de salud más reciente. Esto hace que el sector privado, fundamentalmente con pago de bolsillo, atienda cerca de 40% de las consultas ambulatorias en México.

Si bien la percepción que los usuarios reportan sobre la calidad de los servicios es altamente favorable, los tiempos de espera de acuerdo a la ENSANUT 2012 en los servicios privados son la tercera parte de los que se presentan en las instituciones de seguridad social, y la sexta parte de lo reportado en los servicios de las secretarías de salud estatales (es decir, los servicios financiados por el SPSS).

Otros indicadores de calidad muestran otros retos importantes para el sistema, entre ellos el alto porcentaje de partos que se resuelven por cesárea (alrededor de 40% en los servicios estatales de salud) y el hecho que sólo el 25% de los pacientes con diabetes se encuentren en adecuado control metabólico.

Recursos Humanos en México

Gustavo Nigenda; Claudia Iglesias; Osvaldo Artaza[lxxxv]

México, así como otros países, busca otorgar acceso universal en salud a sus ciudadanos. Para ello, ha realizado arreglos financieros y modelado su Sistema Nacional de Salud. El logro de cobertura universal efectiva requiere sin duda de recursos humanos en salud adecuados en número, competencias y distribución, de modo que no existan barreras de acceso derivadas de insuficiencias en dicho ámbito.

Dada la segmentación del sistema de salud, la eficacia de las funciones de rectoría se hace insuficiente, lo que se refleja en diversos ámbitos, incluido el de los recursos humanos en salud (RHS). Esto ha llevado, entre otros efectos, a la proliferación de instituciones formadoras de personal sanitario cuya calidad educativa es heterogénea.

El profesor del Instituto de Higiene y Medicina Tropical de Lisboa, Dr. Gilles Dussault, al prologar el libro *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica*, señala que: [278]

> "la experiencia de México se caracteriza por el crecimiento relativamente descontrolado del número de nuevos profesionales en todas las disciplinas debido a la ausencia de planificación o a la poca efectividad de ésta. Como resultado de ello, grandes porcentajes de graduados se encuentran desempleados o laboran en áreas diferentes a aquéllas en las cuales se capacitaron. Éste es, sin duda, el problema al que debe darse mayor atención en un país cuyas necesidades de salud no han sido satisfechas debido a la falta de acceso a los servicios. El desperdicio laboral de los profesionales de la salud es un síntoma de problemas con profundas raíces en la forma tradicional en la que se ha venido dirigiendo el sector salud. Esto también demuestra que confiar en las fuerzas del mercado para garantizar que habrá una oferta y una demanda adecuadas de profesionales de la salud no es sino una ilusión [...] la ausencia de regulación se ha traducido en la apertura de numerosas instituciones y programas educativos que han graduado a muchos profesionales sin considerar su futuro en el mercado laboral de la salud. Los estándares de calidad en los contenidos educativos, el personal docente y la infraestructura física no existen o no se aplican, lo que da lugar a enormes variaciones entre los contenidos de los diferentes programas y a su vez pone en duda las competencias adquiridas por los graduados en relación con las necesidades de sus futuros pacientes. Las conclusiones implícitas de este diagnóstico son múltiples: el país desperdicia valiosos recursos en la producción de una fuerza de trabajo en el campo de la salud que no está siendo empleada con eficacia y que no siempre satisface sus necesidades; no es posible asegurar a los usuarios de los servicios de salud que sus proveedores están debidamente capacitados para atenderlos, y es muy probable que, en su totalidad, la salud de la población mexicana sufra las consecuencias de estas deficiencias. Esto, sin mencionar el costo de la frustración que se extiende entre los profesionales que no logran colocarse en el mercado de la salud a pesar de sus años de entrenamiento [...]"

La tasa de médicos por mil habitantes a nivel nacional es de 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que es de 3.0. El caso de las enfermeras es muy parecido. La tasa de enfermeras por mil habitantes a nivel nacional es de 2.2, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE que es de 3.5. Con relación a la densidad de RHS por diez mil habitantes en los países de América Latina y el Caribe, México está en una posición media alta, incluso mejor que Brasil (ver Figura 21). Esta situación podría incluso mejorar en los próximos años, ya que la producción de médicos y enfermeras en México va en claro aumento. Las instituciones públicas cuentan con más de 650,000 trabajadores de la salud. Alrededor de 171,000 son médicos en contacto con pacientes; 223,000 son enfermeras, y 85,000 son personal paramédico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y 182,000 son personal de salud clasificado como de "otro tipo". Para 2008, Nigenda y colaboradores[lxxxvi] estimaron con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo que el 60.9% de los médicos empleados se ubicaba en una institución pública y el 39.1% en una institución privada. En el caso de las enfermeras profesionales estos porcentajes fueron respectivamente 86.36% y 13.64%.

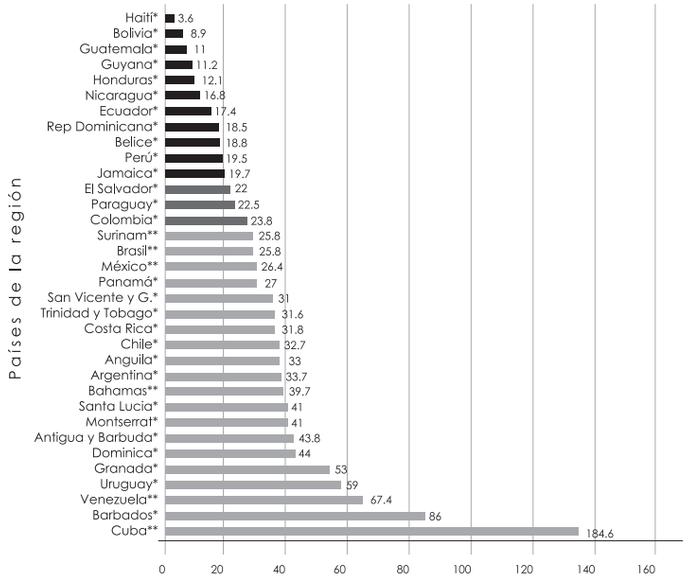
El crecimiento del personal médico del sector público muestra avances importantes en el periodo 2000 a 2007, el cual fue de 27.7%, lo que representa 30,054 médicos más. En la medicina privada, el crecimiento es de alrededor de 24,239 médicos, es decir, 59.8% más en 2007 respecto a 2001. El personal de enfermería crece en forma modesta, en el sector público 9.6% en tanto que en medicina privada se cuenta con 25.4% más enfermeras. Con estos recursos se ha alcanzado una provisión de 2,817 consultas y 51.9 egresos por cada mil habitantes, así como un promedio de 7.2 consultas de atención prenatal por embarazada y una proporción de 97.4 partos atendidos por personal especializado; estas últimas cifras son similares a los estándares internacionales.

lxxxv Sección realizada con la colaboración de Gustavo Nigenda del Instituto Nacional de Salud Pública.

lxxxvi Nigenda G y Ruiz JA. Coordinadores. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.

México creó, por acuerdo del Ejecutivo Federal, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud el 19 de octubre de 1983. Esta institución es copresidida por el Secretario de Educación Pública y el de Salud y forman parte de ella representantes de las instituciones de la seguridad social y de formación en salud. La Comisión fue creada con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud; así como entre el sector educativo y el sector salud para contribuir a la formulación de políticas de investigación en salud y de coordinación de acciones para su ejecución y desarrollo. Posteriormente se crearon los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación, Capacitación de Recursos Humanos e Investigación con el objeto de aplicar las políticas y programas acordados en la Comisión antes mencionada. A su vez la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, está encargada de desarrollaron un observatorio de RHS, cuya información pretende contribuir a generar una visión estratégica de formación de recursos humanos de alcance nacional.

Figura 21. Densidad de recursos humanos en salud por 10,000 habitantes



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos, OPS/OMS www.observatoriorh.org

El sistema de salud en México aún no logra una distribución adecuada de recursos humanos, sobre todo en las áreas más alejadas y vulnerables. Tampoco ha logrado incorporar a un número importante de individuos formados en las escuelas, tanto de nivel técnico como profesional. Aún está pendiente que el sistema educativo se vincule a los requerimientos del sistema de salud y viceversa. Finalmente, no se ha logrado alinear la formación a las competencias que el nuevo perfil epidemiológico demanda y que requiere de un modelo de atención basado en la Atención Primaria.[279 - 281]

La formación de RHS está orientada a la medicina curativa, sobre todo para el trabajo en los hospitales y en especialidades clínicas. La formación de postgrado y los programas de formación continua acentúan dicho sesgo tradicional. Los temas de género, interculturalidad, atención primaria y calidad de vida laboral son temas introducidos de manera muy reciente y bajo el criterio discrecional de las instituciones.

Dada la segmentación y fragmentación del sistema de salud de México, es clave fortalecer las competencias en rectoría en el ámbito de RHS a través de un trabajo sostenido de planificación con los principales actores del sistema: los responsables del área en la Secretaría de Salud, las instituciones proveedoras de servicios y las instituciones formadoras de RHS, con el propósito de crear capacidad estratégica de conducción en el ámbito de RHS.

Igual de importante es evaluar el cumplimiento de las metas regionales en RHS y diseñar una estrategia para abordar los desafíos pendientes; potenciar el observatorio de RHS de la Secretaría de Salud, instalando competencias de análisis para la toma de decisiones estratégicas en políticas públicas en el ámbito del RHS y apoyando la generación de un plan estratégico que abarque, al menos, el cierre de brechas, formación, competencias, carrera sanitaria y homologación de sistemas contractuales; instalar temas emergentes en el ámbito de RHS tal como la problemática de género, interculturalidad y calidad de vida del trabajador de la salud; así como potenciar iniciativas innovadoras.

Salud de los trabajadores de la salud en México

María Adriana Cecilia Cruz[lxxxvii]

El logro de una cobertura universal en salud eficaz en México debe considerar que los recursos humanos responsables del cuidado de la salud deben contar con ambientes y condiciones de trabajo saludables que les permitan atender a la población que demanda de sus servicios, en condiciones óptimas de salud física y mental. Las actividades laborales que lleva a cabo el personal de atención a la salud posee particularidades que los diferencia con los trabajadores de otros sectores productivos, ya que la relación que establecen con su objeto o materia de trabajo es con seres humanos, por lo que sus capacidades psicofísicas e intelectuales debe ponerlas a disposición de otras personas que las requieran para mejorar sus condiciones de salud de éstas o atender su enfermedad.

En los últimos años, así como en la población general, se ha incrementado en los trabajadores de la salud las enfermedades crónico-degenerativas, siendo la diabetes la que ocupa el primer lugar, seguido de los infartos y la enfermedad hipertensiva[282] con la consiguiente pérdida de años de vida saludable. El Programa Nacional de Salud 2007-2012, reporta que en 2005 más de 15 millones de años de vida saludable perdidos en ambos sexos. [283] Esta situación también se observa en la información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destacando los daños crónico-degenerativos, los trastornos mentales, los accidentes, los suicidiosy las violencias.[284, 285]

lxxxvii Se agradece la colaboración en esta sección de María Adriana Cecilia Cruz, de la Maestría de Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.

En México, como consecuencia de las modificaciones en la organización laboral y los procesos en el sector secundario o industrial, se ha incrementado de manera notoria el empleo en el sector servicios, pero no necesariamente con mejores condiciones laborales. Tan sólo en el 2010, este sector concentró al 62.4% de la población económicamente activa, en comparación con el 26.8% que absorbió el sector secundario.[286] En este momento en el mercado laboral mexicano podemos encontrar de manera simultánea trabajadores contratados de forma directa por la empresa, aquellos que están insertos bajo esquemas de contratación de los denominados *outsourcing*, y aquellos que laboran de manera informal pero que producen para un mercado oficial. Estos esquemas de contratación que actualmente permean las relaciones laborales de algunos sectores de la economía mexicana y de las cuales no escapa un sector precarizado de trabajadores del sector salud y dificulta que los trabajadores tengan una capacitación adecuada sobre la seguridad y salud laboral. A este problema se suma la inestabilidad laboral, la cual diversos investigadores han relacionado como un riesgo psicosocial que puede afectar la salud mental de los trabajadores,[287 - 288] dado que, con el tiempo, puede contribuir a enfermedades como trastornos psicosomáticos, estrés, fatiga, trastornos de personalidad y violencia.[289] Aún no hay suficiente evidencia en México que permita extrapolar completamente la información levantada en distintos sectores de servicios de la economía, a la situación de los trabajadores de la salud, lo que señala la importancia de líneas específicas de investigación.

En el caso de los trabajadores de la salud, algunas investigaciones han mostrado que ciertas exigencias derivadas de la organización de su trabajo pueden tener impacto en la presencia de trastornos a la salud.[290] Se ha encontrado asociaciones con trastornos psíquicos como la depresión y la ansiedad, sobretodo en trabajadores de la salud sujetos a supervisión estricta y a percibir que la ejecución de su trabajo es peligrosa. Entre los trastornos psicosomáticos que más se presentan en esta población de trabajadores, sobresalen los trastornos del sueño y la cefalea tensional, con riesgo de manifestarse hasta el doble en el personal de enfermería que no puede desatender su tarea, requiere mucha concentración en su actividad y realiza tareas minuciosas. Existe evidencia empírica que respalda este perfil. Un estudio realizado, en el 2007 en trabajadores del sector salud señala la relación entre las exigencias derivadas de la organización del trabajo con la presencia de daños, sobre todo de índole psíquica y psicosomática. La investigación demostró la asociación de 11 exigencias ergonómicas derivadas de la organización del trabajo, entre las que destacaron los movimientos de fuerza con brazos, hombros y manos, con la presencia de fatiga.[291] Los trabajadores de la salud realizan un trabajo básicamente psicofísico, sin embargo debido a los procesos de flexibilización en algunos sectores; y al empleo de nuevas tecnologías, han tenido que asumir nuevas funciones, como son el uso de equipos de cómputo e instrumental sofisticado, que además de requerir nuevos conocimientos y habilidades físicas, requieren de atención y concentración elevadas, lo que se asocia con mayores niveles de estrés, fatiga y posiciones forzadas.

Durante su actividad cotidiana el personal de salud se relaciona de manera directa con los sujetos de su trabajo, esta interacción determina en gran medida la manera que estos trabajadores realizan su trabajo y el impacto del mismo en su salud. En un estudio realizado en 163 médicos familiares de dos instituciones de salud en México se encontró una prevalencia del 42.3% de *burnout*, siendo las mujeres las más afectadas. En una población de enfermeras se detectó una prevalencia de 14%, dicho resultado difiere del 91.8% encontrado en enfermeras mexicanas de una institución pública.[292] Al explorar las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, se detectó que los médicos refirieron sentirse agotados tanto al inicio como al final de la jornada. "El 64.8% (81 sujetos) se manifestó enfermo. Los diferentes signos y/o síntomas que reportaron fueron agrupados resultando de todos ellos seis grupos: respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, músculo-esqueléticas, neurológicas y psicológicas. Las más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20%), seguidas por las respiratorias (19.2%), las gastrointestinales (18.3 %) y las psicológicas (15.2%)."[293]

La inevitable transición demográfica de los grupos etarios que se evidencia en el país supone un factor de riesgo más en el perfil de morbilidad de la población trabajadora, de la cual no son ajenos los trabajadores de la salud. Varios especialistas coinciden en que el envejecimiento ocasiona en las personas deterioros físicos y mentales que repercuten en la capacidad y rapidez de respuesta ante las exigencias de trabajo, disminuyen los niveles de productividad y, en muchos casos, se incrementan los riesgos laborales.[294 - 295] Esta situación es una realidad para muchos adultos mayores, sobre todo cuando se encuentran en una etapa de vejez muy avanzada, pero en otros, genera un contexto de prejuicios que desemboca en una discriminación laboral, tanto para conservar un empleo como para encontrarlo.

Hay una tendencia creciente en el personal del sector salud, sobre todo entre médicos y enfermeras o enfermeros a doblar turno con la intención de lograr equilibrar el salario precario que perciben, lo que los somete a más exigencias físicas y psíquicas derivadas del trabajo, como son dar atención a un número excesivo de pacientes que muchas veces rebasan la capacidad de atención de los centros hospitalarios, sin la cantidad y calidad de insumos necesarios, a un ritmo de trabajo intenso, aspectos que con el paso del tiempo dan lugar a un perfil de malestares y/o enfermedades caracterizado por: trastornos del estado de humor y sentimiento (irritabilidad, depresión), fatiga crónica, trastornos del sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales, trastornos alimentarios y otros.[296] Durante la formación académica de los médicos se les "instruye para atender y curar a otros; en consecuencia el papel del médico es brindar atención a otros, en esta lógica él no tiene por qué cuidar de sí mismo, ya que, además, se asume con cierta invulnerabilidad para la enfermedad y los daños a la salud. Por otro lado, el conocimiento médico que le confiere poder sobre el paciente y sobre otros profesionales de la salud, contribuye a crear lo que Berger menciona como arrogancia médica, la cual fortalece también su desdén para cuidar de sí mismo."[297]

Otro estudio con este grupo de trabajadores mostró que éstos sufren alteraciones importantes en su ritmo circadiano al tener que rotar turno o realizar un trabajo nocturno o bien tener una doble jornada.[298] Algunos datos han evidenciado que los trabajadores de este sector no tienen un horario fijo y al menos 40% de ellos cuentan con otro trabajo en otra institución de salud, ya sea pública o privada, para poder complementar sus ingresos pues el salario que perciben les resulta insuficiente.

Cabe mencionar que los datos referidos con anterioridad sólo toman en cuenta al personal que está asegurado al IMSS pues no hay fuentes de información que desglose lo que acontece con las enfermedades y accidentes laborales en los trabajadores de la salud de todo el sector público, mucho menos en el sector privado. La información a nivel nacional sobre el perfil de daños a la salud ha sido obtenida a través de datos empíricos, lo que ha permitido evidenciar las condiciones y organización de trabajo en las que ejercen sus actividades estos trabajadores y la relación de las exigencias laborales que se desprenden de sus tareas con la presencia de daños sobre todo de índole psíquico y psicosomático.

En cuanto a información de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales en trabajadores de la salud en México, ésta es prácticamente inexistente. Si bien el IMSS recoge información sobre estos puntos a través de la *Memoria Estadística de Salud* en el Trabajo, las ocupaciones en que se hace énfasis son de tipo industrial, quedando enmarcado el sector servicios en el rubro de otras ocupaciones. En el 2011, los accidentes de trabajo reportados por el Seguro Social fueron 422,043 de 282,469 de los cuáles 300,020 fueron referidos para el sexo masculino y117,550 para el femenino. Los accidentes que se tomaron en cuenta fueron: traumatismos superficiales, heridas, fracturas, luxaciones, intoxicaciones, entre otros. Un rubro que llama la atención es "varios de frecuencia menor", en las que podrían estar algunos de los padecimientos que se desprenden de la actividad de los trabajadores de la salud. El mismo caso se presenta con respecto a las enfermedades ocupacionales, ya que no existe información específica sobre este grupo de trabajadores, englobando la información en otras las cuales a nivel nacional representan (4,105) el 50% de los datos reportados.

Con relación a la salud en México de los trabajadores del sector, aún falta mucho por hacer, sobre todo para que las nuevas manifestaciones patológicas sean reconocidas como de origen laboral y aparezcan incluidas en la tabla de enfermedades de la Ley Federal del Trabajo.[299,300] Lo anterior señala la importancia de contar con estudios específicos para la realidad mexicana, ya que las tendencias observadas en el mundo deben observarse según los contextos de cada realidad local. Dentro del propio México no pueden realizarse generalizaciones, ya que la realidad de un trabajador de la salud en el IMSS es totalmente distinta a, por ejemplo, la de aquel trabajador precarizado que labora en el primer nivel de atención prestando servicios a la Secretaría de Salud de algún Estado.

Desafíos de RR.HH para la cobertura universal en México

El desarrollo de recursos humanos para el acceso universal, va a requerir en el corto y mediano plazo de al menos los siguientes cambios: un importante fortalecimiento de la rectoría por parte de la Secretaría de Salud en cuanto a las competencias y facultades para el manejo de información, análisis y definición de número y perfiles de personas que se forman en el pregrado de manera ajustarlas a los nuevos requerimientos tanto epidemiológicos como de modelo de atención de todo el Sistema Nacional de Salud, capacidad de la Autoridad Sanitaria tanto en el orden federal como estatal en términos de planificar y ajustar la formación de postgrado a las necesidades de salud de la población y de generar los incentivos para una distribución adecuada del recurso humano en todo el territorio.

Al mismo tiempo, deberá haber la capacidad de promover, de cara a la ciudadanía, un debate con relación al papel de los sindicatos de la salud, en términos de estimular y potenciar su funcionamiento democrático en los ámbitos de representar los legítimos y justos intereses de las y los trabajadores de la salud, en particular los que guardan relación con la calidad de vida de ellos así como cuestionar prácticas y visiones que antagonizan el quehacer sindical con la mejora de la calidad de los servicios a los usuarios, especialmente para con aquellos más vulnerables. La deseada integración de los servicios requerirá de todos modos de una suerte de homologación gradual de las condiciones salariales y contractuales de las y los trabajadores de la salud en todo el Sistema Nacional de Salud. En las negociaciones de esta construcción de una "carrera sanitaria" que facilite la integración, habrá que cuidar complejos equilibrios entre productividad y calidad junto a condiciones laborales adecuadas.

Por lo tanto, es necesario dialogar sobre cómo se puede alinear la formación en salud de pre y postgrado, así como sobre la capacitación continua para tener los profesionales y técnicos en cantidad, competencias y distribución que la atención universal requiere. De igual forma, es importante entender la forma en que se perciben los problemas que impactan en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, así como la opinión de distintos actores sobre los desafíos que nos impone el alcanzar la cobertura universal en salud. Todo esto en el entendido que ese desafío tan importante para México, será más factible en la medida en que quienes forman y trabajan en el sector se sientan partícipes de las acciones que generan las mejores posibilidades y condiciones para cuidar a otras personas, sin que nadie quede excluido.

Hacia la conformación de un Sistema Universal de Salud en México

Se han documentado ampliamente los resultados generados por la reforma y la creación del Seguro Popular, sin embargo persisten condiciones de ineficiencia del Sistema y de falta de acceso efectivo a la protección social en salud que obligan a plantear una nueva reforma para transitar a un sistema universal de salud. Entre estas, podemos destacar:

Es necesaria la revisión del marco normativo que rige a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y definir los elementos basales para un Sistema Universal. Se requiere de un profundo estudio de las contraposiciones y convergencias de los artículos 4º y 123 de la Constitución, así como de sus respectivas Leyes Reglamentarias. Previo a la separación de las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios, es necesaria la profundización en el análisis y determinación de la conveniencia de separar los seguros de salud del resto de las prestaciones asociadas a la seguridad social.[301] Un primer paso necesario es la conformación de un padrón único como una herramienta para monitorear la cobertura, y para identificar con mayor claridad los traslapes entre instituciones.

No existe una articulación programática entre las instituciones públicas de provisión de servicios de salud, por lo que más allá de la posibilidad de integración de paquetes de recursos administrados bajo un mismo fondo y la posibilidad de paquetes de servicios explícitos y preestablecidos, debe definirse un propósito único de sistema que oriente la generación y concreción de las acciones de sus componentes, integrados o no. Se han realizado esfuerzos de integración sectorial con resultados limitados que tienen como principal limitante la ausencia de una lógica programática común a las instituciones que integran en este momento al sector, situación que profundiza el ya complejo panorama de la fragmentación, situación de las que se exceptúan, acaso, algunas acciones de salud pública.[302]

Es necesario definir de manera clara, dar sustentabilidad y obligatoriedad al fondo de servicios a la Comunidad, y generar una efectiva alineación de los recursos que las instituciones destinan a estas acciones o a través de la creación de fondos únicos, como premisa para la integración de los servicios médicos. La orientación explícita hacia la prevención sólo puede lograrse a partir de la integración. La fragmentación encuentra su eslabón más débil en las acciones de prevención y promoción de la salud.[303]

Como se señaló, existe una mayor derrama de recursos hacia las entidades federativas, lo que ha permitido pasar de una razón de 5 a 1 entre los estados con mayor y menor gasto per cápita en salud en el año 2000 a una de 3 a 1 en el 2010 de acuerdo a datos del Banco Mundial. Sin embargo, la aplicación de los recursos se realiza a partir de modelos de organización diferentes, de hecho cada entidad federativa establece la propia. Por otra parte, al no existir acuerdos institucionales generalizados, la aplicación de los recursos financieros se realiza en cada entidad federativa atendiendo las líneas de operación de cada esquema de aseguramiento más que a las necesidades específicas de la población. La evidencia de los resultados se obtiene a partir de los sistemas de información que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud ha logrado establecer para dar seguimiento al ejercicio de los recursos.[304]

La descentralización de los servicios de salud para la población no derecho habiente de la seguridad social haría suponer una mayor concentración en la tarea de rectoría por parte de la Secretaría de Salud; sin embrago, dadas las características del modelo de prestación de los servicios, ésta ha preservado la atención del tercer nivel a partir de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales de Referencia, así como el desarrollo de intervenciones específicas en las entidades federativas, bien a través de los convenios de transferencia de recursos federales o a través de intervenciones directas en las entidades.

La verticalidad de las instituciones de seguridad social y la heterogeneidad en los esquemas de organización de los servicios estatales de salud hacen complejo el desarrollo de instrumentos de planeación e integración sectorial y, con ello, la posibilidad de concretar acuerdos que permitan la maximización de beneficios sociales derivados de la inversión en salud, así podemos apreciar:

- Bases diferentes para la identificación de prioridades de atención.
- Definición diferenciada de criterios para el costeo de intervenciones.
- Falta de flexibilidad de las organizaciones de salud para ofrecer diferentes planes en función de los potenciales grupos de compra.
- Carencia de modelos uniformes de organización en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud que generan ineficiencias en el Sistema.
- Falta de flexibilidad en los mecanismos de asignación-ejercicio del gasto y limitaciones normativas para generar economías de escala en la adquisición de servicios estratégicos para el sector.
- Diferencias en los modelos de atención y de gestión por subsistema y por estado. Diferencias en los regímenes laborales y en la situación de los trabajadores de la salud.

Es condición indispensable avanzar en la separación efectiva de las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios, bajo modelos organizacionales orientados al logro de resultados. Debe apreciarse la función de rectoría en la Federación y en las Entidades Federativas desde la perspectiva de efectiva articulación al interior del sector pero, de manera importante, con instancias de otros sectores con capacidad de intervención específica en los factores determinantes de la salud.

La apertura para la participación de proveedores diferentes a los públicos en el esquema de prestación de servicios a la población afiliada al Seguro Popular e incluso a la afiliada a instituciones de seguridad social obliga a la necesidad de fortalecer los mecanismos de certificación para efectos de la prestación de servicios a los afiliados al Seguro Popular y de acreditación de unidades para generar garantías mínimas de calidad, oportunidad y efectividad de la atención a toda la población. Se hace necesario la cobertura efectiva de las acciones ofrecidas en los paquetes de servicios.[305]

Es necesario incidir en la calidad de los servicios, para asegurar una oferta homogénea y resolutiva, que permita traducir el acceso en salud. Junto a lo anterior, será clave resolver la situación laboral de los trabajadores de la salud, de manera que facilite la integración del sistema.

Palabras finales

En México existen enormes desafíos a pesar de los notables esfuerzos de las últimas décadas, cuyos principales hitos han sido la creación de la Secretaría de Salud y de las instituciones de la seguridad social, el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y la implementación del Seguro Popular. La aun elevada mortalidad materna e infantil, el elevado gasto de bolsillo, el inequitativo

acceso a los servicios y los grandes diferenciales en la calidad de los servicios son ejemplos claros de lo que queda por hacer.

Por décadas México, con visión de Estado, ha buscado mejorar su sistema de salud. El Dr. Guillermo Soberón, protagonista en la incorporación del derecho a la protección de la salud en la Carta Magna, su ley reglamentaria, la Ley General de Salud, las Leyes Estatales de Salud, y la definición de sus reglamentos,[306] señalaba que:

> "para asegurar un sistema nacional de salud equitativo, de calidad y eficiente, la reforma debe apoyarse en la creación de un seguro nacional de salud de carácter universal, en el cual no se discrimine entre poblaciones y de tipo solidario, en donde los recursos acompañen a las necesidades. La solidaridad, bien entendida, significa que, en el cuidado de la salud, los sanos paguen por los enfermos, los jóvenes por los de edad avanzada y los ricos por los pobres. Esto podrá lograrse con la fusión de la asignación de recursos financieros entre instituciones y la separación del financiamiento de la prestación" y para "la creación de un seguro nacional de salud […] da particular importancia a tres puntos clave: 1) la necesidad de la separación entre financiamiento a la salud y la prestación de los servicios; 2) la creación de un seguro universal de salud financiado a través de un fondo nacional de salud; y 3) fomentar la prestación plural de los servicios."[307]

En esa misma línea el Dr. Córdova Villalobos señalaba en el Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud que:

> "Sería absurdo pensar que los mexicanos tenemos todos la misma oportunidad de desarrollo cuando no todos tenemos la misma oportunidad de acceso a un bien público básico como es la salud […] por lo que el objetivo es lograr el aseguramiento universal, que ha tenido varios esfuerzos, que ha tenido varias acciones, que ha logrado varios adelantos, pero que evidentemente aún no hemos conseguido."[lxxxviii]

Recientemente, en el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno de México, se ha propuesto para los años 2013/2018 alcanzar el acceso universal en salud. En las palabras del Presidente de México Enrique Peña Nieto:

> "Si bien se han logrado avances significativos […] todavía existen amplios sectores de la población que en los hechos no pueden ejercer su derecho a la salud, a la protección de su salud. Esta condición no sólo acentúa su vulnerabilidad, sino que profundiza la desigualdad social. […]Por todas estas razones, uno de los objetivos centrales del Gobierno de la República es el asegurar el acceso a servicios de salud para todos los mexicanos. Para conseguirlo, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece cinco estrategias. La primera. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Segunda. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud de los mexicanos. Tercera. Elevar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Cuarta. Asegurar el acceso efectivo a servicios de calidad en la salud. Y finalmente, quinta estrategia. Promover la cooperación internacional en salud […] El Plan Nacional de Desarrollo es la hoja de ruta que habremos de seguir los próximos años para cimentar las bases de un sector salud más sólido y con mayor capacidad para atender a las familias mexicanas. Somos conscientes de que los desafíos demográficos y epidemiológicos son grandes, pero también de que México cuenta con el talento, el capital humano y la capacidad institucional para enfrentarlos y superarlos. Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud […] Así es. Para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es un derecho laboral."[lxxxix]

lxxxviii UNAM. Memoria 1er. Congreso Internacional sobre Medicina y Salud hacia una Cobertura Universal en Salud 22-24 de abril 2009. Citado de www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task

lxxxix Discurso del Presidente de México Enrique Peña Nieto en la Clausura de la Trigésima Segunda Asamblea General Ordinaria de Asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. el 27 de junio del 2013, citado de http://www.presidencia.gob.mx

LA FUNCIÓN DE RECTORÍA EN MÉXICO

Comisión de Rectoría del Consejo Nacional de Salud[xc]
Gabriel Manuell Lee; Philippe Lamy; Jorge Sánchez González; Fernando Álvarez del Río; Gabriel Sotelo Monroy; Fernando Chacón Sosa; Josefina Romero Méndez; Alfonso Petersen Farah; Carlos Pérez López; Raúl Anaya; Jacques Girard; Osvaldo Artaza[xci]

Evaluación de la función de rectoría en los sistemas estatales de salud de México

Introducción:

El proceso de evaluación y fortalecimiento de la función de rectoría en el orden estatal y federal del Sistema Nacional de Salud de México, comenzó con un estudio de dicha función en el orden estatal. Dicho estudio, cuyo objeto es evaluar las competencias de rectoría de los sistemas estatales de salud en México, surge de la iniciativa del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y de la Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con base en acuerdos específicos del CONASA en los años 2010, 2011 y 2012.[xcii]

La historia del sistema de salud mexicano es, como en la mayoría de los países de América Latina, una historia de segmentación y fragmentación que se traduce en una construcción social caracterizada por la exclusión, la estratificación social y la presencia de grandes inequidades. El sistema en tiempos modernos comienza en 1943 con la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México. Desde entonces, han sido las condiciones laborales las que han determinado qué subsistema de salud le corresponde a distintos grupos de población. Es por ello, que las dimensiones de la rectoría se vuelven un asunto fundamental para el sistema sanitario mexicano a largo plazo.

Las definiciones y contextos de la rectoría han sido ampliamente discutidos en el ámbito global.[308 - 311] Rectoría se entiende como la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, es decir, para conducir con efectividad al conjunto de actores del sistema de salud hacia objetivos generales.

La OPS/OMS ha impulsado un consenso sobre seis dimensiones del papel rector en salud: conducción sectorial, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, armonización de la provisión y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública.[312 - 317] Así, la rectoría requiere un marco jurídico apropiado, una lógica general de financiamiento eficiente y redistribución de recursos, una lógica de acceso equitativo, planeación y operación coordinada de servicios, así como congruencia entre el sistema y las necesidades de salud pública de la población.

La función de rectoría[318 - 319] debe traducirse en políticas públicas, cuerpos normativos, estructuras y competencias institucionales capaces de dar conducción efectiva a la totalidad del sistema. Parte importante de dichas políticas debe orientarse a la capacidad de conocer y priorizar las necesidades de salud de personas y grupos poblacionales así como traducir dichas prioridades en objetivos sanitarios que determinen las acciones requeridas y el financiamiento correspondiente para generar impactos que puedan ser medibles.

Dichas acciones deben impulsarse en el marco de políticas públicas que modulen y regulen la forma en que está organizado y se gestiona el sistema (modelos de atención y de gestión), de modo que su funcionamiento esté centrado en las personas como sujetos de derechos, integre a los distintos actores y con base en la Atención Primaria de la Salud (APS); que incorpore ámbitos relevantes como participación y control social, rendición de cuentas, acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales y de anticipación del riesgo en salud; y que asegure la equidad y calidad homogénea en la prestación de servicios, y la incorporación progresiva de perspectivas de género e interculturalidad en un contexto de descentralización, diversidad y respeto de los proceso históricos y las peculiaridades culturales.

Según el marco normativo de México, la rectoría corresponde a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y, en el caso de las entidades federativas, a las secretarías de salud de cada entidad. Por ello, es importante que en todos los niveles de gobierno haya complementariedad, interacción y coordinación sectorial con base en los objetivos nacionales de salud.

Dada la segmentación y fragmentación de los servicios se suele dar por supuesto que las dimensiones señaladas sean débiles. Pero no es viable construir políticas públicas basándose en prejuicios o supuestos. Por ello, se estimó relevante evaluar cómo se ejerce la rectoría en los Estados y, sobre todo, identificar áreas de oportunidad que sustenten recomendaciones y líneas de acción hacia el futuro.

xc Esta sección recoge el trabajo de varios años impulsado por el Consejo Nacional de Salud con el apoyo técnico de OPS/OMS México.

xci Se cita a las personas que por la Secretaría de Salud y por OPS/OMS México tuvieron participación tanto en el diseño como en las distintas fases de implementación de la evaluación de la función rectora.

xcii Fue fundamental en las distintas fases del proceso de evaluación el apoyo de los Secretarios de Salud de los 32 Estados, de los equipos de salud de las secretarías estatales, de los representantes del IMSS e ISSSTE y de todos los integrantes del CONASA.

Evaluación de la rectoría orden estatal

La Secretaría de Salud, a través de la Secretaría Técnica del CONASA, [xciii] instancia permanente de coordinación entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas, las instituciones del sector y la OPS, han sido actores destacados en la promoción del fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. Con este propósito, el CONASA estableció el acuerdo de "aplicar una autoevaluación del desempeño de las funciones rectoras en materia de salud, en el orden estatal y […] realizar posteriormente un ejercicio de evaluación compartida complementaria"[xciv] con la participación de las instituciones del sector que permitieran, posteriormente, la identificación de acciones encaminadas al fortalecimiento de la función rectora. Se utilizó como base conceptual y metodológica la resolución generada por la OPS/OMS en 1997[xcv] y refrendada en el documento de 2007 para el fortalecimiento de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN),[xcvi] misma que fue adaptada a partir de la realización de talleres, consultas y reuniones con distintos actores nacionales y estatales. Se consensuó una herramienta (guía) con 94 preguntas que se utilizó como base para la autoevaluación y se aplicó en las secretarías de salud estatales. En una segunda fase de evaluación conjunta, que reunió a las diversas instituciones del sector en busca de consensos, denominada Evaluación Compartida Sectorial, se aplicó un instrumento con 39 preguntas, derivado de la autoevaluación, que tuvo adaptaciones en el proceso en función de la retroalimentación de los equipos participantes y que permitió recabar información con la participación de las instituciones del sector salud y el apoyo de la Secretaría Técnica del CONASA, de la OPS/OMS y, en ocasiones, de otras instancias de la Secretaría de Salud Federal. Ambos instrumentos incorporaron una calificación cuantitativa, a partir de apreciaciones sobre los ítems de cada guía en una escala de Likert[xcvii] con valoraciones entre 1 (menor calificación) y 5 (mayor calificación), que se complementó con el enunciado de fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad para cada una de las dimensiones de rectoría.

De la aplicación del instrumento, además de obtener el posicionamiento de las valoraciones realizadas por las entidades federativas, se documentaron fortalezas y debilidades de la función rectora pero, sobre todo se identificaron acciones presentes y futuras que evidencian que el fortalecimiento de la capacidad rectora en las entidades será crucial para el desarrollo del sistema a corto, mediano y largo plazo. Esta información dio origen a un proceso de validación general de los resultados obtenidos y de construcción de propuestas a partir del trabajo de un grupo focal integrado por representantes de entidades federativas y de las instituciones del sector en el orden federal bajo la coordinación de la Comisión de Rectoría del CONASA. La evaluación traduce la realidad y diversidad del sistema, así como los distintos niveles de prioridad, participación y compromiso con que se realizó el proceso en los diferentes Estados. Es necesario reconocer que se trabajó en un contexto de culturas organizacionales diferentes bajo la influencia de factores exógenos, tales como los políticos, que influyeron en la ponderación de las dimensiones del cuestionario en las entidades.

En el ejercicio participaron las 32 entidades federativas del país. Aunque la estructura de los instrumentos aplicados no permite una comparación homogénea, en el análisis de las dimensiones de rectoría destaca que entre la puntuación obtenida en la autoevaluación y en la evaluación sectorial se mantienen las mismas tendencias pero se observa un menor puntaje en todas las dimensiones en la evaluación sectorial.

El desempeño promedio de la rectoría en la evaluación realizada con las instituciones del sector muestra que las dimensiones donde se percibieron más fortalezas fueron las de conducción y regulación, mientras que las que tuvieron menores calificaciones fueron la de provisión de servicio y particularmente la de financiamiento. Destaca el comportamiento de esta última dimensión, en la que todos los aspectos evaluados resultan ser deficientes pero en la que se identifican como factores críticos tanto el planteamiento de políticas que deberían modular las distorsiones del financiamiento sectorial como la capacidad para supervisarla.

Por otra parte, la dispersión en el desempeño refleja tanto la diversidad de enfoques y visiones, como las condiciones en que se desarrollaron los ejercicios en las entidades federativas. Se observa un promedio de desempeño de 3.3 (en la escala de 1 a 5) con un rango de 1.9. Al realizar el análisis a partir de la mediana, la dimensión de financiamiento presenta la más alta dispersión en los valores emitidos, además de ser el componente con la menor calificación promedio.

Toda vez que la evaluación emana de un acuerdo del CONASA, se realizó el análisis considerando la estructura regional con la que éste opera (norte, centro, centro-occidente y sur-sureste), habiéndose identificado que la distribución de resultados por regiones sigue el mismo patrón del desempeño general, mostrándose los valores más bajos para el financiamiento y la provisión de servicios. Destaca que en todas las dimensiones la región centro occidente presenta los desempeños más bajos, mientras que la región centro tiene los valores más altos en cinco de las seis dimensiones evaluadas.

Los resultados cuantitativos de esta evaluación revelaron una importante dispersión de los datos, una interpretación heterogénea de los conceptos de rectoría y sus dimensiones, variaciones en el nivel de involucramiento y participación, así como diversidad en la manera práctica de llevar a cabo el proceso. Por ello, se

xciii Además de ser una instancia permanente de coordinación entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas, el CONASA también tiene funciones de coordinación para la planeación, programación y evaluación de la salud pública y del proceso descentralizador en México.

xciv Acuerdos del Consejo Nacional de Salud de la XV Reunión Ordinaria (Querétaro, septiembre 1 a 3 de 2010) y de la XVIII Reunión Ordinaria (Puebla, junio 22 y 23 de 2011).

xcv "Dimensiones del Rol Rector en Salud". XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS, 1997).

xcvi "Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional: Desempeño y fortalecimiento". Edición especial No. 17. (USAID/OPS, 2007).

xcvii Escala de Likert: frecuentemente utilizada, por su facilidad de diseño, para medir actitudes hacia objetos, hechos o ideas. Se presenta al individuo una serie de declaraciones tanto positivas como negativas y se le pide que muestre su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada una de ellas. Una vez asignados los valores a las distintas declaraciones se suma las puntuaciones que se han dado al total de todas las declaraciones y se eliminan aquellas vagas o que no ayuden al investigador a discriminar entre individuos con actitudes o puntuaciones más altas frente a los que han alcanzado actitudes o puntuaciones más bajas.

realizó un ejercicio de jerarquización y análisis cualitativo, con representantes de entidades federativas, el equipo técnico del CONASA y un grupo de expertos, los días 7 y 8 de noviembre del año 2012, lo cual permitió jerarquizar las áreas de oportunidad y recomendaciones que se señalan en la siguiente tabla:

Tabla 9. Áreas de oportunidad y recomendaciones en el fortalecimiento de la función rectora en el orden estatal

Ámbito	Áreas de oportunidad y recomendaciones
Conducción	Fortalecer el funcionamiento, la integración y la operación de los consejos estatales de salud. Realizar el diagnóstico sectorial de las necesidades de salud y de la red de provisión de servicios (estatal y regional) de salud en cada entidad federativa. Fortalecer los mecanismos de comunicación entre los tres órdenes de gobierno, y homologar indicadores para la evaluación periódica del desempeño sectorial.
Regulación	Actualizar la delegación de facultades para el control, fomento sanitario y sanidad internacional. Diseñar una plataforma nacional para la comunicación de riesgos. Asegurar presupuesto específico para el ejercicio de la función de autoridad sanitaria de la Secretaría de Salud en el nivel estatal separando el financiamiento de la provisión de servicios. Armonizar y actualizar periódicamente el marco regulatorio sanitario estatal y federal.
Financiamiento	Establecer las condiciones para que el financiamiento destinado a las acciones de salud responda a planes y programas acordes con las prioridades de las entidades federativas. Avanzar en la definición de los costos base por tipo de atención para propiciar el intercambio de servicios. Favorecer y regular el intercambio de servicios entre las instituciones, y establecer los mecanismos normativos y procedimientos para generar mayor flexibilidad en el uso de los recursos, así como asegurar la transparencia y la rendición de cuentas.
Aseguramiento	Establecer convenios interinstitucionales que favorezcan la conformación de redes integradas de servicios de salud. Promover la existencia de un catálogo común de prestaciones, valorizados y arancelados para todas las instituciones. Integrar estudios de regionalización operativa en el orden sectorial como base para la utilización eficiente de recursos en materia de salud.
Provisión de servicios	Generar un catálogo de intervenciones sectoriales, homologar costos por servicio. Actualizar y optimizar sistemas de referencia y contra referencia. Desarrollar un modelo de atención basado en la atención primaria, la anticipación del daño y la acción sobre determinantes sociales con base en actividades multisectoriales. Integrar un plan maestro sectorial de infraestructura, equipamiento y recursos humanos que atienda de modo articulado las necesidades de prestación de servicios de la población. Fortalecer el grupo interinstitucional de calidad a nivel estatal con el objeto de asegurar estándares homogéneos de calidad en todas las instituciones. Impulsar la integración de los servicios privados de salud en la red de servicios estatales de salud. Gestión para impulsar la inversión estatal en salud y el desarrollo de mecanismos para su administración efectiva y eficiente.
Funciones esenciales de salud pública	Consolidar acciones de inteligencia epidemiológica para la medición de acciones y fortalecimiento de estrategias de respuesta ante urgencias epidemiológicas y/o desastres. Promover la generación de sistemas de evaluación sectorial. Fomentar la investigación sectorial en salud pública. Fortalecer el programa hospital seguro; realizar diagnósticos sectoriales de necesidades de capacitación de RR.HH. y desarrollar proyectos en el ámbito específico de la salud pública. Generar proyectos de participación ciudadana que impulsen la respuesta social organizada en salud.

Se identificaron debilidades comunes tales como: sistemas de información heterogéneos y desarticulados; planes institucionales no vinculados a un plan sectorial en salud; falta de actualización de los marcos regulatorios estatales; autonomía restringida en la asignación y distribución de recursos; limitaciones para la realización de un cruce de padrones de derechohabientes y afiliados a los distintos esquemas de aseguramiento; mecanismos de referencia y contra-referencia sectorial poco eficientes o inexistentes, monitoreo y evaluación de programas de manera sectorial parcial (sólo para algunos programas); y carencias en la formación de recursos humanos e investigación en salud pública desde una perspectiva y enfoque de atención a las necesidades del sector.

Respecto a la relación entre las entidades estatales y la federación se plantearon como claves el fortalecimiento del CONASA:

- una participación más vinculante de las instituciones del sector al CONASA, así como la operación de sus comisiones;
- el establecimiento de Consejos Estatales de Salud (CES) sólidos;
- el análisis de los marcos legales estatales y su actualización en función de las modificaciones a las atribuciones que recaen en las Entidades Federativas y acorde a las modificaciones de la normativa federal;
- la utilización de las Comisiones Interinstitucionales de Formación de Recursos Humanos para la Salud como instancias de armonización de la formación de recursos humanos con las necesidades de éstos en las instituciones de salud;
- la creación de catálogos de unidades productoras y catálogos de servicios para la salud como base para la creación y desarrollo de nueva infraestructura;
- la coordinación con instituciones de educación superior para la formación de recursos humanos y producción de investigación; la homogeneización de los criterios programáticos entre las instituciones del sector salud a efecto de posibilitar la integración de planes sectoriales;
- y la definición de normas para el ejercicio presupuestal aplicables de manera uniforme a las instituciones del sector y a las entidades federativas a efecto de propiciar la eficiencia en la asignación y ejecución del gasto público en salud.

Con relación a la cooperación entre Estados se destaca la experiencia de la región sur-sureste y la necesidad de potenciar esta capacidad de colaborar en áreas específicas de oportunidad.

En relación con las recomendaciones en el CONASA hubo alto nivel de consenso en proponer que se realicen las siguientes evaluaciones: un proceso de evaluación de la función rectora en el ámbito federal; una evaluación del actual marco normativo-legal para identificar espacios de optimización de la función rectora en los diferentes niveles en el actual contexto, así como en la perspectiva de escenarios de cambios y de los aspectos de viabilidad y gestión del cambio que permitan diseños de hoja de ruta viable y sostenible. Así mismo se recomendó la constitución en todos los estados los CES y que éstos funcionen de forma regular; que se diseñe en el CONASA una propuesta de estructura, funciones y responsabilidades del CES y monitorear que esto se efectúe en cada Estado; que las autoridades sanitarias locales analicen, en forma colegiada, en el seno de los CES acciones específicas para fortalecer la función de rectoría; solicitar se generen los mecanismos en los Estados, que permitan fortalecer el intercambio de servicios entre las diferentes instituciones con el objeto avanzar hacia redes integradas de servicios de salud basadas en la APS; apoyar se consoliden acciones de inteligencia epidemiológica para la atención de emergencias en forma sectorial; y apoyar se desarrollen proyectos de cooperación entre Estados en el ámbito de la rectoría. Finalmente, fueron materia de acuerdos formales el mantener la comisión de rectoría del CONASA para la evaluación e impulso de las funciones rectoras del sistema de salud y la participación en la Comisión de Integración Funcional del Sistema Nacional de Salud que coordina el Consejo de Salubridad General (Acuerdo: 15/XXIV/RNOCONASA/2012) así como constituir y fortalecer los CES (Acuerdo: 16/XXIV/RNOCONASA/2012).

El proceso de evaluación se constituyó en un aporte a la reflexión, el diálogo y el debate sobre el ámbito de la rectoría. Éste ha permitido generar aprendizaje, visión sectorial y un análisis integral del sector. Por lo que hay pleno acuerdo sobre la necesidad de dar continuidad al proceso de evaluación con enfoque en líneas de acción concretas en el orden estatal, regional y nacional.

La evaluación pretendió impulsar una construcción compartida desde las percepciones de los propios equipos estatales. Por eso, el proyecto se debe constituir en una importante oportunidad para el debate nacional y particularmente una invitación a la acción desde el interior de cada entidad federativa, para generar mejoras sustantivas en la función de rectoría, determinante del desempeño de los sistemas de salud. Los resultados apuntan a muchas oportunidades de mejora relacionadas con la rectoría en México. La participación activa de distintas instituciones y niveles de gobierno en el proceso sectorial de integración viene acompañada de muchas alternativas y retos nacionales y regionales. Algunos de los desafíos son comunes a varias entidades y en esa medida reflejan las necesidades operativas de coordinación y consenso entre instituciones. La autoevaluación y evaluación compartida de las funciones rectoras son un paso clave en la definición de los temas sustantivos para el sistema de salud a futuro.

Otro gran aporte de este proceso fue que reveló una gran cantidad de líneas de trabajo esenciales para el desarrollo del Sistema de Salud de México. Para contribuir a los cambios estructurales que el país requiere para la integralidad y universalidad del sistema, el proceso desarrollado en la evaluación develó como críticos y urgentes en el corto plazo, una serie de tópicos que, sin duda, son y serán determinantes en la calidad de vida de las mexicanas y mexicanos en los próximos años y que están en gran medida al alcance de resolverse en los propios estados, con liderazgo, voluntad política, persistencia y disposición de cooperar. Disponer de los niveles centrales y de la cooperación técnica será clave para generar las condiciones y competencias para que así suceda.

El CONASA ha tenido un papel preponderante en esta evaluación, se constituye en una de las estructuras importantes para apoyar la implementación de cambios hacia el fortalecimiento de la rectoría, contribuyendo a definir con claridad las funciones de cada nivel e impulsando voluntades sobre visiones compartidas que eliminen los impedimentos críticos y generen estructuras y competencias para monitorear los avances, reconocer y compartir las buenas prácticas y generar, sobre todo, un espacio de aprendizaje de cara a los ciudadanos.

Un elemento de consenso fue la necesidad de fortalecer los Sistemas Estatales de Salud. Éstos pueden ser una potente herramienta para la integración en la medida que tengan las competencias para armonizar y articular la planeación sanitaria, de las inversiones en infraestructura, tecnología, recursos humanos, la provisión de servicios y del uso eficiente y transparente de los recursos financieros con un enfoque sectorial, incluyendo a todas las instituciones de salud en los Estados.

Recomendaciones del estudio en el orden estatal

Con el propósito de dar concreción a las propuestas derivadas del ejercicio de evaluación y, por acuerdo de la Comisión de Rectoría del CONASA, se elaboró una "Guía para la integración, operación y seguimiento de los Consejos Estatales de Salud". Este instrumento pretende presentar de manera general y propositiva los elementos que faciliten la estructuración de los mecanismos legales para la integración de un CES, los elementos que faciliten su integración y operación, así como una propuesta de líneas de evaluación que incluye indicadores específicos.

Evaluación de la función rectora en el orden Federal

En una primera etapa, se señalaron como prioridades a nivel federal el desarrollo o fortalecimiento de las facultades y competencias que se señalan en la siguiente tabla:

Tabla 10. Facultades y competencias a fortalecer según ámbito de la rectoría

Ámbito	Facultades y/o competencias a desarrollar o fortalecer
Conducción	Fortalecer los mecanismos de comunicación entre los tres órdenes de gobierno. Desarrollar e implementar un sistema único de información sectorial en salud. Homologación de indicadores para la evaluación periódica del desempeño sectorial. Diagnóstico sectorial de necesidades de salud y de la red de provisión de servicios (estatal, regional) de salud en cada entidad federativa de todas las instituciones del sistema nacional de salud (oferta). Diseño y ejecución de un modelo de atención común para el sistema; Definir y fijar un paquete explícito de servicios común en todas las instituciones del sistema. Unificar/integrar sistema prestador; financiamiento único; credencial y ficha única; portabilidad e intercambio de servicios; y sistema único de garantía de la calidad.
Regulación	Armonizar y actualizar en forma periódica el marco regulatorio sanitario estatal y federal. Asegurar presupuesto específico para el ejercicio de la función de autoridad sanitaria de la secretaría de salud en el orden estatal separado del financiamiento de la provisión de servicios. Diseño de una plataforma nacional para la comunicación de riesgos; Actualizar la delegación de facultades en control, fomento sanitario y sanidad internacional. Regulación de la provisión de servicios con base en desempeño e impacto así como regulación común de la calidad.
Financiamiento	Favorecer y regular el intercambio de servicios entre las instituciones (avanzar en la definición de costos base por tipo de atención). Establecer los mecanismos normativos y de procedimiento para generar mayor flexibilidad en el uso de los recursos, mayor alineamiento con desempeño, así como asegurar la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas. Establecer las condiciones para que el financiamiento destinado a las acciones de salud responda a planes y programas acordes con las prioridades nacionales y de las entidades federativas. Implementación de un sistema común e integral de administración financiera con el fin de homologar los procesos asistenciales y administrativos en todo el sistema.
Aseguramiento	Establecer convenios interinstitucionales que favorezcan la conformación de redes integradas de servicios de salud. Integrar equipos técnicos interinstitucionales para la elaboración de "programas específicos de acción" de acuerdo a las prioridades resultantes del programa sectorial de salud. Elaborar y compartir un plan maestro de infraestructura, tecnología alto costo y RR.HH. sectorial estatal. Integrar estudios de regionalización operativa a nivel sectorial como base para la eficiente utilización de recursos en materia de salud.
Provisión de servicios	Gestión para el incremento de la inversión estatal en salud y del desarrollo de mecanismos para su administración efectiva y eficiente. Diseñar e implementar un modelo de atención común para todo el sistema basado en la atención del primer nivel, la anticipación del daño y la acción sobre determinantes sociales en base a actividades multisectoriales. Integrar un plan maestro sectorial de infraestructura, equipamiento que atienda de modo articulado las necesidades de prestación de servicios de la población. Actualizar y optimizar sistemas de referencia y contra referencia. Procesos unificados de homologación de la calidad (certificación/acreditación). Cumplimiento de estándares internacionales (guías de práctica clínica). Determinación del perfil y número de recursos humanos que se forman para la puesta en práctica del modelo de atención.
Funciones esenciales de salud pública	Diseñar e implementar sistemas de evaluación sectorial. Fortalecimiento del Programa Hospital Seguro. Generar proyectos de participación ciudadana que impulsen la respuesta social organizada en salud. Fomentar la investigación sectorial en salud pública. Consolidar acciones de inteligencia epidemiológica para la medición de acciones y fortalecimiento de estrategias de respuesta ante urgencias epidemiológicas y/o desastres. Financiamiento específico para funciones esenciales de salud pública. Compra centralizada de medicamentos e insumos esenciales. Normatividad común en prevención y promoción.

Los factores condicionantes que se señalan a nivel federal se relacionan con la necesidad de modificaciones legales que generen un cambio cuantitativo y cualitativo relevante en las actuales condiciones para ejercer la función de rectoría tanto a nivel federal como estatal. Junto a los cambios legales se destacan las necesidades de mayores recursos financieros y humanos; de avanzar hacia una real integración del sistema, a clarificar y alinear los papeles y funciones de los tres órdenes de gobierno; así como la de contar con los necesarios acuerdos políticos para los cambios que se requieren.

PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL ACCESO UNIVERSAL EN MÉXICO

Emanuel Orozco Núñez,[xcviii]
José Arturo Ruiz[xcix]

Introducción

En México la participación social ha sido un componente central de las políticas de salud y los procesos de reforma, involucrando en forma decidida al Estado, las instituciones de salud y la sociedad civil. Sus expresiones han abarcado desde la conformación de estrategias para instrumentar programas sociales en el ámbito gubernamental, hasta el despliegue de acciones emergidas del seno de distintos grupos sociales con un alto contenido de participación ciudadana (Arredondo y Orozco, 2007).

En tanto componente estratégico de las reformas al sistema de salud, la participación social ha sido conceptualizada al interior del Sistema Nacional de Salud como un componente central de la extensión de cobertura de servicios médicos, sobre todo en zonas de alta marginación social (PRONASA 1995 – 2000, 2001 – 2006 y, 2007–2012). Ello ha implicado el desarrollo del voluntariado organizado en comités de salud, lo que se ha mantenido como una estrategia vigente de los servicios de salud en zonas rurales, así como de programas de alto impacto social como Oportunidades (Adato y Mindek, 2000).

Por su parte, las expresiones de participación social que emergen de la sociedad civil se han expresado tanto en la movilización social de grupos de pacientes, como en la conformación de organizaciones de la sociedad civil (OSC), cuyo propósito ha sido la búsqueda por distintos medios al acceso universal a los servicios de salud. Estas expresiones representan diversos mecanismos de negociación y representación de personas afectadas por patologías específicas, como puede verse en condiciones de salud como el cáncer de mama, la tuberculosis y el VIH (Knaul *et al,* 2009; Carrillo, 2004).

Para desarrollar este planteamiento, dividimos esta sección en cuatro apartados. En el primero se expone un marco conceptual sobre la participación social en el ámbito de la salud. En el segundo se caracteriza un breve análisis del marco legal sobre participación social en México. En el tercer apartado se describe el caso de IMSS Oportunidades como ejemplo de participación social instrumentada desde el ámbito gubernamental. Finalmente, en el cuarto apartado se presenta el caso de la acción social organizada ante el VIH.

xcviii Investigador Instituto Nacional de Salud Pública.

xcix Consultor Independiente.

Marco conceptual sobre participación social en salud

Aplicamos una perspectiva sociológica para analizar la participación social en salud, caracterizándola como un concepto que nos remite a iniciativas sociales en las que las personas asumen posiciones de manera dirigida y se suman a diversos grupos para llevar a cabo causas específicas que dependen del manejo de estructuras sociales de poder para su realización en la práctica. La participación social representa la posibilidad de configuración de nuevos espacios dirigidos a la inclusión de los actores en movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como la presión en la esfera pública para reclamar situaciones o demandar cambios.[c]

Empleamos como marco de referencia el propuesto por Celedón y Noé para el análisis de la participación social y su vinculación con las experiencias latinoamericanas de reformas sanitarias, en donde ésta es conceptualizada como un componente central de las políticas de salud para buscar una mayor eficiencia y equidad en la atención de las necesidades de salud de los ciudadanos (Celedón y Noé, 2000). [324]

Desde esta perspectiva, la participación social en salud tiene cuatro expresiones:

- Donde las personas son entendidas como beneficiarias de programas sociales.
- En la que las personas apoyan voluntariamente diversas acciones sanitarias.
- Como una estrategia para favorecer la conducción de acciones y programas de salud a nivel comunitario.
- La expresión de formas de ciudadanía dirigidas a favorecer la rendición de cuentas, la mejora del acceso a servicios de salud y el manejo adecuado de los recursos.

Estas expresiones de la participación social pueden coexistir en el marco de las acciones de los sistemas de salud, a la vez que pueden favorecer o limitar los alcances de la política sanitaria. Al mismo tiempo pueden producir alcances diferenciados de las políticas sanitarias, lo que hace necesario establecer la necesidad de orientarla hacia:

- El establecimiento de garantías en materia de atención oportuna y con calidad de las necesidades de las comunidades.
- La separación de funciones y una mayor articulación, para establecer de manera más clara ámbitos de responsabilidad en materia de financiamiento y provisión de servicios.

c http:/lai.fu-beilin.de/es/e-learning/projekte/zrauen_kozepte/projektseten/konzeptebereich/rot_partizipacion/covilexto.html

- La definición de incentivos para una mayor competitividad derivados de la libertad de elección, donde los ciudadanos ejercen un mayor control sobre el sistema gracias a la posibilidad de elegir la agencia aseguradora y prestadora.

Marco legal de la participación social en salud

Durante las últimas cuatro décadas se ha construido en México un amplio marco legal sobre los derechos de la población para participar en asuntos públicos, destacando el sector salud como uno de los más proactivos. Resultado de ello, la participación social es un componente del marco normativo que abarca desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta las reglas de operación de diversos programas de salud.

La Constitución Política contiene tres derechos relacionados: el derecho de acceso a la información (artículo 6), el derecho de petición (artículo 8) y el de participación en la planeación del desarrollo (artículo 26). Por su parte, en la Ley de Planeación se prevé la participación social en la proyección del desarrollo nacional. Su artículo 20 establece que las organizaciones representativas de los diversos grupos sociales deben participar como órganos de consulta permanente para una adecuada planeación. Por su parte, en los artículos 32, 37, 38, 39 y 40 se plantea la concertación de acciones gubernamentales con los grupos sociales y con los particulares interesados.

La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental propone como uno de sus objetivos favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño de los sujetos obligados, y contribuir así a la democratización de la sociedad mexicana para la plena vigencia del Estado de derecho.

La Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil tiene como parte de sus objetivos promover la coordinación entre el Gobierno Federal y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en lo relativo a las actividades que fomenta la misma Ley. Una de estas actividades son las cívicas, enfocadas a promover la participación ciudadana en los asuntos de interés público (artículo 5). También establece la formación de la Comisión de Fomento a las Actividades de las OSC como una instancia intersecretarial permanente. Esta Comisión tiene entre sus objetivos la definición de mecanismos para la participación de estas agrupaciones en las políticas públicas.

En el ámbito de la salud, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* establece la necesidad de promover la participación de los usuarios de los servicios de salud, la sociedad civil y las instituciones gubernamentales y privadas en la construcción de la base social del sistema de salud. En este texto se plantea que la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas enfocadas a las personas, que se combinarán con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud. Se implantaría en colaboración con las familias, comunidades, medios de comunicación, sociedad civil, sindicatos, sector privado y distintos órdenes de gobierno. Esta estrategia definió 10 componentes, uno de los cuales es la reforma de la acción comunitaria para la salud. Este componente busca reorientar la participación comunitaria, que será: informada, consciente, voluntaria, activa, organizada, relacionada y representativa. Estas características son condiciones irrenunciables para la creación de comunidades, municipios y entornos saludables.

La Ley General de Salud contiene varios artículos donde, de manera explícita, se estipula que la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional de Salud deben promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud (artículo 7, fracción XIII). En su artículo 57 se asienta la importancia de la participación comunitaria en los programas de salud y en la prestación de los servicios fijándose como propósito fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

La Ley General de Salud establece obligaciones para distintas instancias en el sentido de fomentar la participación social, situación que no se refleja en el funcionamiento de las distintas instituciones del sector salud. En su artículo 59 se dice que: "Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva [...]"

El Programa IMSS Oportunidades como ejemplo de participación instrumentada desde el ámbito gubernamental

El Programa IMSS Oportunidades es una muestra de participación social en salud. Si bien es normada y promovida a nivel institucional, ha logrado que la comunidad asuma responsabilidades y realice tareas concretas de promoción, prevención e incluso de atención a la salud. La amplia red de comités y voluntarios ha rebasado la simple colaboración en tareas específicas, expresando su intervención en el planteamiento de los problemas y en la elaboración de las propuestas de solución, logrando concretar una real participación social en el terreno de la salud. Sobre este programa, Gómez, Herrera y Solano afirman lo siguiente: "[…] A diferencia de las instituciones públicas de salud, IMSS-Oportunidades se fundamenta en el trabajo comunitario fuera de las instalaciones médicas, apoyado por más de 269 mil voluntarios de la comunidad que brindan acciones de salud en beneficio de las comunidades a las que pertenecen. Esto ha moldeado de manera particular su modelo de atención, al incorporar con pleno respeto las costumbres y tradiciones de la comunidad [...]"[325]

El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remonta al año 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender su acción a núcleos de población no asalariada, sin capacidad contributiva y en pobreza extrema. En 1974 el IMSS implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. El Programa ha pasado por diversos nombres: IMSS-COPLAMAR que fue administrado en su totalidad por el IMSS, 1983; IMSS-Solidaridad, 1989; entre otros.

Recientemente, en 2002, el Consejo Técnico del IMSS aprobó que el Programa IMSS Solidaridad se denominara IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). A partir de 2005 el Programa IMSS-Oportunidades incorporó el componente salud dirigido a familias beneficiaras del PDHO de SEDESOL que habitaban en áreas urbano-marginadas.

No obstante sus cambios de nombre y algunas políticas que redujeron su presencia en el territorio nacional, como la descentralización de los servicios de salud a los estados, sus objetivos no han variado sustancialmente. Sus principales propósitos son:

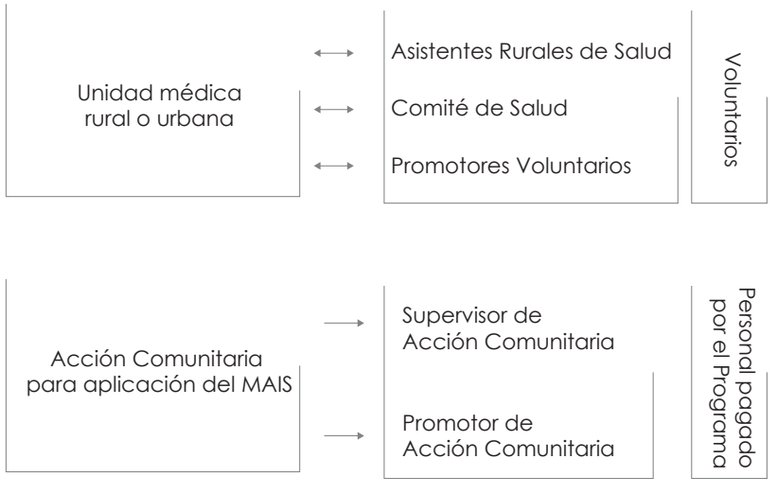
- Apoyar los programas de salud prioritarios del Programa IMSS-Oportunidades a través de la integración de la organización comunitaria y su orientación en acciones de promoción de la salud.
- Consolidar las acciones de identificación, búsqueda intencionada, derivación de casos a la Unidad Médica y seguimiento en la comunidad, con la participación activa de los grupos voluntarios de la comunidad.
- Fomentar la participación ciudadana a través de los mecanismos de Contraloría Social con la finalidad de dar seguimiento a la calidad en la prestación de servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios e instrumentar acciones de mejora.

En la actualidad IMSS Oportunidades tiene presencia en 27 estados y cubre a 11 millones 888 mil personas. Cuenta con un total de 4,160 unidades médicas, de las cuales 3,589 son unidades médicas rurales, 270 unidades médicas urbanas, 79 hospitales rurales y 222 brigadas de salud.

Durante 2007se logró la participación activa de 14,599 asistentes rurales de salud, que cubrieron el 100% de las localidades donde tiene presencia el Programa. Los asistentes pertenecen a la comunidad y son electos en una asamblea comunitaria; realizan trabajo voluntario relacionado con la promoción a la salud y atienden padecimientos de baja complejidad.

Se contaba con 18,100 comités de salud, en el 100% de las comunidades en donde opera el programa. Están integrados por miembros de la comunidad, y tienen un presidente y seis vocales. Representan el principal órgano de gestoría local y el vínculo entre la comunidad y los servicios de salud. Para el desempeño de sus funciones reciben orientación y asesoría técnica de los promotores de acción comunitaria y del equipo de salud de las unidades médicas. También existían 163,813 promotores voluntarios, cada uno de ellos tiene su cargo 13 familias, incluida la propia. En su mayoría son mujeres, las cuales realizan visitas domiciliarias para identificar personas en riesgo y enviarlas a la unidad médica. En localidades donde no existe unidad médica, un voluntario de salud, previamente capacitado y asesorado por personal médico, atiende problemas de salud de baja complejidad. Son personas de la comunidad, elegidas en Asamblea Comunitaria, que se encargan de realizar actividades voluntarias de promoción de la salud con la población, en localidades atendidas por Brigadas de Salud y en localidades sede de unidad médica. Son orientados y asesorados por personal institucional de Acción Comunitaria y equipos de salud, para identificar y tratar enfermedades frecuentes y de baja complejidad a nivel local o, en su caso, referir a los pacientes a la unidad médica más cercana (Figura 22).

Figura 22. Instancias ejecutoras de la acción comunitaria



Fuente: Elaboración propia

Para concretar la Acción Comunitaria y la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) existen las figuras del Supervisor de Acción Comunitaria (SAC) y del Promotor de Acción Comunitaria (PAC), quienes están a cargo a nivel local y cuentan con el apoyo voluntario de comunidad.[ci] Entre sus responsabilidades está el brindar acompañamiento y asesoría a todas las instancias voluntarias de la comunidad, junto con la que elaboran e implementan un programa de trabajo anual.

La participación conjunta y voluntaria de la comunidad es un factor fundamental para la implementación del MAIS de IMSS-Oportunidades. Un propósito clave es prevenir los riesgos y los daños a la salud. Para ello, el Programa cuenta con la acción comunitaria, componente que surge desde el interior de cada localidad para fomentar la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud.

En el año 2007 más de 300 mil voluntarios (incluidos asistentes rurales de salud, voluntario de salud e integrantes de los comités de salud) apoyaron el trabajo de médicos y enfermeras, formaron una red de cooperación que lleva a la población acciones preventivas que pueden mejorar las condiciones de vida de millones de personas que viven en zonas de alta y muy alta marginación.[cii]

ci Diario Oficial de la Federación Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, 29 diciembre 2011.

cii http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/accion_com.aspx (consultada 24 junio, 2013)

El VIH como detonante de la acción civil organizada

Caracterizamos la acción social ante el VIH como un ejemplo de participación social emergido desde el seno de distintos grupos de interés y que se agrupa alrededor de la figura de OSC. Algunos de los rasgos más destacados de esta expresión en México son que las agrupaciones constituyen un sector numérico pequeño, con pocos integrantes en promedio y bajos salarios, pero con un nivel óptimo de especialización al orientar sus acciones hacia la promoción de medidas sanitarias efectivas y la prevención del VIH (Baqueiro, 2007).[326]

El trabajo de estas organizaciones en México se ha centrado poco en la atención médica como tal, buscando en cambio dirigir sus acciones a las personas insatisfechas con los servicios públicos de salud. Estas OSC suelen tener una dinámica cambiante, que se ha ido adaptando a diversos cambios ocurridos en la sociedad mexicana relacionados con los derechos sexuales y de identidad. Algunos de los rasgos que se han destacado de estos organismos son que tienen una gran rotación, así como frecuentes escisiones y reagrupaciones (Baqueiro, *op. cit*.).

Una de las experiencias pioneras en materia de participación social y acción civil fue el proyecto denominado Grupo Latinoamericano de Trabajo en Mujer y SIDA (GLAMS), que comenzó a trabajar en 1994 con el apoyo de la Fundación McArthur en el Instituto Nacional de Salud Pública. Este proyecto tuvo como objetivo favorecer la visibilidad de la situación de las mujeres y sus necesidades desatendidas, trabajando en colaboración con redes y OSC nacionales y de la Región latinoamericana (Vega, 2013).[321]

Se ha documentado que las OSC integradas por mujeres que trabajan con VIH, solían tener mayores limitaciones para acceder a información, carecen del tiempo y recursos necesarios para hacer evaluaciones de sus acciones y, por ambos motivos, insisten en enfoques y estrategias que las desgastan y no arrojan resultados más positivos (Herrera, 2002).[322] La mayor parte de estas organizaciones desarrollaron esfuerzos importantes, pero muchas veces locales y solitario. No estaban vinculadas y no involucraban en su trabajo cotidiano a tomadores de decisiones ni a formuladores de políticas públicas.

Para otras fuentes, el papel que han desempeñado las OSC en el desarrollo de políticas preventivas y de prevención de la discriminación ha sido clave en México. No obstante, en términos de vulnerabilidad, se ha establecido que las OSC integradas por mujeres generalmente cuentan con menos recursos y personal profesional para dar una respuesta idónea a su problemática, en comparación con otros grupos sociales. A ello se agrega que de las iniciativas documentadas, pocas están dedicadas de manera específica a las mujeres y, de éstas, son aún menos las dedicadas sólo a atender su problemática ante el VIH (Vega, 2013).[323]

En contraste con las experiencias previas, otras formas de participación social han derivado en una respuesta más comprehensiva. Así lo muestra el caso de la región del Bajío denominado proyecto "Vida Digna", el cual tuvo como característica atender las necesidades específicas de cada localidad de la región, las cuales fueron detectadas a través de un instrumento denominado "diagnóstico comunitario participativo" (Cuadra, 2012).[324]

Dicho proyecto busco mitigar el estigma del VIH asociado a determinados grupos de población. Impulsó y fortaleció a diversas organizaciones civiles, una de las cuales organizó talleres sobre conocimientos para evitar el estigma y la discriminación asociados al VIH y a las poblaciones clave dirigidos a periodistas locales. Ello permitió la creación de un nuevo vocabulario en torno a las noticias relacionadas con el VIH y estos grupos y la diversificación de las acciones, como lo fue el desarrollo de materiales electrónicos.

Discusión y conclusiones

El caso mexicano representa un escenario relevante que ha propiciado diversas formas de participación social en salud y la formulación de iniciativas dirigidas a la ampliación de la cobertura de servicios de salud en el país. Ello ha sido el resultado de haber establecido desde hace décadas que los objetivos y alcances de las reformas sanitarias se pueden ver favorecidos mediante la participación de la población.

La búsqueda de la universalidad en el acceso y la cobertura de servicios han derivado en el desarrollo de estrategias por parte del gobierno mexicano dirigidas de manera específica a poblaciones en condición de vulnerabilidad económica, a la vez que han buscado responder a posicionar de manera más expedita temáticas relacionadas con la inclusión social y el derecho a la salud. Este objetivo ha influido en la búsqueda de un mayor aprovechamiento de recursos en las comunidades de más difícil acceso.

No obstante estos alcances, persisten retos de atención oportuna y de calidad ante otras necesidades de las comunidades, como ocurre con los casos de la salud ambiental o la salud materna. Para responder de manera más expedita a estos retos se han introducido nuevos debates sobre ciudadanía en salud, los cuales promueven incentivar otras formas de participación dirigidas a consolidar modelos de atención fundamentados en la separación de funciones y una mayor articulación, a fin de delimitar de manera más clara ámbitos de responsabilidad en materia de financiamiento y provisión de servicios (Arredondo *et al*, 2006).[325] Para ello, será necesaria la definición de incentivos para una mayor competitividad derivados de la libertad de elección, donde los ciudadanos ejercen un mayor control sobre el sistema gracias a la posibilidad de elegir la agencia aseguradora y prestadora (Ibarra *et al*, 2013).[326]

FORO DEL 4 DE ABRIL DEL AÑO 2013 "AVANZANDO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA, EQUITATIVA Y SOLIDARIA"[ciii]

El 4 de abril de 2013 se reunieron más de 60 expertos mexicanos, representantes de instituciones de seguridad social en salud de países vecinos y algunos expertos de la OPS/OMS Washington, para intercambiar opiniones y posturas frente a las preguntas formuladas con relación a los ejes del acceso y la cobertura universal en salud: ¿podemos en México avanzar hacia fondos mancomunados?; ¿podemos en México avanzar hacia "beneficios universales de salud garantizados" comunes para todo el sector?; ¿podemos en México avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios basado en la atención primaria?.

El debate fue abierto por los representantes del Seguro Popular, del IMSS y del ISSSTE, los tres grandes actores e instituciones de aseguramiento actuales en México. Desde dichas instituciones hubo acuerdo en que se debe tender a mancomunar los fondos con el objetivo de asegurar un gasto per cápita uniforme que avance en equidad, que contribuya a generar economías de escala y mejorar la administración del riesgo de toda la población, que evite la selección adversa, y que disminuya los gastos de administración.

Expertos participantes del foro del 4 de abril del 2013

En la discusión hubo énfasis en tratar de disminuir de manera gradual el aporte contributivo en relación al aporte vía impuestos generales y que los beneficios ganados por los derecho habientes de las actuales instituciones de seguridad social no pueden ser afectados, por lo que habría una exigencia de "nivelación hacia arriba" con el objeto de otorgar beneficios en salud equitativos a toda la población.

ciii Relatoría preparada por Osvaldo Artaza y revisada por los distintos grupos e instituciones participantes.

Se señaló la importancia de crear un "plan de salud común" para todas las instituciones, que se adapte a las necesidades locales, con una integración de los prestadores a través de la articulación funcional, requiriéndose el fortalecimiento de la rectoría y un cambio de modelo de atención que coloque el acento en el primer nivel de atención con amplia cobertura y capacidad de resolución con enfoque preventivo. Dicha articulación requiere de seguir avanzando en homologar, entre otros aspectos: la calidad, los sistemas de información, costos, padrones de beneficiarios, guías de práctica clínica, formación de recursos humanos en salud y procesos asistenciales.

Un aspecto especialmente referido es la percepción de "apropiación" que los trabajadores derecho habientes tienen con respecto a sus instituciones de seguridad social; lo que obliga a cambios graduales y respetuosos de dicho sentido de pertenencia, el cual tiene un fuerte sustrato histórico ligado con las conquistas sociales de determinados colectivos. Otro elemento destacado es la diferencia del perfil de la población afiliada a las instituciones pues, por ejemplo, el ISSSTE tiene a la población más envejecida, por lo que tendrá mayores incentivos hacia la mancomunación de riesgos. Es clave que todas las instituciones perciban que solidarizar los fondos tienen aspectos positivos para sus derecho habientes y que avanzar en esa línea no conlleva aspectos que puedan poner en riesgo la sostenibilidad tanto de sus instituciones como de los beneficios adquiridos por las personas.

Luego de la apertura generada por las instituciones públicas se abrió el debate entre los participantes. Como se esperaba, hubo gran diversidad de opiniones que listamos a continuación.

Los participantes plantearon la necesidad de un cambio constitucional que señale con claridad la garantía de derechos en protección social en salud; se señaló la urgente prioridad de realizar modificaciones legales, sobre todo las leyes del IMSS y del ISSSTE, que permitan, entre otras cosas separar los seguros de salud de otras prestaciones sociales y económicas, fortalecer de manera efectiva la rectoría de la Secretaría de Salud y de las 32 entidades federativas, y establecer claramente las facultades y responsabilidades de las instituciones para un uso más eficiente de los recursos, los que deben ligarse a desempeño en un contexto de estricta rendición de cuentas (por ejemplo los recursos del Seguro Popular). Se sugirió que los Consejos Estatales de Salud tengan competencias para planificar y conducir al sector en su conjunto en el nivel estatal, atendiendo a la política nacional en salud.

Se señaló que los beneficios en salud deben homologarse entre las instituciones partiendo del actual CAUSES como línea de base y tendiendo a igualar los beneficios con los que tienen los derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Asimismo, se propuso que el fondo único de financiamiento podría iniciarse con un "fondo de gastos catastróficos" común para todos los mexicanos (ver más adelante la presentación de IMSS-Oportunidades). A su vez se propuso que en el corto plazo la integración del sector debía darse a partir de homogeneizar el modelo de atención primaria y fortalecer la construcción de redes desde el primer nivel de atención. En relación con esto, se manifestó la necesidad de contar con una norma oficial mexicana que asegure la operación del sistema basado en la atención primaria.

Posteriormente, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) planteó su propuesta, la cual se presenta con mayor detalle más adelante en este capítulo. Esta organización coloca el foco de atención en los cambios para lograr la cobertura efectiva universal y el aumento de la eficiencia global del sistema. Para lo anterior, postula un fondo único financiado de manera inicialmente mixta, donde fuera aumentando la proporción vía impuestos generales con disminución gradual del aporte obrero-patronal, hasta dejar los aportes contributivos exclusivamente para solventar los problemas relacionados con accidentes de trabajo. Evidentemente dicha propuesta requiere de una reforma tributaria que debe mezclar modificaciones impositivas a la renta, a los productos nocivos a la salud (alcohol y tabaco) y al consumo. Se hizo especial énfasis en que los cambios tributarios debían "etiquetar" los recursos para salud y que el fondo único debía asignar recursos "ajustando riesgos" a la capitación para evitar la selección adversa. Junto con la propuesta de fondo, se señala que tanto el IMSS como el ISSSTE deben separar sus funciones de articulación financiera y de provisión de servicios, así como descentralizarse en la operación de la prestación como condición esencial para que mejore la integración a nivel de los Estados. Asimismo, se señaló que se debe explicitar legalmente y separar la función de articulación, la cual podría quedar a cargo de las actuales instituciones de salud, las que recibirían recursos capitados del fondo común y estarían obligadas a otorgar un paquete de beneficios universales, explícito, obligatorio y de calidad homogénea. Durante la transición, la diferencia de dicho paquete con lo que reciben en este momento los derechohabientes de la seguridad social podría seguirse financiando con los aportes obrero-patronales y disminuirse gradualmente. Como etapa intermedia a redes de carácter integral en los territorios, las instituciones que existen en la actualidad se constituirían en una red que competiría por las personas, las cuales tendrán libertad de selección en su red de atención. La competencia entre redes se transformará en un "motor" para mejorar eficiencia y calidad del sistema en su conjunto. También se reconoció que el ingreso de servicios privados es "controversial" señalándose que se propone una participación regulada (distinta a las "experiencias chilena y colombiana") en la que las instituciones privadas puedan desarrollar la función de articulación y prestación pero bajo las mismas condiciones y reglas de operación que las instituciones públicas, para otorgar el paquete de beneficios universales, con el mismo financiamiento per cápita, sin condición de pago o preexistencias, y sin selección adversa de los afiliados, lo cual requiere como paso previo esencial, la acreditación de la calidad de los servicios de sus redes de prestadores, por pate de la institución rectora.

Las personas y grupos que no comparten la propuesta de FUNSALUD, (ver más adelante), señalan que lo esencial en el debate es la relación con el objetivo: el derecho a la salud y por tanto debe darse contenido real a dicho derecho; también mencionan que los fondos y paquetes son medios y no fines en el logro de la cobertura universal efectiva y que no puede dejarse de lado el debate sobre cuestiones de fondo para construir en México un sistema único público e integral (SUS). Dicha postura se puede inscribir en la pregunta: "¿por qué no un servicio público único de salud en México?" y señala la inconveniencia de la participación de servicios privados tanto en el aseguramiento como en la subrogación de servicios. Para dicho planteamiento, se debe hacer un enfoque integral sobre las necesidades de la población en un contexto social e histórico que actúe sobre los determinantes sociales, que rompa con los paradigmas de la atención curativa y hospitalo-céntrica y asegure a todos los mexicanos el acceso a la salud como un derecho. No comparten la existencia de "paquetes" y plantean que el IMSS puede ser la base desde donde se construya un SUS, para lo cual debería aumentarse significativamente el presupuesto para la salud, la infraestructura y los recursos humanos de dicha institución.

Otros puntos señalados por los participantes se pueden resumir en los siguientes:

No es posible lograr cambios radicales en el Sistema Nacional de Salud de México sin agotar etapas previas tales como separar la provisión de servicios de salud de las pensiones ya que sin ello no es posible avanzar hacia la mancomunación de fondos; conocer los costos de las prestaciones en las diversas instituciones ya que sin ello es difícil continuar articulando el sistema; y el aumento de la inversión en salud vía cambios tributarios progresivos.

Se señaló la inconveniencia de consolidar la fragmentación a través de la creación de "articuladoras", así como la creación de paquetes de servicios que establecen desigualdades desde su arranque, se insiste en la necesidad de equidad ascendente, es decir que la cobertura de servicios del Seguro Popular se incremente para alcanzar lo que ofrece la seguridad social.

Se planteó la necesidad de debatir sobre mecanismos de racionamiento. En la seguridad social se daría a través de las filas de espera (restricciones en la oferta), en el sector privado a través de la demanda de acuerdo a la capacidad de pago (precio) y en el seguro popular se definiría burocráticamente a través del controversial mecanismo de paquetes (CAUSES). Se señaló que esta discusión sería central pues toca dos de las tres prioridades de la Secretaría de Salud, el acceso efectivo y la mejora de la calidad de la atención.

Hubo un comentario tajante en relación a que "no existe atención de primer nivel en México", ya que la inversión en dicho nivel es escasa y que está muy lejos la posibilidad de contar con equipo de cabecera por cada dos mil habitantes, que lo que existe es atención de primer contacto en la seguridad social y una precaria oferta de servicios con base en pasantes de medicina en los servicios estatales de salud. Esto es totalmente diferente a un sistema de atención primaria que se centra en equipos multifuncionales de trabajo, liderados por un médico de cabecera responsable de la salud de un grupo de familias con enfoque integral (prevención y acción comunitaria multisectorial sobre determinantes sociales).

Los datos de la ENSANUT 2012 señalan que existe una proporción entre 21 y 25% de la población que no cuenta con protección en salud, con una alta prevalencia de población de jóvenes que se encuentran en esta situación.[civ] También

civ Este porcentaje puede ser discutible dada la acotación que se hace en la aplicación de la ENSANUT 2012: "los registros administrativos reportaban al momento del levantamiento una cobertura de 51.1 millones de afiliados al Seguro Popular. La discrepancia entre el dato administrativo y la información reportada en la ENSANUT 2012 podría relacionarse en parte con el desconocimiento del informante sobre el estatus de afiliación de todos los integrantes del hogar... Finalmente, es importante señalar que la recolección de datos de la ENSANUT 2012 ocurrió entre octubre de 2011 y mayo de 2012, por lo que este informe tiene un desfase respecto de la información actualizada del

se cuestionó la veracidad de los datos de cobertura ya que la misma encuesta estima que en 2012 había entre 24 y 29 millones de individuos que no se identificaban con un esquema de protección en salud y de los cuales la amplia mayoría acudió a consulta ambulatoria en el sector privado. Incluso entre los que reportan tener algún esquema de protección en salud, cerca de la tercera parte acudió a atenderse al sector privado en la más reciente consulta ambulatoria. De estas consultas en el sector privado 40% ocurrieron en consultorios adyacentes a farmacias.

Con relación a fondos mancomunados, se señaló que habría sin duda instituciones para las que es no solo necesario sino urgente mejorar el perfil de riesgo actual. El perfil de la población que cubre cada una de las instituciones aseguradoras es claramente diferente, y esto genera riesgos diferenciales para las mismas. En los extremos, el énfasis en la población infantil lo tiene el SPSS lo que le permite tener una población más joven, en tanto que el ISSSTE, por la ausencia de crecimiento en la plantilla de la burocracia, se enfrenta a una población más envejecida. Mancomunar los fondos en ese sentido tendería a mejorar el pool de riesgo para las instituciones de la seguridad social, pero no para el SPSS.

Respecto a igualar los beneficios, se señaló que es un reto de largo plazo. Se requiere un trabajo importante de parte del SPSS para alcanzar los beneficios que ofrece la seguridad social. No obstante, también es cierto que los mecanismos de racionamiento no explícitos que implementa la seguridad social afectan la transparencia sobre la oferta real, lo que hace el abordaje de este tema aún más complejo. Homogenizar los beneficios de salud que ofrece la seguridad social y el SPSS tendrá que ser incremental si se busca un conjunto único de prestaciones, lo que puede representar una presión considerable de costos para el sector. En lo general, sería necesario definir con claridad el conjunto de beneficios que es posible garantizar con el esquema de protección alcanzado, que si bien debe tender a ser homogéneo para toda la población, debe ser acotado en términos de costo efectividad de las intervenciones. Al respecto se señaló que "sabemos de antemano que las necesidades siempre serán mayores que los recursos disponibles" y que habrá que justificar muy bien los incrementos (que al final los pagan las personas ya sea por impuestos o por contribuciones) ante los tomadores de decisión económicos y la ciudadanía.

En relación a la integración de la provisión, una de las opiniones se refirió a que se requiere un paso inicial para asegurar niveles aceptables de calidad y trato digno en los servicios públicos que los hagan resolutivos y atractivos a la población. La demanda seguirá con una alta utilización de servicios privados en tanto que los tiempos de respuesta de los servicios públicos (mecanismo de racionamiento) sean limitados tanto por infraestructura, como por la insuficiencia de recursos humanos e ineficacia del sistema (baja inversión en atención de primer nivel).

Se señaló que la segmentación del sistema actualmente existente no es casual,

padrón." Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, México, 2012, p. 34. De todas formas, independientemente de la exactitud de la cifra, está el desafío evidente de precisar la población aún no cubierta (NdR).

sino producto de procesos sociales e históricos los cuales hay que tener presentes a la hora de avanzar. Que hay que privilegiar el debate estratégico sobre los fines (más que sólo sobre los medios) y que en la actualidad hay condiciones favorables para el cambio (voluntad política y período de crecimiento), por lo que estamos ante un escenario de oportunidades que hay que aprovechar.

Varios participantes resaltaron la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y desarrollar modelos ambulatorios que hoy en día disponen de alta tecnología para sus propósitos.

Se destacó que si bien el Seguro Popular ha cambiado el escenario de acceso, no es conveniente sobrevalorar sus resultados ya que hay mucho por avanzar en relación a un uso más eficiente de los recursos. Se dijo que "el dinero no llega a donde tiene que llegar", faltando mucho por asegurar en términos de transparencia y rendición de cuentas. Por otro lado, se señaló que es indiscutible el aumento de los recursos para la salud en los últimos años y que disminuyó la brecha de financiamiento entre las instituciones, pero que no se incrementó en igual proporción el acceso efectivo, habiendo pendientes en eficiencia. Por tanto, en esa línea de pensamiento, la unificación de fondos sería un "punto de llegada", requiriéndose de muchos pasos previos en la operación del sistema, en las políticas regulatorias y en la reformulación de marcos legales como se ha mencionado con anterioridad.

Durante la reunión se señaló que México es un país con amplia diversidad social que exige trabajar en el contexto del respeto a la diferencia, renovando el lenguaje y la acción, el modo de actuar con y para la ciudadanía comprendiendo los aspectos culturales, étnicos, de género, etc., presentes en la sociedad. Asimismo se dijo que se debía reorientar el modelo de atención de manera que los servicios sean y estén en el hábitat de las personas, que ya no es posible "esperar al paciente" y que se debe buscar contar con servicios de salud que actúen de manera intersectorial sobre los determinantes sociales con participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas.

Se planteó la necesidad de comprender que los diversos actores actúan pensando de buena fe en garantizar el acceso igualitario "no habiendo agendas ocultas." También se mencionó que hay que superar el "falso dilema" de modelos únicos o excluyentes y que el financiamiento es y seguirá siendo predominantemente público, así como la prestación es, y con mucha probabilidad continuará, siendo mixta. Esto de alguna manera determina que debe aprovecharse lo que hoy se tiene disponible con el objeto de ofrecer mejoras de acceso a la población.

Otra opinión destacó que en ninguna parte del mundo se ofrece todo a todos y que el primer paso es fortalecer el primer nivel de atención reconociendo los diversos requerimientos de la población urbana y la rural y que hay que potenciar las tecnologías de la información y comunicación hoy disponibles.

Por otra parte, se puso en duda la voluntad real de cambios ya que éstos requieren de modificaciones legales muy complejas, existiendo la gran limitante de que para los médicos "la atención primaria no está en sus cabezas". También se expuso que durante muchos años se ha discutido en México sobre "lo que

queremos, lo que debemos y lo que podemos", y que los aspectos técnicos no siempre están acompañando de forma adecuada por los aspectos políticos.

También se expuso la importancia de aumentar la inversión pública en salud y que el endeudamiento para sustentar infraestructura de primer nivel de atención es un medio posible y razonable, que es necesario identificar "donde estamos", a partir de la construcción de mejor evidencia y fortalecer la medición de aspectos esenciales tales como "cuánto se necesitaría en inversión y recursos humanos para una atención de alta resolución de un primer nivel de cobertura universal". Además, se puso atención sobre la incorporación del sector privado en la prestación de servicios, ya que esto podría constituirse en una competencia por los escasos recursos públicos.

De igual forma se indicó, que la salud y el nivel de la misma no es producto de la atención médica o de las acciones aisladas de los servicios de salud o de la seguridad social "sino de lo que como sociedad hagamos y participemos bajo un enfoque de determinantes sociales y de reducción de riesgos, rompiendo el paradigma de atención a la salud por el de atención de daños".

Se hizo referencia a que si bien se logró avanzar de forma significativa en cobertura de afiliación de la población en un esquema de aseguramiento público, se debe alcanzar el acceso efectivo para que el uso de los servicios por la población sea una realidad y exista un impacto o efecto positivo sobre el nivel de salud. Asimismo se señaló que el actual marco jurídico, desde un punto de vista práctico, obliga a replantear los mecanismos para avanzar en la construcción de derechos en salud con garantías exigibles, que sean universales, progresivos, indivisibles e inalienables, lo que involucra a los tres niveles de gobierno, con el compromiso de avanzar en una etapa de construcción de "abajo hacia arriba" de un nuevo modelo de atención a la salud, bajo los principios de la atención primaria a la salud, reforzando la capacidad resolutiva local y, sobre todo, garantizando la participación social comunitaria.

Se abordaron de manera complementaria una larga lista de pendientes en el ámbito técnico de los "cómos" y sobre la necesidad de profundizar en ellos: acciones multisectoriales efectivas de prevención; garantía de derechos en salud; mejoras en el abasto de medicamentos; garantía de calidad; políticas de recursos humanos (en particular respecto a la política salarial); aumento de competencias e incentivos para la atención universal efectiva en el primer nivel de atención; aprovechamiento de la capacidad instalada de las diversas instituciones públicas, así como del sector privado y fortalecer la rendición de cuentas, por destacar algunos de los principales temas abordados. Muchos de estos tópicos son tratados en un planteamiento que se enfoca en temas críticos del corto y mediano plazo en la "Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud" elaborado por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (ver más adelante en el presente capítulo).

TALLER PARA EL DESARROLLO DE UNA AGENDA REGIONAL PARA HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, 5 DE ABRIL DEL AÑO 2013[cv]

Con el objeto de intercambiar opiniones respecto al papel de los hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud, la Secretaría de Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en México convocaron el día 5 de abril a directivos de hospitales de todas las instituciones. A dicho taller concurrieron más de 200 directivos de todo el país (ver listado de asistentes en anexo 2).

Directivos participantes del
Taller de Hospitales 5 de Abril del 2013

La jornada fue iniciada por la Representante de la OPS/OMS México, Dra. Maureen Birmingham, contó con las palabras del Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dr. Luis R. Durán, y fue inaugurada de manera formal con las palabras de la Secretaria de Salud, Dra. Mercedes Juan.

Luego de inaugurado el taller se dirigió a los asistentes el Dr. Reynaldo Holder, Asesor Regional de la OPS/OMS, quien señaló que en respuesta a la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y sus consecuencias en pérdidas de eficiencia y calidad los ministros de salud de las Américas propusieron como estrategia la adopción de Redes Integradas de Sistemas de Salud (RISS) con el fin de aprovechar de manera óptima y eficaz la infraestructura sanitaria existente en los países de la región. Asimismo, el Dr. Holder explicó cuáles son los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deben guiar el diseño e implementación de un modelo de RISS centrado en la Atención Primaria de la Salud (APS). Luego de plantear los aspectos esenciales de las RISS, se describió la hoja de ruta para la construcción de una propuesta regional sobre el papel de los hospitales en las RISS, que se espera culmine con un posicionamiento de los ministros de salud de las Américas en el futuro próximo.

Con relación a las reuniones de los gerentes de hospitales sostenidas en otros países, se plantearon tres premisas con respecto a las presiones y retos actuales

cv Relatoría preparada por Osvaldo Artaza y revisada por los participantes.

de los hospitales: sin los hospitales no hay RISS, con los hospitales pero con el "*status quo*" de la cultura hospitalaria no hay RISS, y sin RISS no se solucionarán los problemas de los hospitales. A la pregunta de ¿cómo integrar los hospitales con los otros establecimientos de los servicios de salud?, se dijo que el hospital es un poderoso símbolo social, que usualmente no trabaja en red y replica en su interior la fragmentación de los sistemas, la estructura sanitaria consume la mayor proporción de recursos presupuestarios, el hospital es el principal espacio formador del recurso humano de salud especializado, y tiene confundidas las tareas de primer, segundo y tercer nivel de atención. Lo anterior se traduce en que el hospital asume acciones que no son costo efectivas, duplica esfuerzos, no busca economías de escala, y no genera alianzas.

Con relación a la visión de futuro de un hospital en RISS, los gerentes hospitalarios en los eventos de los diversos países de las Américas, señalaron que se espera que: rindan cuentas sobre sus resultados sanitarios, productivos y financieros; sean transparentes en su gestión, cuidadosos en la seguridad de sus usuarios y respetuosos del medio ambiente; sean organizaciones con capacidades de autogestión y que cuenten con equipos de gerencia estables (carrera gerencial), amplios y multiprofesionales capaces de apoyar que las decisiones se tomen de forma descentralizada en los equipos clínicos y en función de las necesidades de los usuarios y los requerimientos de la red.

En el marco de la construcción de esta agenda –en la cual ya han participado muchos países y casi un millar de directivos hospitalarios– se inserta el presente taller, el cual contó con la mayor convocatoria de las Américas.

Trabajo en grupos y conclusiones

1. Lo primero que todos los grupos de trabajo señalaron fue el gran valor de tener la oportunidad de juntar a los directivos de diversas instituciones y de distintos estados de la Federación.

2. Todos reconocieron que se está desencadenando una serie de cambios que generan tensiones y obligan a modificar prácticas. En respuesta a los cambios epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y socio culturales, los hospitales tienen que redefinirse y emprender profundas reformas para hacer viable la implementación de RISS. Este concepto se considera esencial para mejorar la accesibilidad del sistema, para adaptarse a la demanda real, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Hoy el hospital debe ser flexible para adaptarse a los cambios en:

- El perfil epidemiológico y demográfico que se traduce en nuevas demandas y requerimientos por la atención hospitalaria.
- El nuevo perfil del usuario que demanda satisfacer sus expectativas y que entiende que sus necesidades en salud son derechos que deben ser resueltos.
- La presencia del fenómeno de la violencia y de requerimientos específicos en los ámbitos de género, de etnias y otros grupos vulnerables.
- Las nuevas tecnologías que son incorporadas a los servicios y que presionan por recursos y competencias de quienes las utilizan.
- Los nuevos modelos de gestión y de organización a nivel hospitalario.

3. Se señaló que difícilmente el hospital, con su estructura actual, podrá responder a dichos cambios si no mejoran los niveles de atención ambulatorios, sobre todo el primer nivel de atención. Es allí donde, dotado de recursos financieros, humanos y tecnológicos y de un sistema de monitoreo constante, se debe resolver de forma integral la mayoría de las necesidades de la población. Todos los participantes manifestaron su disposición a apoyar el fortalecimiento del nivel ambulatorio, el cual debe efectuarse sin detrimento del nivel hospitalario. Es clave desarrollar un modelo preventivo que actúe de modo intersectorial sobre los determinantes sociales y que anticipe el daño, teniendo como eje la promoción de la salud. No debe olvidarse la salud mental y bucal, las cuáles suelen ser relegadas, y de enfoques específicos a grupos especiales tales como adolescentes, tercera edad, grupos étnicos, entre otros.

Para que los hospitales en México puedan responder de forma correcta a las necesidades de los usuarios, es esencial que la población tenga una cobertura adecuada de servicios de nivel ambulatorio con enfoque anticipatorio al daño, y con alta capacidad resolutiva, de manera que sólo se deriven a los hospitales las patologías más complejas, o en estadios avanzados que no pudieron tratarse o compensarse en el nivel ambulatorio con el apoyo del hospital, o que no se puedan resolver en los otros niveles de atención por la capacidad instalada con la que cuentan. También es imprescindible que el primer nivel tenga capacidad para recibir pacientes desde el hospital, cuando ya se haya resuelto el problema agudo y otorgar los cuidados continuos de extensión hospitalaria (entre ellos cuidados paliativos prescritos por el médico especialista); que el primer nivel haga seguimiento ambulatorio y brinde atención a domicilio a pacientes dados de alta y evite recaídas; que se cuente con un eficiente sistema de referencia y contra referencia de pacientes, asociado a sistemas de capacitación continua, tutorías, acompañamiento y asistencia técnica desde el hospital; que el primer nivel tenga competencias para el manejo de pacientes crónicos.

4. Es necesario potenciar la integración inter institucional a nivel estatal. Para ello es esencial:

- Mejorar la rectoría de los Consejos Estatales de Salud, para lo cual probablemente deban efectuarse cambios legales.
- La rectoría a nivel de los estados debe facilitar un sistema de gobernanza común y una planificación compartida de infraestructura, tecnologías y recursos humanos para optimizar y aumentar la sinergia de lo existente, así como potenciar polos de desarrollo racionalmente. Aunado, deben ajustarse las carteras de servicios a las necesidades de las poblaciones y fomentar la complementariedad de las unidades que se encuentren aledañas así como mejorar la subrogación del servicio en el sector privado con un esquema de mejor regulación.

- Integración de los sistemas de información. Deben existir padrones comunes de beneficiarios, ficha clínica electrónica común, sistemas de costeos de prestaciones compartidos, sistemas de evaluación de desempeño comunes que permitan identificar benchmarking interinstitucional y sistemas informáticos de apoyo a la gestión hospitalaria.

- Economías de escala interinstitucional. Se deben establecer bancos de sangre regionales, laboratorios centrales, telemedicina, sistemas de información radiológica compartida, sistemas de abasto compartidos, etc.

- Se debe buscar la homologación en la gestión que han logrado las diversas instituciones. Aprender de las buenas experiencias.

5. Mejorar la comunicación entre niveles, instituciones y hospitales, y la comunidad.

6. Los hospitales deben estar dotados de manera adecuada de recursos financieros, tecnológicos y humanos con el objeto de cumplir con su papel social o en su caso implementar acciones especiales para optimizarlos (cambio de políticas en RR.HH).

7. Se debe revisar de forma constante los procesos asistenciales, administrativos y logísticos con el objeto de lograr mejoras en eficiencia y calidad. Es esencial que dentro de las mejoras de micro gestión se invierta en el desarrollo de una cultura de la calidad, en mejorar el clima laboral para aumentar el compromiso del personal y que trabajemos de forma innovadora en las farmacias hospitalarias. Es urgente que incorporemos herramientas de gestión clínica modernos tales como las Guías de Práctica Clínica, los GRD y sistemas de costeo y de gestión por procesos.

8. Es urgente abordar el tema sindical realizando alianzas por la calidad en beneficio de los pacientes y prestadores. Es esencial cambiar las políticas salariales. Hay que tender a generar homologación de condiciones laborales entre las distintas instituciones y crear incentivos para una distribución adecuada de RRHH (según las necesidades de salud), completar las dotaciones y contar con especialistas; esto es acercar los servicios de medicina especializada acorde a la demanda de servicios de la población, o promover acciones de formación de los mismos con esquemas probados en México (Instituto Politécnico Nacional, Programa de Médicos Rurales). En el ámbito de los recursos humanos, es clave fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria de modo que las instituciones formadoras generen profesionales en número, perfil y competencias requeridos con certeza laboral (bases). Se deben desarrollar programas de formación continua para homologar los RR.HH y alcanzar las competencias que requieren los hospitales. De acuerdo con el perfil epidemiológico, se deben desarrollar programas de formación continua para homologar planes de estudios en las distintas universidades.

9. Debemos potenciar la formación en gerencia y estimular competencias para la gestión sanitaria en redes.

10. Junto con el aumento de recursos financieros, se debe aumentar la flexibilidad del uso de los recursos, disminuir la burocracia y aumentar las facultades para auto gestión en un contexto de transparencia, probidad y rendición de cuentas. El financiamiento debe estar asociado al desempeño, la productividad y la calidad de la atención médica; así como a factores tales como la ruralidad, la pobreza de la población atendida y la complejidad de los servicios que se prestan.

11. El hospital debe ser amigable con los usuarios, la comunidad y el medio ambiente. El hospital debe trabajar en forma transversal y abierta a las comunidades y a las redes sociales.

12. Debe aprovechar mejor los medios de comunicación para fortalecer el trabajo y la confianza con la comunidad, así como su participación activa.

13. El hospital debe ser flexible y guiarse por las políticas sanitarias (enfoque estratégico) y debe estar ajeno a la política partidista.

14. Es importante contar con una buena definición de carteras de servicios por establecimientos y niveles que posibilite un sistema de referencia y contra referencia eficaz, efectivo y eficiente, el cual sea constantemente evaluado y perfeccionado. Asimismo se debe utilizar la telemedicina para aumentar la eficiencia de los servicios y contención de costos de los usuarios para el traslado de pacientes para la atención médica hospitalaria.

15. La responsabilidad de un cambio en salud no es exclusiva del sistema de salud, ya que es muy importante la acción inter sectorial y la estrecha colaboración con otras instancias de gobierno para atender los factores determinantes, como por ejemplo la responsabilidad de la Secretaria de Educación Pública para que desde la formación primaria se imparta la cultura de salud, con el fin de educar a los niños sobre los cuidados y atenciones que debe de tener su salud. Asimismo, es importante aumentar la capacidad rectora de la autoridad sanitaria con respecto a los centros formadores de recursos humanos en salud, de modo tal que se cierren las actuales brechas y déficits y asegurar número y competencias de profesionales para un modelo de atención basado en la APS y el trabajo en redes.

El hospital ideal para México

El hospital del futuro es una institución pública, responsable de contribuir al bienestar de la comunidad, forma parte de la red de servicios de una región o Estado y está hermanado con los establecimientos de nivel ambulatorio y de las distintas instituciones. Dispone del financiamiento, infraestructura, tecnologías costo efectivas y competencias de su personal, tanto administrativo como operativo, que requiere la población según su cartera de servicios. El hospital da apoyo a los niveles ambulatorios y recibe apoyo de los establecimientos de mayor complejidad.

El hospital se maneja de manera auto gestionada y eficiente, usa sus recursos con transparencia y rendición de cuentas. El hospital recibe incentivos por su buena gestión y es cuidadoso con el medio ambiente.

El hospital del futuro tiene un expediente clínico común con los demás establecimientos e instituciones. Brinda atención de calidad, con calidez y seguridad a sus usuarios. Contribuye al desarrollo de su personal, a la formación de futuros profesionales, a la investigación y a la innovación en salud. Marca la pauta en la priorización de acciones para el primer nivel de su competencia y capacitará permanentemente a los médicos de su red con enfoque en la APS y mediante la revisión de casos.

EL CAMINO DE LA UNIVERSALIDAD EN SALUD EN MÉXICO

Guillermo Soberón Acevedo[cvi]*;*
Gregorio Martínez Narváez[cvii]

Es frecuente que se considere todo cambio o transición del sistema de salud mexicano como una empresa de insuperables dificultades y magros resultados; sin embargo, en la historia reciente del país existe un antecedente de gran valor, el denominado cambio estructural de la salud llevada a cabo en la década de los años ochenta del siglo pasado. Estos cambios fueron propuestos por una organización de vida efímera, la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, que funcionó de agosto de 1981 a diciembre de 1982 y que tuvo como mandato "determinar los elementos normativos técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud a fin de integrarlos en un Sistema Nacional de Salud que dé cobertura a toda la población." Las ideas centrales de este cambio se plasmaron en el libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud* que ha sido calificado como un parte aguas en la historia contemporánea de la salud en México.[327]

El hecho más trascendente del cambio estructural fue la incorporación, en 1983, a la Constitución Mexicana del derecho a la protección de la salud. Continúa con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, que sustituyó al 7° Código Sanitario vigente, y la creación de las leyes estatales de salud en los años subsiguientes. Seis reglamentos sustituyeron a más de ochenta farragosos documentos y culminó con el diseño y la publicación de más de 300 normas técnicas. Esta nueva estructura legal sirvió de base para el desarrollo de una reforma sustantiva y gerencial que incluyó cinco grandes estrategias: la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, la sectorización institucional, modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.[328]

Estas acciones de largo alcance fueron apoyadas por sólidas políticas de desarrollo de recursos humanos, de información, de investigación, de evaluación y de producción de insumos para la salud, todas ellas medidas relevantes para mejorar el desempeño del sistema de salud. Otros componentes que se ha podido allegar el Sistema Nacional de Salud a raíz de la aplicación de estas leyes y estrategias, representan valiosos recursos con que se cuenta para poder aspirar a alcanzar la universalidad de los servicios, pues constituyen una plataforma para nuevos avances mediante el aprovechamiento de los desarrollos institucionales.

cvi Presidente del Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE, Presidente Emérito de la Fundación Mexicana para la Salud, Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina, Miembro de El Colegio Nacional.

cvii Prosecretario del Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE, Director de Evaluación SSA , Director de Evaluación de Funsalud, autor de *Un Sistema en busca de Salud,* México, FCE, 2013.

El valor del derecho a la salud.

En la actualidad existe un acuerdo general de que la salud es uno de los derechos del hombre, así lo ha aceptado la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde 1948. Los países latinoamericanos han hecho un compromiso detallado en esta materia en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos de San Salvador, en 1988, y lo han reflejado en sus constituciones y leyes reglamentarias.

En 1983 se logró en México la inclusión del derecho a la protección a la salud en nuestra Carta Magna se afirmó que:"[…] la Constitución da mandato al Estado para que se aboque a dar cumplimiento a ese derecho social."[329] Tomando en cuenta este primordial derecho, en un Estado moderno, se aprecian tres argumentos de gran valor para emprender la reconstrucción del sistema de salud mexicano dentro de un marco de universalidad que supere su actual segmentación:

- Es un deber moral compartir los recursos que dispone la civilización en materia de ciencia y tecnología, esto mediante un esfuerzo conjunto para atender a todo ciudadano en situación de necesidad.
- El Estado moderno, dentro de sus finalidades implícitas, tiene la obligación de crear y proveer las condiciones para atender la salud como un derecho ciudadano primordial en las mejores condiciones posibles de eficacia, eficiencia, equidad y calidad.
- El Estado Mexicano tiene necesidad de llevar a la sociedad una medida de gran penetración y eficacia para recobrar la confianza en la convivencia social y mostrar las ventajas de la vida organizada y solidaria. Es decir, debe crear un sistema de salud basado en el concepto de la universalidad.

El problema de la segmentación del sistema nacional de salud (SNS) en México.

Razones históricas y sociales han determinado que en nuestro país los recursos se hayan dirigido a ciertos grupos poblacionales mediante distintas agencias gubernamentales y que éstos sean atendidos en distintas instituciones según la naturaleza jurídica de su condición laboral. Así, los que disfrutan de una relación de trabajo no precario están bajo el cuidado del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) si laboran para el Gobierno Federal son protegidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Cerca de la mitad de los mexicanos no son derechohabientes de la seguridad social (ni del IMSS, ni del ISSSTE), pues no disfrutan de una relación laboral estable. Estas personas son atendidas por instituciones de salud gubernamental bajo la égida de la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y, recientemente, por el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular. En cada uno de estos segmentos existen funciones de financiamiento de los servicios y funciones de prestación de los mismos; así como acciones de vinculación y coordinación de unas y otras. A consecuencia de esta situación de segmentación hay una severa inequidad que conlleva a graves diferencias en la magnitud de los recursos destinados a los grupos poblacionales señalados y, por lo tanto, la calidad de la atención es variable.

Aquí no se agotan los componentes institucionales. Un inventario de los esquemas existentes muestra la amplia diversidad del SNS: los sistemas estatales de Protección Social en Salud o Seguro Popular; el programa IMSS–Oportunidades, que otorga servicios de salud a la población rural; los servicios médicos de PEMEX, la SEDENA y la SEMAR, que forman parte de las prestaciones de seguridad social de que disfrutan los trabajadores de esta empresa paraestatal; los institutos estatales que proporcionan atención médica como parte de esquemas de protección y seguridad para los trabajadores al servicio de los gobiernos de los Estados como es el caso del ISSEMYN (del Estado de México), ISSTESON (de Sonora), ISSTELEON (Nuevo León), etc.; los servicios médicos de la Cruz Roja Mexicana; el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que ofrece servicios de rehabilitación y dentales y otras prestaciones sociales; los servicios médicos para trabajadores bancarios y otras empresas a las que el IMSS hace reversión de cuotas; los hospitales dependientes de los gobiernos estatales (Guadalajara, San Luis Potosí); los servicios para los trabajadores del tren subterráneo "Metro"; las policías auxiliares en el Distrito Federal; los empleados de la Lotería Nacional y para los de Pronósticos Deportivos; los esquemas de atención de las empresas de seguros para trabajadores privados, que en un tiempo se integraron bajo el esquema de instituciones de seguros especializadas en salud (ISES); y servicios privados de médicos generales y especialistas en consultorios, clínicas y hospitales, así como las redes de Farmacias de Similares (doctor Simi) y las Farmacias del Ahorro, que además de venta de medicamentos proporciona atención médica.[330]

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha sido especialmente crítica refiriéndose a los resultados de esta situación pues ha expresado que:

> La población mexicana se caracteriza por una inequidad considerable en el estado de salud y en el acceso a los servicios médicos, en especial la población pobre, sobre todo la de las zonas rurales. Esto se revela en las condiciones de salud deficientes en lo general, en comparación con otros países de la OCDE. Los arreglos financieros para la atención médica en el sector público han resultado en niveles bajos de gasto per cápita en salud, en particular entre quienes no pertenecen al sistema de seguridad social. El débil desempeño en términos de los objetivos del sistema de salud también revela la fragmentación institucional del sistema de atención médica e ineficiencias en el ámbito de los prestadores de servicios. Este menor desempeño es un factor que limita el desarrollo de la capacidad productiva de la economía.[cviii]

Un sistema basado en la universalidad como respuesta a la institucionalización del derecho a la salud tendría grandes ventajas para el desempeño del sector.

cviii Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de salud, México, Prefacio, p - 3, 2005.

Los principios para un sistema de salud de carácter universal

Es evidente que la salud es un derecho que se acompaña de principios de carácter general y de valores que por su naturaleza tienen vigencia y forman parte de la universalidad. Son particularmente destacados los siguientes: equidad entendida como la distribución de los satisfactores de manera proporcional a las necesidades;[331-332] la calidad, referida tanto a la satisfacción del paciente como a la forma apropiada y eficiente con que se aplica la tecnología;[333-334] la seguridad financiera, dirigida tanto a garantizar la atención como a evitar los "gastos catastróficos;"[335] la eficiencia, referida tanto a la clínica como a la forma en que se aprovechan los recursos;[336] la satisfacción del usuario como una evidente manifestación de la eficacia operativa y social de los servicios de salud; y la cobertura que consiste en la disponibilidad y alcance a servicios a los tres niveles de atención.

A lo anterior se añaden factores estructurales que son particularmente importantes como son la competencia entre proveedores de servicios, pues, cualquiera que sea la forma de administración, la productividad y el buen desempeño dependen de una forma justa de competencia entre prestadores de servicios, la separación del financiamiento de la prestación de los servicios y la potencial aplicación de una buena mezcla pública privada[337] que introduce fórmulas para mejorar la eficiencia y la calidad.

Otros factores de carácter estructural son: la vigencia de la descentralización que conlleva la transferencia a los niveles locales de competencias, funciones, bienes y capacidad de gestión, conservando la administración federal las atribuciones de normar, planear, evaluar, definir políticas fundamentales. Un aspecto no menos importante con relación a la asignación financiera es la separación del financiamiento de la prestación de los servicios; y los arreglos de mezcla pública privada.

Un enunciado de la universalidad.

En principio, es necesario hacer la debida distinción entre cobertura universal con la verdadera universalidad. La cobertura es el alcance de un universo determinado mediante un esquema previamente definido; es decir, un mecanismo de acceso de los usuarios a una red de servicios de salud; en tanto que la universalidad es un concepto de mucho mayor amplitud. Tal vez no sea posible expresar en una simple definición el contenido de la universalidad, pero si es posible, tomando en cuenta los trabajos y experiencias internacionales, enunciar los requisitos que conforman un sistema de salud de efectiva universalidad:

- Tener capacidad de proporcionar servicios eficaces de salud a todos los ciudadanos, en todas las etapas de su vida y conforme a sus necesidades, atendiendo variables demográficas y epidemiológicas.[338]
- Estos servicios deben ser proporcionados con equidad, oportunidad y contar con los atributos de calidad que les confiere la medicina moderna.[339]
- Debe contener los elementos estructurales y de gestión para lograr el adecuado aprovechamiento de los recursos que la sociedad destina para el sostenimiento y la operación de su sistema de salud.
- Su diseño debe estar enfocado a distribuir la carga financiera en forma equitativa y al mismo tiempo fortalecer la competitividad nacional Esto quiere decir que el gasto total debe ser pagado por todos los ciudadanos de acuerdo con su ingreso, o al menos de su capacidad de pago de impuestos, ya que el financiamiento tiende, cada vez más, a ser aportado por fondos públicos.[340]
- El sistema debe producir satisfacción tanto a los diferentes grupos de usuarios como a los propios proveedores de los servicios, sean públicos o privados.
- El esquema organizacional debe corresponder a una efectiva descentralización con participación de todos los niveles de gobierno, con una equilibrada distribución de competencias. El nivel central conserva las facultades de planeación, políticas de financiamiento y regulación para la equidad; los niveles operativos corresponden a los estados y municipios.
- El sistema debe comprender una adecuada separación entre el financiamiento y la prestación de servicios, apoyado en eficientes mecanismos de compra a diferentes proveedores, públicos y privados, así como desarrollar formas de pago que estimulen la productividad y la calidad.[341]
- Es necesario que el usuario pueda contar con diversas opciones para la elección del proveedor de servicios de su preferencia; así mismo es preciso que tenga acceso a la información que le permita efectuar dicha selección.[cix]

Lineamientos para el desarrollo de la universalidad

Derivado de lo anterior, varios criterios son evidentes para el avance en la universalidad. En principio, es preciso *convocar la intervención de sectores* de la sociedad y de las instituciones no solo de salud, sino también de otros rubros sociales, todas ellas en torno a una voluntad y decisión política de largo alcance.

El *gradualismo* es un elemento crucial para asegurar el avance y la consolidación de los esfuerzos conjuntos. El gradualismo implica que la transición de un sistema de salud segmentado a uno de carácter universal debe darse mediante un proceso integrado por etapas definidas en las que se pasa de una etapa determinada a la siguiente una vez que la primera ha sido completamente asimilada. El proceso constituido por las sucesivas reformas emprendidas a través de los últimos cinco sexenios gubernamentales ha movido condiciones que favore-

cix Los derechos de los pacientes, Ley General de Salud arts. 29 y 30, México.

cen la transición a la universalidad tales como: el ya mencionado acercamiento entre los grandes subsistemas del sector salud, la profundización en el conocimiento de los elementos que propician las diferencias entre los protagonistas sectoriales que son opuestos al acercamiento que propicie un sistema único, la naturaleza de las fuerzas que favorezcan o sean contrarias a garantizar la portabilidad de los derechos de los prestadores y de los usuarios en el tránsito de un sistema de salud segmentado a uno no segmentado, entre otras cuestiones.

La creación del Sistema de Protección Social de Salud y su brazo ejecutivo, el Seguro Popular, da respaldo económico al cuidado de la salud de un porcentaje elevado de los mexicanos que encuentran que el cuidado de su salud es custodiado por una garantía social incluida en nuestra carta magna. En todo caso, separar el financiamiento de la prestación de los servicios facilitará la posibilidad de que cada usuario sea atendido por el prestador que le parezca y que pague por estos servicios la institución correspondiente.

Por las dimensiones que conlleva el esfuerzo de la búsqueda de la universalidad en salud, es preciso poner en práctica acciones de diversa magnitud y profundidad que pueden ser comprendidas en las siguientes tres categorías:

- *Estrategias de largo alcance y magnitud* que implican cambios estructurales para homogeneizar la operación y el sustento financiero de las instituciones de seguridad social y de salud, así como ajustes legales generales y de las instituciones de salud. Asimismo, puede ser importante dentro de estas estrategias de profundidad una formalización legal de la universalidad y un plan nacional combinado de desarrollo de infraestructura pública de salud con funciones de regulación sobre la privada.

- *Estrategias intermedias* destinadas a la coordinación funcional y operacional de las instituciones. En este caso se encuentran los convenios entre las instituciones de salud para la portabilidad de los derechos de los usuarios; los convenios con instituciones privadas como son las empresas aseguradoras, los servicios para empleados bancarios, organizaciones médicas de atención primaria y hospitales; y el establecimiento de un sistema efectivo de compra y pago de servicios.

- *Instrumentos estratégicos operacionales*. Estos deben contribuir a la coordinación sectorial y a la atención homogénea. Entre estos instrumentos, son trascendentes la actualización de la referencia de pacientes entre niveles de atención y los establecimientos de apoyo como son los laboratorios, los centros psiquiátricos y los de rehabilitación, los subsistemas de ambulancias y traslado de pacientes, y la estandarización del sistema de información en salud y de rendición de cuentas.[cx]

cx Soberón G, Martínez G. Documento de 46 páginas entregado al Secretario de Salud, maestro Salomón Chertorivski, julio 2010.

Una visión ambiciosa.

En un reciente libro, *Un Sistema en Busca de Salud*, uno de nosotros, Gregorio Martínez Narváez, ex Director General de Planeación de la Secretaría de Salud, recoge experiencias de trabajo en el IMSS y el ISSSTE.[342] En esta obra se considera que la actual disposición institucional es un lastre muy poderoso, cuyos contenidos conducen de forma inevitable a la inequidad, la duplicación de estructuras administrativas, al dispendio y a la ineficiencia. Después de un estudio exhaustivo del sector y sus instituciones, así como de los principales sistemas de salud del mundo, propone un modelo innovador basado en una intensa participación ciudadana apoyada en un número selecto de profesionales, todo ello con financiamiento de fondos provenientes de los impuestos federales, estatales y municipales. En este planteamiento, el cuidado de los servicios personales estará separado de la seguridad social y de las acciones de salud pública.

Los ciudadanos estarán encargados de la toma de decisiones a nivel central y estatal, a la manera del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido pero aquí llevado hasta el nivel jurisdiccional. En cada caso, se contará con un apoyo administrativo con funciones limitadas al registro, control y manejo contable. Los comités de usuarios seleccionarían a los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, sin intermediarios que encarezcan los costos y hagan selección negativa de pacientes, como sucede en las organizaciones de mantenimiento de la salud de los Estados Unidos (*Health Management Organization, HMO*) y en Colombia. Se dará preferencia como prestadores de servicios a las asociaciones de trabajadores de la salud pero siempre habrá libertad de elección por parte del usuario.

Se plantea, así mismo, una etapa de transición de intensa planificación y de cambio gradual del sistema institucional para la preservación de los beneficios de los usuarios y la homologación de prestaciones, asegurando la capacidad de respuesta de las infraestructuras existentes para proporcionar los servicios.

Para llevar adelante el proceso, el autor propone un modelo basado en algunas características que describe a detalle (ver dicho planteamiento más adelante en la sección del Dr. Martínez Narváez), así como varios mecanismos y estrategias, entre éstas destacan: a) el desarrollo de infraestructura con capacidad de resolución; b) la contratación y pago de los servicios; c) la gestión operativa; d) sustitución de servicios; e) la movilización social en torno al cambio; f) la garantía de oportunidad y calidad de los servicios; g) la relación del sistema con los usuarios; y h) el financiamiento. Considera que en México hay dos factores que se oponen a este cambio, uno psicológico que consiste en la costumbre de pensar siempre en la inercia del esquema actual y el otro, de indudable realismo, la reducida recaudación fiscal, una de las más bajas de América Latina, pues los países que han alcanzado la universalidad gastan en salud un mínimo del 7.4% del Producto Interno Bruto, mientras que el nivel de gasto en México es de 6,3%.[343]

Consideraciones finales.

Las reformas sanitarias que se han aplicado en el Sistema Nacional de Salud de México han tenido una buena continuidad en los cinco sexenios gubernamentales transcurridos entre 1982 y 2012. Por eso Jesús Kumate afirma que "En salud sí ha habido una política de Estado."[cxi] La revisión de los Programas Nacionales de Salud formulados en cada uno de los lapsos señalados así lo denotan. Se ha dado una mayor cohesión sectorial con programas interinstitucionales efectivos que han significado un mejor desempeño institucional y, consecuentemente, una creciente mejoría de los indicadores de salud.

Es relevante que después de un cuarto de siglo de la última reforma estructural efectuada en nuestro país exista un movimiento cada vez de mayor intensidad que reúne a funcionarios, trabajadores de la salud, instituciones nacionales e internacionales, para promover, estudiar y proponer un cambio que lleve a un mejor sistema de salud mexicano basado en el concepto de la universalidad. También, es estimulante que este movimiento convoque y aglutine a un número creciente de personajes de varias generaciones interesados en un cambio que asegure la equidad, la eficacia y la calidad en salud para todos los mexicanos, todo ello en torno a un modelo de universalidad que contribuye a la dinámica social que prevalece en los estadios de mayor bienestar a pesar de los graves problemas que experimenta su economía. Es seguro que la inercia intelectual y voluntad de avance que se ha despertado, así como el sano interés por una vida segura y armónica, será un gran estímulo para producir un sistema de salud con la calidad a la que todos aspiramos.

cxi Laudatio a Guillermo Soberón Acevedo de Jaime Sepúlveda, artículo en *Este país*. v. 192, marzo 2007.

PROPUESTA DE FUNSALUD

Eduardo Gonzalez Pier, Alba Moguel Ancheita;
Cuauhtémoc Valdés Olmedo; Héctor Arreola Ornelas

Es evidente que existen consensos en las mesas de trabajo que, desde diferentes iniciativas, han discutido la necesidad de formular una reforma al Sistema Nacional de Salud (SNS) que permita avanzar hacia un sistema universal, garantizando el acceso efectivo a la protección social en salud para todos los mexicanos y recuperando la eficiencia del sistema para lograr sustentabilidad financiera. Es también claro que nos falta mucho por definir sobre aspectos puntuales de dicha reforma. En FUNSALUD consideramos que sería útil en esta reunión aportar algunas propuestas para iniciar el debate que nos permitan la construcción de estas definiciones y recoger la opinión de los expertos internacionales sobre algunos temas críticos y esenciales para la formulación de la reforma.

El primer cuestionamiento es cómo constituir un fondo único para financiar solidariamente todo el sistema de salud de México, que puede ser a través de impuestos generales o integrando aportes patronales. En FUNSALUD consideramos que debe ser integrado en forma mixta inicialmente, financiando un conjunto de beneficios universales garantizados a través de impuestos generales y conservando una proporción del financiamiento a través de cuotas obrero-patronales. En la medida que se vayan incorporando beneficios universales, la proporción de la aportación patronal y de beneficiarios iría disminuyendo gradualmente. Los únicos beneficios que finalmente se conservarían financiados a través de cuotas obrero patronales serían los accidentes y enfermedades de trabajo, que corresponden a un capítulo distinto de la seguridad social.

La construcción de este fondo y el incremento de recursos para garantizar la universalidad de servicios de salud, implica una reforma fiscal que puede lograrse a través de una combinación de gravámenes sobre el consumo general y el ingreso además de analizar la incorporación o redistribución de impuestos especiales, que por ley tendrían como destino específico financiar la atención médica de la población mexicana. Esto incluye gravar más la producción y el consumo de productos nocivos para la salud, y aumentar el impuesto a la renta y al consumo pero etiquetando los recursos para salud, lo que le conferiría aceptabilidad del incremento por parte de la población. Colocar impuestos a medicamentos también sería una opción siempre que éstos puedan ser nuevamente deducibles.

A partir de un fondo único de financiamiento, se requiere definir cómo realizar la asignación de los recursos. Mantener la segmentación del sistema y que el fondo asigne per cápita los recursos a las actuales instituciones no contribuye a balancear los riesgos, ni disminuye los desequilibrios y la inequidad entre los grupos de población adscritos a las instituciones con diferencias en estructura por edad y sexo, y en sus condiciones de vida. La generación de un sistema único de salud que actúe de modo descentralizado en cada estado de la federación implicaría desectorizar al IMSS, al ISSSTE y a otras instituciones de seguridad social.

Una alternativa que propone FUNSALUD es la de crear instituciones articuladoras que reciban el dinero directamente del fondo y que lo destinen a los prestadores operando redes plurales de atención a las que se pueda afiliar cualquier persona independientemente de su condición laboral o su pertenencia a alguna institución de seguridad social. De esa manera, se aprovecharían los recursos actualmente disponibles de la capacidad instalada sectorial y se iniciaría una recuperación de la eficiencia de las redes de servicios por niveles de atención.

Un debate crucial es el ingreso del sector privado en la administración en salud que consideramos importante, pero en un esquema diferente al que se ha dado en los casos de Chile y Colombia. La participación podría darse en la función de articulación de las redes de proveedores, entendida esta función como la administración del recurso y la vigilancia de la operación de la red de servicios. El alcance de esta función no permitiría la definición de diferentes planes de beneficios, esa es una función de la rectoría y los beneficios explícitos garantizados serían universales. No podrían establecer ninguna condición para la incorporación de población. Ni por edad y sexo, ni por capacidad de pago, ni por preexistencia de enfermedades. De esa manera estarían en el mismo plano que las instituciones públicas actuales.

El interés de las instituciones privadas en participar como articuladores o prestadores estaría en el ingreso fijo que el fondo les asigne por persona afiliada. Dicho sea de paso que esta afiliación sería voluntaria y por un período determinado, y que el monto correspondiente per cápita sería con ajuste demográfico por edad y sexo para evitar la selección adversa y con un refinanciamiento en el caso de intervenciones de alto costo, para disminuir el impacto del riesgo retrospectivo.

Para la prestación de servicios se requiere definir un conjunto de beneficios explícitos garantizados universales, incluyendo una lista de intervenciones de alto costo. Dichos beneficios serían intervenciones obligatorias para los proveedores, financiadas por el fondo único. Las intervenciones no incluidas en dichos beneficios seguirían siendo financiadas a través de cuotas obrero-patronales en la seguridad social, a través de primas de seguros privados o a través de gasto de bolsillo de las familias. De esta manera los trabajadores y sus familias que hoy reciben atención a casi todas sus necesidades de servicios de salud no verían afectado el alcance de su servicio actual, ya que lo único que cambia es el fondo de financiamiento de las intervenciones.

Un debate importante requiere analizar si la integración funcional del sector permite avanzar hacia un sistema universal.

El intercambio de servicios como actualmente está concebido en los convenios para la integración funcional, responde a un esquema de subrogación de servicios por falta de capacidad de respuesta; por lo tanto, no hay libre elección ni portabilidad del beneficio. La única intervención que se ha realizado como sector integrado es la emergencia obstétrica pero, como no se deriva de la decisión del médico/institución de envío, se enfrenta a múltiples obstáculos para la validación y pago del servicio.

El esquema más eficiente para la articulación y prestación de servicios sería la integración orgánica de las instituciones del sector en un organismo único con descentralización a las entidades federativas; sin embargo, no puede realizarse de forma inmediata, por lo que se propone un primer esquema en el que las instituciones de salud actuales con representación estatal funjan como articuladores de redes plurales de servicios escalonados en niveles de resolución, fortaleciendo la atención primaria, recibiendo el financiamiento de un sólo fondo y otorgando la atención a la población afiliada, sin distinción de su condición laboral o pertenencia a la seguridad social.

La calidad de la atención médica debe ser un atributo natural de las redes de servicios. Actualmente, se persigue mejorar la calidad para la certificación de los establecimientos o para calificar para premios de calidad; sin embargo, creemos que la competencia entre las redes de servicios establecida por la libre elección de los usuarios, presionaría a los prestadores para elevar su calidad y trato digno, con el propósito de conservar y atraer usuarios que corresponden con recursos del fondo único.

Además, dentro de la función de rectoría, se propone introducir la función de auditoría médica para garantizar la aplicación correcta de guías de práctica clínica que le otorguen eficiencia y calidad homogénea a la atención médica de todas las redes.

Finalmente, es necesario preguntarnos cómo se puede llegar a consensos que nos permitan dar los primeros pasos de la reforma. Teniendo en mente la estrategia de separación plena de funciones del SNS, consideramos que el primer paso que se requiere es fortalecer la función rectora, para la definición de políticas y la planeación estratégica. La rectoría exclusiva de la Secretaría de Salud permitiría alinear las acciones tendientes a la separación de las demás funciones.

Para el fortalecimiento de la rectoría, FUNSALUD ha propuesto la concentración del esfuerzo en cinco funciones:

- Conducción del Sistema.
- Diseño del esquema financiero y gestión de los recursos.
- Coordinación intersectorial.
- Protección de la población contra riesgos sanitarios.
- Rectoría de la calidad y protección al usuario.

El segundo paso, simultáneo, podría ser la separación de los seguros de salud de las demás prestaciones de la seguridad social con el propósito ulterior de desvincular la articulación y prestación de servicios de salud de la relación laboral.

El tercer paso, es la identificación de costos de las intervenciones que puedan integrarse a un primer conjunto de beneficios universales, lo que determinaría el tamaño del fondo de financiamiento que se requeriría separar del presupuesto de salud.

Estos tres pasos son esenciales para avanzar en la reforma del sistema. Sin embargo, una primera acción que no requiere consensos es la definición clara de recursos presupuestales exclusivos federales y estatales para las acciones de salud pública, con reglas claras de asignación y de rendimiento de cuentas.

PLANTEAMIENTO DE IMSS-OPORTUNIDADES

Frinné Azuara Yarzábal[cxii]

1) ¿Se puede avanzar en México hacia Fondos Mancomunados?

Todo indica que existe consenso en que debemos aspirar a un esquema de financiamiento basado en impuestos generales al consumo que garantice el derecho constitucional de protección a la salud. Esta parece ser la perspectiva del Presidente de México sobre la seguridad social universal. No parece haber dudas de que un fondo nacional de salud basado en impuestos generales al consumo puede lograr una asignación eficiente de los recursos a los diferentes prestadores. Este parece que será el objetivo de la reforma fiscal. Sus ventajas serán que: materializará la separación de funciones entre financiamiento y prestación de servicios; mancomunará y se podrán gestionar los riesgos de forma agregada al aprovechar economías de escala en la carga de la enfermedad; y homogeneizará condiciones de acceso efectivo, cobertura y calidad.

En este objetivo, sin esperar a la reforma fiscal, podrían desarrollarse algunas iniciativas: reforma o adición al Artículo 4º de la Constitución estableciendo inequívocamente el derecho a la protección de la salud con independencia de la condición de aseguramiento para el Sistema Nacional de Salud; separación formal y jurídica de la atención a la salud de pensiones y prestaciones económicas en las Instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE); aprovechando la experiencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, crear un fondo mancomunado público para el sector salud con aportaciones federales para las 5-10 patologías más costosas, como germen del Fondo Nacional de Salud. Una propuesta similar ya fue esbozada en el Programa Sectorial de Salud del pasado sexenio e incorporadas a los Informes del IMSS en 2011.

2) ¿Se puede avanzar hacia "beneficios universales de salud garantizados "comunes para todo el sector?

Una agenda por un sistema más justo de salud precisa disminuir la inequidad que representan los diferentes "paquetes de prestaciones de salud" por grupos poblacionales. Es impostergable y posible ampliar la oferta de padecimientos de salud que otorga el sistema público a la población más excluida y pobre del país, cubierta por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y por el Programa IMSS-Oportunidades, al extender los servicios con hoy garantiza el CAUSES. En una etapa posterior, resultaría prudente aprobar y contar como instrumento legal con un catálogo de servicios públicos garantizados para toda la población que estableciera aquellas prestaciones de salud que se pueden financiar. Siempre es posible que, para evitar que la atención a la salud de los más pobres les genere gastos catastróficos por servicios no garantizados por este Catálogo, el sistema de salud púbico cuente con un mecanismo financieramente controlado de reintegro de gastos.

cxii Directora de IMSS-Oportunidades.

3) ¿Se puede avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios basado en la atención primaria?

Sin duda, la integración del sector salud puede y debe materializarse por encima de la buena voluntad de las instituciones por medio de dos acciones a corto plazo: a) dotar de verdadera rectoría jurídica a la Secretaría de Salud sobre las instituciones de salud; b) constituir una comisión para la integración del sector que dé pasos firmes en esta dirección: evitar duplicidades, homogeneizar criterios, tener una política laboral coordinada, etc. La Atención Primaria de la Salud (APS), su refuerzo y, en alguna medida en México, su reinvención son el espacio propicio para construir redes integradas de salud que garanticen a los ciudadanos la continuidad de cuidados por encima de la institución que les atiende. Esto exigiría a corto plazo: a) una Norma Oficial Mexicana que unifique criterios para la APS para todo el sector salud; b) pensar en una APS más resolutiva; c) una APS que se priorice desde el financiamiento incentivando acciones preventivas y la no derivación de casos a hospitales.

Construyendo la Seguridad Social Universal en Salud

Antonio Heras[cxiii]

Es posible, urgente y justo el acometer la reorganización del Sistema Nacional de Salud. Podemos afirmar que la actual segmentación del sector público de salud y la débil rectoría de la Secretaría de Salud, especialmente en la prestación de servicios de salud constituyen el factor principal que dificulta el camino hacia la protección social en salud.

Asimismo, se requiere una profunda reorganización, que manteniendo lo que funciona y socializando las buenas experiencias del Sistema Nacional de Salud, adopte decididamente un modelo de Atención Primaria y de Redes Integradas de Servicios, separe las funciones de financiamiento de las de prestación de servicios y establezca fórmulas cuasicontractuales de asignación de recursos a los establecimientos médicos por cobertura, indicadores de calidad y desempeño.

Agenda para la universalización y el acceso efectivo con calidad a los servicios de salud, previa a la reforma fiscal.

- Rectoría del Sistema Nacional de Salud
- Financiamiento y compra estratégica de servicios de salud
- Prestación con calidad y eficiencia de servicios de salud

cxiii Coordinador de Asesores Programa IMSS-Oportunidades. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Tabla 11. Rectoría del Sistema Nacional de Salud

Acciones/ Iniciativas legislativas, reformas marco legal /Programa Sectorial de Salud /Programas	Objetivos
1. Decreto del ejecutivo por el que se conforma el Sector Público de Salud.	Dar carta de naturaleza al "sector salud", bajo la rectoría de la Secretaria de Salud y precisando los ámbitos de esta rectoría
2. Creación de la Comisión para el estudio e integración del Sector Público de Salud en el seno del Consejo de Salubridad General y vinculado al Consejo Nacional de Protección Social en Salud.	Comisión "ad hoc" no permanente que reportaría un informe en 6 meses y que precisaría sus recomendaciones en relación con: 1. Integración organizacional de los Seguros Médicos y de Maternidad de las Instituciones de Seguridad Social: separación estructural de salud de las otras prestaciones económicas en las instituciones de seguridad social. 2. Integración financiera del Fondo Nacional de Salud y criterios para la asignación de cápita con ajuste de riesgo a los prestadores. 3. Recomendaciones en torno a la coordinación sobre condiciones laborales para los trabajadores de la salud. 4. Recomendaciones sobre la portabilidad, uso compartido de establecimientos médicos y facturación interinstitucional. 5. Modificaciones jurídicas requeridas en las Leyes del ISSSTE, IMSS e ISSFAM. 6. Propuesta del Catálogo para beneficios universales garantizados: a) en Atención Primaria; b) dar paso al sistema de reintegro de gastos para compensar servicios no garantizados transitoriamente que generen gastos catastróficos a las familias. 7. Criterios para la concertación de servicios de salud de financiamiento público con el sector social e iniciativa privada. 8. Revisión del papel futuro de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en la perspectiva de un Fondo Nacional de Salud como entidad financiera del Sistema.
3. Modificación a la Ley General de Salud y al Reglamento Interior.	Incorporar: La rectoría en el sector salud (ver punto 1); Las reglas de juego del Consejo Nacional de Salud.
4. Propuesta de adición al Árticulo Cuarto Constitucional.	Precisando el derecho constitucional a la protección a la salud para todos los mexicanos, con independencia de su condición de aseguramiento.

Tabla 12. Financiamiento y compra estratégica de servicios de salud

Acciones/ Iniciativas legislativas, reformas marco legal /Programa Sectorial de Salud /Programas	Objetivos
1. Constitución del Fondo Nacional de Salud para la Salud Pública.	Constituir el germen de lo que sería un Fondo Nacional de Salud Pública que integraría como Fideicomiso, desde la rectoría los recursos hoy dispersos asignados a las intervenciones esenciales de salud pública: vacunas y vigilancia epidemiológica.
2. Incorporación de la figura de los "Acuerdos de Gestión", inicialmente con los Hospitales de Alta Especialidad y de mediana complejidad como único mecanismo de asignación de recursos públicos para todas las instituciones de salud.	Cuasicontrato o Contrato-Programa que tendría como función: • Evaluar el desempeño y orientar las organizaciones de salud a los objetivos estratégicos y necesidades de salud; • Incorporar compromisos de calidad y seguridad de los pacientes; • Mejorar la rendición de cuentas; • Favorecer la comparación entre organizaciones de salud con el objetivo de mejorar la eficiencia.
3. Homogeneizar las condiciones de tratamiento, tarifas y supervisión de las patologías hoy incluidas en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos en todas las instituciones de Seguridad Social.	Con el fin de desarrollar en la práctica el Fondo Nacional de Salud y el carácter mancomunado de los riesgos, mediante un Convenio de Colaboración, las instituciones de Seguridad Social aceptan las reglas y tarifas de aplicación del Fideicomiso constituido al efecto en la Comisión Nacional de Protección Social, distribuyendo los recursos a sus prestadores mediante pago por evento.

Tabla 13. Prestación con calidad y eficiencia de servicios de salud

Acciones/ Iniciativas legislativas, reformas marco legal /Programa Sectorial de Salud /Programas	Objetivos
1. Declaración de convergencia de prestaciones de salud para toda la población en Primer Nivel de Atención.	En congruencia con los objetivos del *Pacto por México*, el sistema de salud podría concretar en breve plazo la universalización de las atenciones a la salud para todos los mexicanos: • Garantizando la ampliación de servicios del Paquete Básico Garantizado de las del programa familias Oportunidades al CAUSES; • Incorporando de forma progresiva los servicios aún faltantes para la población rural e indígena de IMSS-Oportunidades igualando los servicios al CAUSES; • Revisando el CAUSES para incorporar todos los servicios de primer nivel que hoy garantizan las Instituciones de Seguridad Social.
2. Regulación y unificación de la Atención Primaria en Salud.	Buscar la centralidad de la Atención Primaria de Salud mediante : • La elaboración y aprobación de una Norma Oficial Mexicana sobre contenidos, funciones y estructura de la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud; • Incluir un componente de incentivos institucional a los prestadores de primer nivel en función de su grado de derivación de patologías y capacidad resolutiva: modificando esquemas de financiamiento actual con esta premisa en todas las instituciones del "sector salud"; • Generar nuevas modalidades de contratos para profesionales de la salud en atención primaria con mecanismos de pago fijo y variable según elección del profesional; • Iniciar la reforma al Reglamento General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica con la Atención Primaria en Salud.
3. Creación del Instituto para la Calidad y la Evaluación del Desempeño del Sector Salud.	Contar con un órgano descentralizado, asimilable al Instituto para la Evaluación de la SEP, que actué como agente técnico en: • El establecimiento de las políticas de calidad y seguridad del paciente del sector salud; • Unifique y opere los procesos de acreditación y certificación hoy difícilmente justificables separados; • Integre las funciones actualmente adscritas al área de Calidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud y de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la misma Secretaría de Salud y áreas homologas de las instituciones de Seguridad Social.
4. Incorporar la figura del Defensor del Paciente en la Secretaría de Salud.	Agente activo a favor de la exigibilidad de los derechos de los pacientes y sus familias, la tutela de sus derechos, la interlocución ante organismos de derechos humanos y la protección de las garantías constitucionales en materia del derecho a la protección a la salud.
5. Generalización del Aval Ciudadano como expresión de la contraloría social.	Homogeneizando las funciones del aval en los establecimientos de salud, como expresión de ciudadanía en salud, preocupado por la calidad, el trato, las estrategias de mejora y el uso de los recursos públicos para generar confianza y capital social en el sistema de salud.
6. Desarrollo de tres programas de nueva generación que responden a los retos epidemiológicos, demográficos y de gestión de nuestro tiempo: • Programa Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos • Programa Nacional de Prevención y Gestión de la Cronicidad • Programa Nacional de Atención al Envejecimiento	Hacer visibles, coordinadas y con vocación de sector salud las acciones en favor de un sistema de salud que proporcione respuestas costo efectivas, basadas en la evidencia a los problemas de salud de alta incidencia y de destacado consumo de recursos.

HOSPITAL INFANTIL FEDERICO GÓMEZ

Onofre Muñoz Hernández

Se propone un sistema nacional de servicios de salud que permita alcanzar la universalización de la atención a la salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad, y hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas en el contexto de la seguridad social universal, financiado con impuestos generales con destino específico.

La universalización debe basarse en políticas viables financieramente y factibles operativamente que permitan el acceso a servicios de salud a todas las personas sin distinción de su condición laboral, en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

La propuesta del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) tiene 6 componentes:

1. Reorganización del sector salud. Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en sus funciones de regulación, de supervisión y evaluación y de organización de los servicios (para lo que hay que realizar cambios legales); financiar los servicios de salud con impuestos generales con destino específico (con la consiguiente modificación tributaria); integrar funcionalmente a las instituciones, lo que en una primera fase significa avanzar en la portabilidad de derechos de los beneficiarios y en la convergencia para otorgar servicios; fortalecer la infraestructura de atención de primer nivel; y aprovechar la oferta privada.

2. Evaluación global de desempeño del sistema. La propuesta incluye como elemento esencial un sistema único de seguimiento y evaluación del desempeño en función del estado de salud de la población, los determinantes de la salud y la calidad con sus tres componentes: efectividad técnica, seguridad y atención centrada en el paciente.

3. Estrategias comunes de mejora de la calidad. Las estrategias para mejorar la calidad se enfocan en mejorar los sistemas de información y evaluación con el fin de utilizar rutinariamente los datos provenientes del expediente médico electrónico y de otros sistemas de información y en utilizar la evidencia derivada de las evaluación para el diseño de intervenciones y programas orientados hacia la mejora de los servicios.

4. Propuesta de programas comunes de los servicios de salud del SNSS. Los programas de servicios de salud abarcan cuatro vertientes: atención a la salud pública, atención a la salud individual y familiar con énfasis en grupos vulnerables (poblaciones remotas y dispersas); atención a la salud individual y familiar en áreas urbanas y mejora de la capacidad de oferta de servicios hospitalarios.

5. Políticas de medicamentos. Se propone establecer una política de suministro de medicamentos e insumos para la salud del sector público que garanticen la gestión eficiente y el acceso efectivo, lo cual incluye fortalecimiento de la regulación y promoción de la prescripción razonada de los medicamentos y mejora en la negociación del sector, con acuerdos de servicio que garanticen un abasto no menor al 99.5% en las farmacias de las unidades de salud.

6. Producción social de la salud. Esta política se basa en la participación intersectorial y es la que tiene el mayor potencial para impactar la salud de la población. Se propone enfocarla en: el rezago asociado con la pobreza, los adultos mayores, los adolescentes, los problemas de la mal nutrición, accidentes, violencia y lesiones.

Análisis comparativo de las propuestas CONEVAL- HIMFG y FUNSALUD para la Reforma del sistema de salud en México: coincidencias y diferencias a juicio del equipo del HIMFG

Desde 1983 se declaró el derecho universal a la protección a la salud en México. Han pasado prácticamente 30 años. La gradualidad emprendida en ese periodo para alcanzar ese derecho ya no admite más prorrogas ni retrasos. La sociedad mexicana reclama y merece un sistema de salud justo e igualitario, que promueva la igualdad de oportunidades para todos y la atención prioritaria para aquellos que más lo necesitan.

Entre los documentos que se han hecho públicos pueden identificarse al menos dos propuestas, la generada en la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y la que se derivó de la solicitud por parte del CONEVAL a un grupo de investigadores independientes, organizados a través del Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

Universalidad de los Servicios de Salud

Las dos propuestas coinciden en la necesidad de que nuestro país busque alcanzar la universalidad en la provisión de servicios de salud. Ambas propuestas reclaman que el sistema debe estar orientado a buscar la igualdad en el acceso y en la provisión de servicios de salud, con un nivel de calidad derivado de los recursos disponibles, para todos los mexicanos. Por lo tanto, los servicios que proporcione el Estado deben estar constituidos por un sólo estrato, caracterizado por igualdad en el acceso, igualdad en la provisión e igualdad en la calidad de los servicios proporcionados.

La propuesta del CONEVAL- HIMFG es radical en el sentido de que sostiene que México está preparado para iniciar el proceso de alcanzar la universalidad de los servicios en forma inmediata, inicialmente con el primer nivel de atención y paulatinamente incorporando al segundo y tercer nivel en un plazo de 6 años. La propuesta de FUNSALUD no específica de manera explícita los tiempos en que el proceso debería llevarse a cabo.

La propuesta del CONEVAL- HIMFG incorpora a la salud en un contexto de pro-

tección social integral; es decir, forma parte de un conjunto de elementos que buscan de manera mancomunada proporcionar medidas de protección al bienestar ciudadano desde una perspectiva amplia de la salud, no sólo física, sino también mental, social, financiera y laboral. La propuesta de FUNSALUD no forma parte de una estrategia con estos alcances. Se enfoca de manera específica al campo de la salud.

Equidad horizontal y equidad vertical

Esta perspectiva de ofrecer igualdad de oportunidades en un sentido horizontal, para que todos los ciudadanos mexicanos tengan la posibilidad de acceder al Sistema de Salud cuando lo necesiten, requiere complementarse con un mecanismo de equidad vertical, que permita proporcionar más servicios a aquellos que más lo requieran; esto significa contar con políticas e instrumentos que dirijan los recursos de manera selectiva a las poblaciones en mayor desventaja y con mayores riesgos y problemas de salud. En este aspecto, la propuesta del CONEVAL - HIMFG hace explícita esta necesidad; la propuesta FUNSALUD no se declara de manera explícita en este sentido.

Atención primaria

La propuesta del CONEVAL - HIMFG enfatiza que la universalidad debe iniciar con el fortalecimiento y ampliación de la cobertura de la atención primaria y orientando los objetivos de los servicios para centrarlos en el paciente. La propuesta de FUNSALUD mantiene un enfoque de los servicios centrados en la organización.

Paquetes de servicios vs frontera de utilización de recursos

La propuesta del CONEVAL-HIMFG define el límite superior de la provisión de recursos en función de una "frontera de utilización de recursos" (definida en función de la que actualmente proporciona el IMSS y que debe ser actualizada de acuerdo a criterios de costo-efectividad de las intervenciones). Cuando los rendimientos sean decrecientes, la inversión deberá ser cubierta por el gasto privado; tal y como ocurre en todos los países del mundo con sistemas universales de salud. Este enfoque privilegia los argumentos éticos de justicia y se deriva de dar primacía al concepto de igualdad, ya que todos los ciudadanos son atendidos independientemente de su condición de salud o enfermedad y la limitación de recursos únicamente modula la intensidad con la que son atendidos y tratados. Los criterios para definir la frontera de utilización de recursos están basados en elementos clínicos, de índole pronostica, basados en la evidencia; así como en elementos económicos de costo-efectividad y sujeta a la consideración de los valores del paciente, en una atmósfera ética y de solidaridad social que busque alcanzar la igualdad de todos los ciudadanos.

La propuesta de FUNSALUD utiliza el concepto de "paquetes de salud", que estructura las enfermedades en compartimentos, por grupos de padecimientos, que en algunos casos son financiados por el Estado y otros quedan excluidos del apoyo social. Esta propuesta se basa en la búsqueda de optimización en el funcionamiento organizacional y administrativo, alcanzar una mayor eficiencia y privilegia el carácter utilitario de la maximización de beneficios. Con este enfoque, el sistema atiende únicamente a los enfermos que presentan las condiciones preestablecidas en la lista de padecimientos susceptibles de ser atendidos.

Enfoque de calidad de la atención de los servicios de salud

Las dos propuestas reconocen el papel estratégico de impulsar la calidad de los servicios. La propuesta del CONEVAL - HIMFG sigue el enfoque de calidad clínica utilizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que se basa en garantizar el acceso y promover la práctica de procesos con efectividad clínica técnica y efectividad clínica interpersonal, en la que la atención se encuentra centrada en el paciente. La propuesta de FUNSALUD mantiene el enfoque de mejorar la calidad a través de un enfoque de calidad industrial, basada en la gestión de calidad que destaca el papel administrativo-gerencial para alcanzar sus objetivos, en la que la atención se encuentra centrada en la organización.

La propuesta del CONEVAL - HIMFG incorpora otros elementos que de manera paralela deben implementarse, a fin de alcanzar una atención de alta calidad centrada en el paciente y que comprenden las siguientes: políticas de educación continua para el personal de salud, un marcado énfasis en programas dirigidos a fortalecer la ética de la profesión, el impulso a la medicina basada en evidencias y un programa de incentivos no monetarios. La propuesta de FUNSALUD por su parte, privilegia los aspectos relacionados con el financiamiento y la organización gerencial de los servicios, destacando el papel del sector privado en un mercado privado competitivo.

Otras coincidencias

Las dos propuestas coinciden en la necesidad de desarrollar sistemas de información robustos y el fortalecimiento del liderazgo y de la rendición de cuentas en todos los niveles del Sistema. Hay una clara similitud en la necesidad de alcanzar una convergencia estratégica en todo el sistema, fundamentada en la rectoría por parte del Estado, con el propósito de alcanzar la cobertura efectiva de los servicios.

Mercado regulado vs mercado competitivo

La propuesta de FUNSALUD se orienta a promover una mayor participación del sector privado a través de la presencia de articuladoras que proporcionen los

servicios en un mercado competitivo y a quienes el Estado paga por los servicios proporcionados. La propuesta del CONEVAL - HIMFG se fundamenta en la conformación de un mercado regulado, en la que los proveedores del sector privado son contratados por el Estado para proporcionar servicios específicos, no bajo condiciones competitivas, sino basados en el cumplimiento de estándares de calidad clínicos en función de la evidencia.

La propuesta del CONEVAL-HIMFG sostiene que la creación de mercados competitivos en el área de la salud propicia la desigualdad, debido a las distorsiones que se generan en un mercado en el que prevalece la asimetría de información, las externalidades, el riesgo moral y la selección adversa. Estas imperfecciones del mercado requieren de una regulación explícita que promueva la competencia interna por alcanzar los mayores niveles de calidad, ajustados por un determinado nivel de recursos existente.

Las dos propuestas coinciden en que la participación privada deberá incentivarse en ciertas áreas estratégicas, como la de medicamentos en el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y la formulación de nuevos y robustos sistemas e información que tengan la capacidad de incorporar la mayor parte de sistemas actualmente vigentes.

Las dos propuestas incluyen coincidencias fundamentales respecto al objetivo inmediato, que es lograr la universalidad de los servicios de salud para todos los mexicanos, sin distinción alguna. Sin embargo, sostienen diferencias sustanciales respecto a la forma en que puede alcanzarse ese objetivo; diferencias que en varios aspectos no son totalmente resolubles, ya que implican visiones diferentes de la salud, pero cuyas posiciones pueden acercarse en diversos puntos mediante una discusión y debate profundo y racional que permita contribuir a la construcción de un México que esté en condiciones de ofrecer un entorno de mayor igualdad a sus ciudadanos.

EL LEGADO Y QUÉ SIGUE

Octavio Gómez Dantés[cxiv]

En las dos últimas administraciones (2000-2006 y 2006-2012) se produjeron en el sistema mexicano de salud avances muy importantes en la cobertura de servicios integrales de atención a la salud. También se alcanzaron logros mayores en materia de calidad de la atención, protección contra riesgos sanitarios, transparencia y rendición de cuentas.

A partir de la creación en 2003 del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular, el gasto público en salud en México se triplicó en términos reales entre 2000 y 2012. Esto permitió ampliar la cobertura de servicios esenciales de salud a casi toda la población y ofrecer acceso universal a un paquete de servicios especializados que incluyen cuidados intensivos neonatales y tratamiento del cáncer en niños, VIH/sida y cáncer cérvico-uterino y de mama, entre otros. Esto aumentó el nivel de protección financiera de la población mexicana, que se reflejó en el descenso reciente de la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud. El incremento del gasto público permitió ampliar la infraestructura pública de salud con la construcción de 15 centros regionales de alta especialidad, más de 200 hospitales generales y casi 2,000 unidades de atención ambulatoria. El gran reto en materia de cobertura de servicios integrales sigue siendo la atención de los ciudadanos que habitan en comunidades rurales dispersas, sobre todo la población indígena que, aunque afiliada al Seguro Popular, todavía tiene problemas de acceso regular incluso a servicios básicos, lo que explica la persistencia de un número inaceptable de muertes maternas y muertes por diarreas y otras infecciones comunes en estas comunidades.

Otro logro importante fue incorporar el tema de la calidad de la atención a la agenda nacional de salud a través de programas como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), y la acreditación obligatoria de las unidades que ofrecen servicios al Seguro Popular. Estos dos programas tuvieron impactos importantes sobre todo en indicadores de calidad interpersonal (tiempos de espera, trato a los usuarios, condiciones de las instalaciones básicas). Ahora el desafío es implantar nuevas iniciativas para mejorar la seguridad y la calidad técnica de la atención, sobre todo de los pacientes que sufren de diabetes e hipertensión arterial, dos de las principales causas de muerte en nuestro país.

Por lo que se refiere a los servicios de salud pública, una de las medidas más trascendentes de los últimos años fue la reorganización e integración institucional de las actividades de regulación sanitaria de bienes y servicios mediante la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), encargada de vigilar la seguridad y efectividad de los nuevos medi-

cxiv Médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y maestro en salud pública y en políticas de salud por la Universidad de Harvard. Actualmente es investigador en ciencias médicas del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

camentos y otros insumos, regular la seguridad alimentaria, vigilar la aplicación de las normas medio-ambientales y de salud ocupacional, y regular la comercialización de sustancias peligrosas como el alcohol y el tabaco. Destacan también las inversiones recientes en materia de vigilancia y control epidemiológicos que han mejorado nuestra capacidad de respuesta frente a todo tipo de contingencias. Sobresale dentro de ellas el fortalecimiento de la red de laboratorios estatales de salud pública y de los planes y reservas estratégicas para enfrentar posibles epidemias y desastres, que fue decisivo en la pandemia de gripe H1N1 de 2009.

Cabe destacar el esfuerzo que se hizo en materia de transparencia y rendición de cuentas, áreas prácticamente inexistentes antes del año 2000. Aprovechando la Ley General de Desarrollo Social, que norma la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social, se amplió el acceso oportuno a la información en salud, se evaluaron de manera externa los programas prioritarios del sector y se publicó ininterrumpidamente el informe *México: Salud*, que en 2006 cambió su nombre a *Rendición de Cuentas en Salud*. Uno de los hitos en esta área es la evaluación externa del Seguro Popular, realizada en 2005-2006 por investigadores de la Universidad de Harvard y el Instituto Nacional de Salud Pública, que mostró los efectos benéficos que la política de ampliación de cobertura está produciendo en materia de protección financiera en la población mexicana.

Sin embargo, debe subrayarse que, en contraste con los esfuerzos federales, las iniciativas estatales en el rubro de transparencia han sido muy pobres. De hecho, uno de los grandes problemas asociados a la transferencia de recursos federales del Seguro Popular a los Estados es la poca transparencia con la que se asignan y utilizan una vez que se radican en las secretarías de finanzas estatales.

Además de estas innovaciones, el sistema mexicano de salud amplió y fortaleció diversas medidas de salud pública implantadas en México en el último cuarto del siglo pasado: el Programa de Vacunación Universal, las Semanas Nacionales de Salud, la promoción del uso de la terapia de rehidratación oral, la promoción de la lactancia materna, y las campañas de prevención y control del paludismo y del VIH/SIDA. Esto permitió cumplir anticipadamente con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de mortalidad en menores de 5 años y paludismo, y cumplir parcialmente con las metas en los rubros de VIH/SIDA y tuberculosis. La meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 difícilmente podrá alcanzarse, por lo que los esfuerzos en esta área tendrán que redoblarse.

¿Qué sigue?

Los frutos de la reforma al sistema mexicano de salud de los últimos años se resumen de manera muy contundente en una ampliación sin precedentes del gasto público en salud y un nivel de cobertura de servicios esenciales de salud de más de 90% que benefició sobre todo a la población de menores recursos. ¿Qué sigue?

En términos generales, el nuevo reto del sistema es la integración, que supone garantizar un paquete común de beneficios a todos los mexicanos, reducir los costos de transacción asociados a un sistema segmentado y garantizar el ejercicio efectivo e igualitario del derecho a la protección de la salud.

Existe un relativo consenso en el sector salud mexicano en el sentido de que se debe avanzar hacia la creación de un sistema único de salud financiado predominantemente con recursos públicos. Este sistema debe ofrecer un mismo paquete de beneficios a todos los mexicanos para así superar las diferencias que todavía existen entre los afiliados a la seguridad social y los afiliados al Seguro Popular, sobre todo en lo que se refiere a servicios especializados, dentro de los que se encuentran los tratamientos contra las enfermedades isquémicas del corazón, las complicaciones de la diabetes y el cáncer en adultos. En lo que no existe consenso es en el cómo, aunque circulan en el medio propuestas interesantes.

Julio Frenk, exsecretario de salud y actual decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, señala que la creación de un sistema único de salud requiere de una nueva generación de reformas: i) una reforma legal, que comprende cambios a la Constitución y a las leyes de seguridad social, que convierta a la protección social en salud en un derecho ciudadano y no solo laboral; ii) una reforma financiera para crear un fondo único de salud con el que se financie un paquete de servicios esenciales y de alta especialidad al que tendrían derecho todos los mexicanos independientemente de su condición laboral o estatus socioeconómico, y iii) una reforma en el modelo de atención que privilegie la promoción de la salud y la prevención, diversifique los espacios de atención y garantice la continuidad de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.

Las posibilidades de que estas reformas puedan concretarse en el curso de esta administración son bajas. El actual Gobierno Federal tiene en su agenda reformas muy ambiciosas (educativa, energética, fiscal) en las que parece estar concentrando todos sus esfuerzos. A esto habría que agregar la ausencia de una propuesta concreta de creación de un sistema único de salud dentro de la secretaría del ramo apoyada por los principales actores del sector. Aunque existen propuestas integrales que contemplan varias de las reformas comentadas en el párrafo previo, el pequeño grupo que toma las decisiones en la actual administración federal no parece haber hecho suya ninguna de ellas. A esto también contribuye el hecho de que la discusión sobre el futuro del sistema mexicano de salud es prácticamente inexistente. Los diversos actores del sector (sindicatos, grupos académicos, organizaciones de la sociedad civil) trabajan sus propuestas de políticas en un total aislamiento y no habido en el pasado reciente foros en donde aclarar y confrontar posiciones, y, eventualmente, crear consensos.

En estas condiciones políticas, parece razonable avanzar en los asuntos inconclusos de la reforma reciente: completar la afiliación de toda la población no asalariada al Seguro Popular, ampliar el acceso a servicios esenciales de salud de las comunidades rurales dispersas y mejorar la calidad de los servicios de salud, sobre todo en su componente técnico y en el nivel ambulatorio. No son tareas menores y de cumplirse pueden facilitar la eventual integración del sistema mexicano de salud.

1. Atención primaria y calidad de los servicios de salud: una deuda histórica

Ofelia Poblano Verástegui;[cxv]
José de Jesús Vértiz Ramírez;[cxvi]
Ángel Fernando Galván García[cxvii]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la atención primaria de salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.[344]

Por su parte, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) considera que la APS es la provisión de servicios de salud integrales y accesibles, otorgados por profesionales clínicos de la salud, quienes son responsables de abordar una gran mayoría de las necesidades de salud individuales y de construir una colaboración permanente con sus pacientes para proveer sus servicios en el contexto de la familia y la comunidad.[345]

Las principales diferencias entre ambas definiciones radican en la identificación explícita de la participación de la comunidad en la asistencia sanitaria (OMS), en contraste con el papel de los profesionales clínicos como proveedores de los servicios de atención primaria (IOM), así como en el planteamiento de su alcance, amplio en el caso de la OMS y restringido al ámbito clínico en la propuesta del IOM. Estas diferencias, a su vez, evocan un antiguo debate acerca de los enfoques de la salud pública biologistas y medicalizados versus perspectivas más amplias, integrales y estructurales.[346]

En México, la Ley General de Salud (LGS) es el instrumento jurídico más racional, consensuado, estable, exigible y público que dicta el "deber ser" las instituciones y organizaciones que conforman el sistema nacional de salud. En relación con la APS, en su artículo 2º, fracción IV, señala como una de las finalidades del derecho a la protección de la salud la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, y en el artículo 6º, fracción I, establece como un objetivo del sistema nacional de salud "Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas". Finalmente, en su artículo 26, la LGS dicta que los servicios de salud que brindan los sectores público, social y privado se organizan y administran, entre otros criterios, mediante el escalonamiento de los servicios y la universalización de cobertura.

Si bien los conceptos relacionados con la APS que aparecen en la legislación se aproximan a la definición de la OMS, en la práctica ha prevalecido una clara tendencia a identificarla con la atención ambulatoria y, en consecuencia, a entenderla más en el sentido en que lo hace el IOM. Esta tendencia ha propiciado que los estudios y propuestas en torno al fortalecimiento de la atención primaria, se refieran principalmente a la estructura de las unidades ambulatorias (profesionales, instalaciones y equipamiento), dejando de lado la necesidad de reforzar la capacidad del sistema para promover, en concierto con la comunidad, medidas que redunden en un mejor estado de salud de la población.

Otro tema soslayado en las propuestas centradas en la mejora de la estructura de unidades ambulatorias es el planteamiento de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención. Como se verá enseguida, las medidas tomadas para fortalecer el primer nivel no han tenido un reflejo en la calidad de la atención, entendida como el grado en que los servicios de salud para personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.[347] Mucho menos se ha observado un impacto positivo en la salud de la población.

Según las cifras publicadas en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), el gasto en salud se incrementó de manera importante, pasando de 188, 264 millones de pesos en 2000 a 630,633 millones de pesos en 2011. Los rubros en que proporcionalmente se observaron mayores incrementos fueron el gasto federal (4.3 veces) y el gasto de la población sin seguridad social (4.2 veces).

Esta información es congruente con lo reportado por Muñoz,[348] donde se observa una variación de 81.7% en el gasto público en salud entre 2000 y 2012. El mayor incremento en el período (152%) correspondió al gasto para la población sin seguridad social (Seguro Popular, Ramo 33, IMSS-Oportunidades y gasto estatal) que pasó de 87,105 millones de pesos en 2000 a 220,231 millones de pesos en 2012.

El incremento en el gasto público se manifiesta en parte en el aumento, entre 2000 y 2007, del número de unidades de consulta externa (de 18,102 a 19,495 = 7.1%) y consultorios (de 51,384 a 57,338 = 10.3%). Aunque es significativo que en el mismo período se observe un aumento proporcionalmente mayor en el número de consultorios en el sector privado (de 10,093 a 13,130 = 23.1%).

cxv Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, INSP. Consultora independiente. Ha ocupado posiciones de dirección en instituciones públicas y privadas de salud. Sus áreas de interés: la evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud, calidad y género, cáncer de mama. Autora o coautora de varios artículos sobre estos temas en revistas de circulación nacional e internacional, capítulos en libros y artículos de difusión y editora de dos libros.

cxvi Maestro en Investigación de Sistemas de Salud por la UNAM. Su principal campo de acción profesional ha sido la consultoría y formación de recursos humanos en temas relacionados con la gerencia, el liderazgo y la calidad de los servicios de salud. Actualmente es Coordinador Académico Adjunto de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud que se imparte en el Instituto Nacional de Salud Pública.

cxvii Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, egresado de la UNAM con mención honorífica; su ejercicio profesional y docente ha sido en materia de calidad de los servicios de salud, su cargo público más reciente fue Director General Adjunto de Articulación en el Consejo de Salubridad General, teniendo como principal responsabilidad el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Se ha identificado además la imposibilidad de evaluar el impacto en la salud de la población como resultado de programas prioritarios y emblemáticos del primer nivel de atención y de la atención primaria a la salud como "Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación", "Comunidades saludables" y "Vigilancia epidemiológica". En el caso de la vacunación incluso se ha identificado un retroceso pues, entre 2007 y 2011 "[…] El número de casos de enfermedades prevenibles por vacunación se incrementó en 37.1%, respecto del año anterior, al pasar de 16,198 a 22,212 casos [por lo que] la cobertura de vacunación disminuyó 0.4% en promedio anual, al pasar de 98.1% a 96.5%."[349]

La inefectividad de las estrategias que se han impulsado en el país desde 1997 para mejorar la calidad, en el primer nivel se puede verificar contrastando el importante incremento en el gasto público en salud con la utilización de los servicios proporcionados por unidades del sector privado. Según la ENSANUT 2012, entre el 28.4% y el 36.6% de la población con algún seguro público de salud acudieron a solicitar atención a unidades privadas. La misma encuesta reveló que, para recibir su última atención ambulatoria, poco más del 26% de la población acudió a este tipo de unidades, cerca del 17% lo hizo en farmacias y entre el 3 y 4% en otros sitios no públicos. Es decir, entre el 46 y 47% de la atención ambulatoria en el país no se proporciona en establecimientos públicos, lo cual deja claro que los logros en materia de cobertura son más aparentes que efectivos.

En estrecha relación con lo anterior está la imposibilidad de mostrar impactos en la salud como resultado de las acciones realizadas, por ejemplo, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). En la Auditoría de Desempeño realizada a este programa en 2011 por la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se expone lo siguiente:

> En 2011, se asociaron a proyectos de SICALIDAD 14,077 unidades médicas, el 78.2% de las 18,000 unidades del Sistema Nacional de Salud que no estaban asociadas a ese sistema, resultado superior en 18.2 puntos porcentuales a la meta comprometida del 60.0%; sin embargo, el indicador y la meta diseñados por la SS no permiten medir el cumplimiento del objetivo general del SICALIDAD. Asimismo, la secretaría no acreditó que para 2011 hubiera diseñado, operado y evaluado mecanismos para promover la calidad conforme a estándares de desempeño, mediante instrumentos y proyectos estratégicos.[350]

Lo anterior es congruente con lo reportado en el informe de la evaluación externa a este programa realizado en 2012, donde se concluye que:

> Sin un sistema integrado de información, no parece que SICALIDAD pueda obtener la información confiable necesaria para conocer y evaluar los cambios experimentados en cada institución. La ausencia de un sistema integrado de información sobre la calidad de la atención es probablemente la razón por la que todavía no puedan imputarse, sin lugar a dudas, los resultados de la atención a las acciones realizadas por SICALIDAD.[351]

Más aún, entre las principales iniciativas para promover la implementación de sistemas orientados a la mejora de la calidad en los establecimientos médicos, destacan el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM), del Consejo de Salubridad General (CSG), y el Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud. La enorme cantidad de unidades médicas ambulatorias en el país, tan solo en el sector público, rebasa por mucho la capacidad institucional para realizar las auditorías necesarias. Considérese, por ejemplo, el hecho de que, a la fecha, cuentan con certificado vigente por el CSG solo 129 establecimientos y que 36 más están en proceso de certificación. Si esta cantidad se compara con el universo de 19,495 unidades de consulta externa reportadas en 2007, el porcentaje de avance es insignificante (0.85). Incluso puede ser menor si se consideraran las unidades creadas entre 2007 y 2012. En cuanto a la acreditación, una evidencia de la incapacidad operativa de la Secretaría de Salud para realizar las auditorías necesarias es el siguiente hallazgo reportado también por la ASF:

> *Elaboración del programa de supervisión de establecimientos acreditados*
>
> Para 2011, la SS no contó con los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del sistema de acreditación de unidades médicas, debido a que a no elaboró el programa de supervisión para garantizar el mantenimiento de los requisitos de las unidades médicas que ya contaban con su dictamen de acreditación.
>
> *Aplicación del procedimiento de re acreditación de unidades médicas que prestan servicios de salud*
>
> La SS no acreditó que en 2011 hubiera aplicado el procedimiento para la re acreditación de unidades médicas en las que venció la vigencia de su dictamen.[cxviii]

Una de las medidas aplicadas por la Secretaría de Salud para tratar de superar este incumplimiento, consistió en dirigir un oficio a los titulares de los servicios estatales de salud informando que la vigencia de la acreditación sería por tiempo indefinido, y que esta medida aplicaba a unidades cuya acreditación hubiera vencido o estuviera próxima a vencer.[352] Los riesgos que esto representa son obvios, tanto para los pacientes atendidos en unidades que, aún sin cumplir con las condiciones mínimas establecidas por la propia Secretaría de Salud, continúen acreditadas a raíz de esta disposición, como para la credibilidad del propio sistema de acreditación.

Por otro lado, hay evidencias de que la atención ambulatoria no está teniendo el impacto esperado en la salud de población, así como de la ausencia de coordinación con el segundo nivel. Al respecto se comentan a continuación tres temas prioritarios para México: mortalidad materna, atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria.

En cuanto a la mortalidad materna, se ha identificado que más del 50% de las mujeres que mueren por enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), hemorragia obstétrica, aborto, sepsis, causas indirectas, enfermedades respiratorias y VIH, iniciaron su control prenatal en unidades del primer nivel durante el primer trimestre de embarazo y acudieron incluso hasta cinco citas de control en uni-

cxviii Auditoría Superior de la Federación, Grupo Funcional Desarrollo Social. Secretaría de Salud, Sistema Integral de Calidad en Salud. Auditoría de Desempeño: 11-0-12100-07-0422. DS-045. Disponible en: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0422_a.pdf; consultado el 27 de mayo de 2013.

dades del primer nivel. Por mencionar sólo las dos principales causas de mortalidad materna, de las 248 mujeres que fallecieron por EHE, el 77% eligió como primera opción de atención para su emergencia obstétrica una unidad de salud de primer nivel; en el caso de las muertes por hemorragia obstétrica, cerca de la quinta parte de ellas no recibieron atención antes de morir, lo que señala claramente la limitación para el acceso a un establecimiento con capacidad resolutiva o la inexistencia de servicios de salud en la localidad. De lo anterior se concluye que el contacto frecuente y continuo con los servicios de salud a través del control prenatal no asegura el tratamiento adecuado ni la referencia oportuna para resolver las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.[353]

La atención a pacientes con DM2 muestra mejoras significativas. Según la ENSANUT 2006 sólo estaban en control 5.3% de las personas con este padecimiento, y el tratamiento que recibían incluía insulina en 7.3% de los casos.[354] En cambio, en la ENSANUT 2012 se reporta un 24.5% de pacientes en control y el uso de insulina para 13%.[355] No obstante estos avances, en 2010 esta enfermedad fue causante de 82,774 muertes, 6.6% más que en 2009, lo que arroja una tasa de mortalidad de 76.3 por 100 mil habitantes.[356] Esta paradoja quizá se explique por el alarmante incremento de la obesidad en niños y adultos y su asociación con una mayor incidencia de la DM2, también evidenciados en la ENSANUT 2012.[361] Por otra parte, aunque la estrategia generada en las UNEMES de Crónicas ha mejorado el abordaje de la DM, su impacto ha sido muy limitado, tal como se muestra en la evaluación que la DGED realizó al modelo en 2012. Después de señalar que el consumo de recursos por la DM2 es de 15% de los recursos totales del SNS, la evaluación concluye que el modelo ha sido subutilizado por parte del primer nivel de atención, el cual, además de derivar pocos pacientes, lo hace tardíamente.[362] Las situaciones descritas evidencian que la promoción de la salud en el primer nivel de atención presenta aún grandes deficiencias que limitan su efectividad y tienen un impacto negativo sobre la salud de las personas.

Las condiciones sensibles a la atención ambulatoria (CSAA) son las afecciones en que la atención ambulatoria efectiva y oportuna disminuye los riesgos de hospitalización, ya sea previniendo el inicio de un evento, tratando una enfermedad aguda o controlando una crónica. La tasa de hospitalizaciones por CSAA es un indicador útil como medida indirecta de la efectividad de la atención primaria, por cierto presente en las evaluaciones de la OCDE. Además de mostrar el funcionamiento y equilibrio entre los diferentes niveles de atención, también aporta información sobre la equidad en la provisión de servicios. Al respecto, en México hubo en 2010 un total de 48,972 hospitalizaciones por CSAA en los hospitales de los SESA. Entre los grupos diagnósticos incluidos, el más frecuente fue la diabetes (69.5%), seguido de la hipertensión arterial (10.1%), mientras que las menos frecuentes fueron las condiciones bucales (1.7%) y las infecciones de vías aéreas superiores (1.0%). Se estimó una tasa de hospitalización por CSAA a nivel nacional de 15.3 egresos por 10,000 habitantes sin seguridad social de 20 a 64 años en 2010.[357] Esta tasa, si bien es similar a la de países como España,[358] ha sido considerada muy alta. Según el ODH, en México se observan variaciones muy importantes entre los diferentes SESA. Por ejemplo, Tabasco y Coahuila tuvieron una tasa de 37.6, mientras que Puebla, Baja California y Estado de México fueron las más bajas (7.2, 8.9 y 9.2 respectivamente). Esta discrepancia

muestra la heterogeneidad en la atención médica que se brinda en unidades ambulatorias, así como sus repercusiones tanto en la salud de la población (ya que resultan hospitalizadas personas que no debieron serlo) como en los costos que ello implica.

En síntesis, se identifican dos grandes pendientes en torno al planteamiento de una estrategia de APS en México: por un lado, la incorporación de una perspectiva ampliada de la salud pública que tome en cuenta temas estructurales como pobreza, equidad (económica, étnica, de género y generacional), educación, trabajo, democracia y libertad, y por otro, el diseño de acciones efectivas para mejorar la calidad de los servicios de salud tanto no personales (promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, regulación, control y mejora del ambiente), como personales (protección, prevención diagnóstico, curación, paliativos y de rehabilitación).[352]

Para incorporar la perspectiva ampliada en el diseño de la estrategia nacional para fortalecer la atención primaria a la salud en México será necesario considerar la participación de grupos de expertos de instituciones de salud como académicas, así como de los sectores público, social y privado. Se sugiere la organización de foros específicos sobre temas como los siguientes:

- Revisión de experiencias curriculares, tanto históricas como vigentes, con enfoque social y comunitario en la formación de recursos humanos para la salud. Entre otras, se puede incluir el *Plan de estudios experimental de medicina general* (Plan A-36) que impulsó la Facultad de Medicina de la UNAM entre 1974 y 1994, así como los planes de estudios vigentes de las licenciaturas y posgrados en ciencias de la salud que se imparten en las principales instituciones educativas del país. Otras experiencias más recientes y aún con vigencia que podrían ser tomadas en cuenta son la licenciatura en educación para la salud (Universidad Autónoma del Estado de México), la licenciatura en salud pública (Universidad Autónoma de Aguascalientes) y la especialidad en promoción de la salud y la residencia en salud pública y medicina preventiva (ambas impartidas por el INSP).

- Evaluación de la racionalidad en el diseño e implementación de iniciativas relacionadas con la atención primaria impulsadas por instancias como la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y, en el IMSS, por las unidades de Salud Pública y el Programa IMSS Oportunidades. Ello permitirá identificar lecciones aprendidas a partir del análisis de iniciativas exitosas, deficientes y fallidas.

- Integración de redes de servicios que incluyan la participación de la comunidad y rebasen la organización fragmentada que sigue caracterizando al sistema de salud mexicano. Será indispensable incluir un análisis de los intereses que se verían afectados, en especial, los usuarios, el papel de los sindicatos de las instituciones de salud, la industria farmacéutica y el gremio médico.

Para resolver el pendiente relacionado con la falta de acciones efectivas para mejorar la calidad de los servicios de salud en unidades ambulatorias, será necesario, de igual manera, trabajar en torno de los siguientes puntos:

- Establecimiento de un marco conceptual correcto, preciso y compartido por todos los actores institucionales involucrados en la estrategia. Se ha analizado ya el efecto devastador de impulsar una estrategia nacional, como SICALIDAD, sin contar con dicho marco.[357]

- Es indispensable vincular las acciones de mejora de la calidad que sean emprendidas como parte de la estrategia, con resultados esperados en la salud de la población en relación con temas y problemas prioritarios. Por ejemplo, la mejora de la calidad en torno de la diabetes debe incluir desde la promoción de la salud hasta la atención de complicaciones, pasando por la prevención, el diagnóstico y la atención ambulatoria.

- En función del punto anterior, se requiere el desarrollo de un sistema de información flexible y compartido que dé cuenta, más que de acciones realizadas, del logro de mejoras efectivas, tanto en la calidad como en la salud de las personas. El conocimiento de unidades que se afilian a un programa o de propuestas financiadas no arroja información sobre los resultados logrados. Es indispensable crear las condiciones para decidir si las acciones emprendidas son adecuadas, para fortalecerlas e institucionalizarlas, o si por el contrario, se requieren ajustes en ellas para garantizar un uso equitativo y eficiente de los recursos que fueron destinados a su realización.

- La creación de un mecanismo solidario para desarrollar capacidades para la mejora de la calidad en donde más se requieran. A diferencia de los habituales incentivos, como los modelos para el otorgamiento de premios y el financiamiento de acuerdos de gestión, se deberán privilegiar las acciones de asesoría y capacitación en las comunidades con mayor rezago en la calidad de sus servicios y la salud de sus poblaciones.

- Evaluación de los logros, avances y retrocesos de las dos grandes estrategias planteadas en México al respecto: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). También se sugiere la revisión de las iniciativas institucionales más importantes, como el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica en la Secretaría de Salud y, en el IMSS, el Plan Integral de Calidad, antecedente directo del Modelo de Calidad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI), aún vigente.

- Revisión de los resultados, propósito, alcance, enfoque, operación y perspectivas de la certificación y la acreditación, puntos que a continuación se comentan:

    1. Se hizo ya referencia a los pobres **resultados** en términos del número de establecimientos ambulatorios certificados y acreditados. De ser posible, habría que agregar a la discusión el efecto de la evaluación en la calidad de la atención brindada y, sobre todo, en la salud de las personas atendidas.

2. En vista de las limitaciones estructurales y operativas de las instancias responsables en el nivel federal, en cuanto al **propósito**, se propone transitar del reconocimiento (certificación) y la aprobación de transferencias de recursos (acreditación) a la identificación tanto de mejores prácticas como de deficiencias en el funcionamiento de los sistemas estatales y locales de salud. La identificación de deficiencias, a su vez, sería la base para promover el aprendizaje institucional y dirigir el financiamiento hacia su superación mediante el fortalecimiento de la estructura o el patrocinio de propuestas de mejora. Todo ello deberá estar enmarcado por un conjunto de prioridades establecidas con base en los principales temas y problemas de salud de las poblaciones en los distintos niveles de responsabilidad.

3. En relación con el **alcance**, se sugiere orientar la evaluación hacia el funcionamiento de los sistemas estatales y locales de salud. Por sistemas estatales y locales se deberá entender el reflejo, en las 32 entidades federativas y las más de 200 jurisdicciones sanitarias, de lo que establece la Ley General de Salud en su artículo 5° para el Sistema Nacional de Salud; a saber, que "[…]está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud."

4. En este sentido, la evaluación debería **enfocarse** en la forma en que los sistemas ejecutan, además de la atención médica, otras funciones como la regulación, autorización y verificación sanitarias, así como la educación, investigación y el financiamiento en salud. De este modo, al nivel federal le correspondería evaluar el funcionamiento de los sistemas estatales, al nivel estatal, el de los sistemas locales o jurisdicciones sanitarias, y a estas últimas, el de las redes de servicios en las localidades bajo su responsabilidad. La autorización de los servicios correspondería a los sistemas locales, liberando así a las instancias estatales y federales de una carga que, de cualquier modo, no están en condiciones de soportar.

5. Lo anterior facilitaría en gran medida la **operación** de los sistemas de certificación y acreditación. Si además se adopta la aplicación de métodos estadísticos para definir, en los distintos niveles, las muestras que permitan aplicar los diversos indicadores a evaluar, la tarea podría ser más factible. Al respecto, podrá ser de gran utilidad la recuperación de la experiencia en torno de la certificación de jurisdicciones sanitarias que se impulsó en México en la década de 1990 con base en la propuesta para la creación y fortalecimiento de los sistemas locales de salud de la OPS.

6. El conjunto de temas anteriores tiende a configurar una **perspectiva** propicia a la unificación de los sistemas de certificación y acreditación. Será necesario definir las nuevas instancias responsables de su diseño, implementación y operación.

Para lograr el objetivo de mejorar la salud de la población, el Sistema Nacional de Salud debe garantizar el derecho de los mexicanos a la salud y a su protección. Para ello es indispensable fortalecer la atención primaria desde una perspectiva amplia de la salud pública que rebase los modelos de atención centrados en la labor exclusiva de los clínicos, favorezca la participación de la comunidad y promueva la transformación de los determinantes de la salud con miras al desarrollo socioeconómico de las poblaciones. Es además urgente contar con una estrategia para la mejora de la calidad de los servicios y procesos que formen parte de la atención primaria, que parta de un marco conceptual correcto y consensuado, y se enfoque en la atención continua de los principales problemas de salud que enfrenta el país.

Cambios tan fundamentales en el Sistema Nacional de Salud, exigen la construcción de una visión racional de largo plazo, que incluya una serie de reformas al marco jurídico y a las estructuras orgánicas de las instituciones del sector. La ejecución de dichas reformas, a su vez, requerirá de la negociación, acuerdo y participación de grupos de interés que puedan afectar o verse afectados por ellas. Para asegurar el cumplimiento de las nuevas disposiciones, los sistemas de certificación y acreditación deberán unificarse y virar del reconocimiento de establecimientos y la autorización presupuestaria a la evaluación del funcionamiento de los sistemas estatales y locales de salud con el propósito de fomentar el aprendizaje institucional basado en la identificación y análisis de buenas prácticas y deficiencias en el desempeño de las funciones de atención, regulación, educación, investigación y financiamiento en salud.

Por último, la conservación del rumbo hacia un sistema de salud de alta calidad cuyo núcleo sea la atención primaria a la salud, así como la consolidación de los avances que en el camino se vayan logrando, sólo serán posibles mediante la creación de un sistema de rendición de cuentas centrado en los cambios en la salud de la población como resultado de la combinación de estructuras y procesos institucionales, y no más en el conteo de actividades dispersas y carentes de sentido.

2. Seguridad Social Universal: ¿Cómo garantizar un acceso efectivo al sistema de salud a todos los mexicanos?

Raul Livas Elizondo;[cxix] *Carmen Santamaría Guasch;*[cxx] *Juan Pablo Ortiz Iturbide;*[cxxi] *Luis Segú Tolsa*[cxxii, cxxiii]

En la actualidad existe un fuerte debate en torno a la reforma del sistema de salud. Esta reforma debe garantizar el acceso efectivo de todos los mexicanos a los servicios de salud pues éste todavía es muy limitado a pesar de que México haya alcanzado prácticamente la cobertura universal en términos de afiliación. Según una estimación de CONEVAL, en su *Informe sobre la medición de la pobreza* realizado en el 2010, casi 36 millones de mexicanos carecen de acceso a algún servicio de salud.

No sólo hay una necesidad importante en términos de cobertura efectiva sino que el momento actual es idóneo para abordar la reforma. Por una parte, es clara la crisis del sistema ya que éste no responde a las necesidades por las que fue creado. Por otra, se han generado expectativas en la ciudadanía. Existe un "*momentum*" que no podemos desperdiciar.

Antes de debatir entorno a un nuevo modelo de sistema de salud y una ruta crítica para lograrlo, hemos analizado las experiencias de integración acometidas en el país a lo largo de los últimos años y hemos ahondado en los pasos más relevantes que otros países han emprendido para alcanzar la cobertura universal.

Hemos revisado los procesos de España, Costa Rica y Turquía, destacando como éxitos de sus reformas, los siguientes puntos: los tres países integraron sus sistemas, pasando de un escenario segmentado a un sistema único de salud; todos mancomunaron los diversos fondos que financiaban la salud y separaron el seguro de salud del resto de prestaciones económicas y sociales; promovieron la obligatoriedad en la contribución; y, con la excepción de algunos copagos en diversas intervenciones, establecieron la gratuidad en el acceso al sistema.

En el ámbito de la organización, se fortaleció la rectoría, dotándola de capacidad real para conducir el sistema de salud. Se separaron las funciones de finan-

cxix Energea.

cxx Consorcio Hospitalario de Cataluña.

cxxi Servicio de Administración Tributaria.

cxxii Consorcio Hospitalario de Cataluña.

cxxiii En la integración de esta propuesta quisiéramos agradecer a las siguientes personas por sus aportaciones para enriquecer este trabajo: Lluís Franch Viñas y Lourdes Barrios Aparicio por parte del Consorci de Salut i Social de Catalunya, Gabriel García Pérez, José Antonio González y Manuel López Kneeland por el Instituto de Salud del Estado de México, Fernando Álvarez del Río y Adrián Dávila Veites por parte de la Secretaría de Salud, Gabriel Martínez González y Nelly Aguilera Aburto de la CISS, Mariana Barraza Llorenz como consultora del IMSS, Luís Fernando Cadena Barrera, Alma Rosa González Díaz y Javier Lozano Herrera por parte del ISSEMYM.

ciamiento, aseguramiento y prestación de servicios y se avanzó hacia la autonomía de gestión en el nivel de la provisión. Asimismo, se cambió el sistema de pago a las unidades, transitando de sistemas de pago basados en presupuesto histórico a sistemas basados en el pago por actividad.

Todos modificaron su modelo de atención, migrando hacia modelos basados en la atención primaria, incorporando un fuerte componente de prevención y promoción de la salud. Asimismo, introdujeron sistemas de evaluación de la calidad y trabajaron de manera importante en la adecuación de los recursos humanos a la nueva realidad deseada para el país, incorporando nuevos perfiles y vinculando los objetivos de los trabajadores a los objetivos del propio sistema de salud.

Más allá de estas "mejores prácticas" en lo que respecta a la reforma de universalización, lo más relevante es que estos países abordaron el proceso con una fuerte convicción política, con el enfoque de reforma de Estado, y con un crecimiento económico sostenido e inversión en el sector.

Una vez revisado el panorama internacional a través de dichos países, se revisaron los valores que deben inspirar el nuevo sistema de salud de México, como base para la definición de la propuesta. De hecho, los valores son la base de cualquier sistema de salud. Al respecto y al valorar las diversas posturas posibles, cabe recordar que los cambios en los sistemas de salud no necesariamente suponen sólo respuestas técnicas sino también (y fundamentalmente) ideológicas *(qué modelo de sociedad queremos)*.

Algunos valores que deberían definir el nuevo sistema de salud mexicano son: universalidad, eficiencia, sustentabilidad, basado en la persona, justicia social, efectividad, integralidad, equidad, calidad, transparencia y corresponsabilidad. De hecho, en una revisión de esta propuesta realizada en el año 2013, se constata que gran parte de ellos están reflejados de forma explícita en diversos documentos clave que deberán inspirar las bases del nuevo sistema, como el *Pacto por México* o el *Plan Nacional de Desarrollo*.

Dado que no existe un modelo de sistema de salud ideal ni un modelo que sistemáticamente se desempeñe mejor que los demás,[cxxiv] aquí se propone un modelo que -desde el punto de vista de los autores- se adapta mejor a las características de México, tomando en cuenta las experiencias internacionales, los valores mencionados y las repercusiones socioeconómicas derivadas de las decisiones tomadas en el ámbito del modelo de salud.

La propuesta que se plantea para el nuevo sistema de salud es:

- El Estado jugará un papel muy relevante como garante del derecho a la salud y responsable último del sistema, sin que necesariamente implique que sea el ejecutor final de las funciones del sistema de salud, tales como la provisión.

cxxiv OECD. Health care systems: getting more value for money. OECD Economics Department. Policy Notes Nº 2; 2010.

- Se deberá aumentar el financiamiento, hoy insuficiente, para la salud. Como referencia, se tomará la inversión pública que realiza la OCDE.

- A corto / mediano plazo, el sistema deberá seguir con múltiples fuentes de financiamiento (principalmente cotizaciones e impuestos) con el fin de aumentar el monto público destinado actualmente a la salud. A largo plazo, se definirá una estrategia para vincular el financiamiento del sistema básicamente a impuestos.

- Se reducirá al mínimo posible el gasto de bolsillo, actualmente muy elevado, ya que es la fuente de financiamiento más regresiva que hay. Debido a que el gasto de bolsillo es multifactorial y como tal es complejo lograr su disminución, se requiere tanto de una oferta de servicios que cubra las necesidades reales de los ciudadanos, como de un sistema de provisión suficiente y de calidad para que la población opte por acudir al sistema público en lugar de ejercer gasto en el sector privado.

- Se separarán los fondos de salud del resto de fondos que financian la seguridad social para que no se contaminen (principalmente con pensiones) y en última instancia, para desvincularlos de la nómina.

- Se ordenarán y mancomunarán los fondos actuales en un fondo único, con una institución agrupando los riesgos y gestionándolos.

- Los servicios se proveerán de forma gratuita en el punto de acceso.

- La contribución será obligatoria: todos deben afiliarse y pagar cotizaciones, en un escenario de transición y hasta que logre financiarse principalmente vía impuestos.

- La cobertura se ligará a la condición de ciudadanía pero se articulará a través de mecanismos de afiliación obligatorios, al menos hasta que haya recursos suficientes recaudados a través de impuestos para otorgar la cartera única a toda la población.

- Esta cobertura debe además considerar no sólo la afiliación sino la garantía de acceso al sistema de salud en condiciones de equidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso: financieras, geográficas o de falta de recursos dentro del sistema, sean humanos, insumos o infraestructura.

- En cuanto a la cartera de prestaciones, se aspira a que sea única y explícita. Sin embargo, a corto / mediano plazo, debido de nuevo a las restricciones financieras, deberá haber dos niveles de acceso: un paquete garantizado para todos los mexicanos con independencia de su condición laboral, financiado principalmente por impuestos y un segundo paquete sólo accesible a los trabajadores financiado vía cotizaciones laborales. Este escenario debe considerarse sólo de transición, ya que atenta contra varios de los valores definidos como base del nuevo sistema de salud.

En resumen, se propone la construcción de un Sistema de Cobertura Universal, que vincule el derecho a la salud con la ciudadanía, a través de una cobertura automática, financiado principalmente por impuestos y con una cartera única para toda la población.

Este modelo de sistema de salud debe articularse con un modelo organizacional que garantice que se cumplen los objetivos marcados por el sistema de salud. De hecho, la organización del sistema debe hacer efectiva, en materia de salud, la descentralización política que ya existe en el país, dando la responsabilidad que le corresponde a los Estados en lo correspondiente a las funciones del sistema de salud.

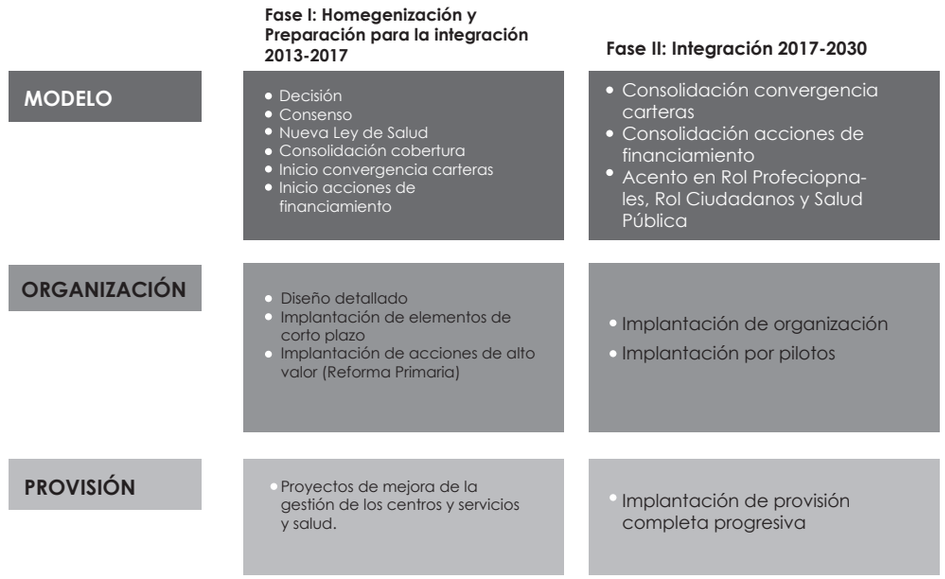
Figura 23. Un nuevo sistema de salud creado con responsabilidades claras y separadas

- La Secretaría de Salud deberá ostentar la rectoría de forma exclusiva a través de una nueva Ley General de Salud que establezca claramente las competencias federales/estatales y esté consensada con las entidades federativas. Por rectoría debe entenderse todas las funciones necesarias para la conducción del sistema, es decir: la garantía del aseguramiento, la regulación, la elaboración de políticas y las relaciones intra e intersectoriales.
- Todos los flujos de financiamiento deberán ordenarse y mancomunarse en un Fondo Único Federal, que los que se administran, y asignarán por medio de una fórmula capitada ajustada a Fondos Estatales de Salud.
- Esta entidad administradora de fondos puede estar integrada dentro de la estructura de la Secretaría de Salud o ser una entidad pública con titularidad propia, siempre rindiéndole cuentas sobre los recursos gestionados y apegada a los lineamientos de gestión establecidos por la Secretaría de Salud.

- Cada Estado contará con una aseguradora pública que realizará las funciones de afiliación, compra de servicios y garantizará la provisión. Estas entidades serán las responsables de traducir los planes y programas generados por el rector en acciones de salud y garantizar que los objetivos de salud sean alcanzados.
- En cada Estado, se creará una Red de Utilización Pública (RUP), única y plural, integrada por proveedores del sector público y privado, debidamente acreditados por la Secretaría de Salud, que trabajarán a través de un contrato de servicios establecido con la aseguradora.
- Los proveedores serán dotados de autonomía y capacidad de gestión, lo que les permitirá responsabilizarse de sus acciones y resultados así como rendir cuentas a la aseguradora.

Asimismo, es necesario realizar una reforma prioritaria para el país: la reforma de la atención primaria de la salud, que deberá transformar el modelo de atención actual, fortaleciendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, acercando los servicios a las personas y aumentando la resolución del primer nivel de atención así como la coordinación (y más adelante la integración) con el resto de niveles del sistema de salud.

Figura 24. Líneas de trabajo de trabajo propuestas



Fase I: consenso, homogeneización entre subsistemas y preparación para la integración (2013 a 2017)

- Promulgación de la nueva Ley General de Salud.
- Consolidación de la afiliación al 100% de la población a través de esquemas de cobertura obligatoria.

- Legislación de la contribución obligatoria de todos los trabajadores.
- Fijación de los objetivos del financiamiento público y definición de la estrategia para alcanzarlos.
- Ordenación de los flujos financieros y constitución del fondo federal único.
- Definición explícita de las cartera básica y complementaria.
- Convergencia de carteras hacia la cartera única.
- Acreditación de unidades proveedoras.
- Diseño detallado del nuevo modelo organizativo.
- Inicio del uso de instrumentos de alto valor agregado para el sistema de salud.
- Separación de los fondos de salud del resto de fondos de seguridad social.
- Estrategia del fortalecimiento de la rectoría.
- Separación del nivel de provisión en todas las instituciones.
- Reforma de la atención primaria de salud.
- Ejecución de proyectos de mejora en la gestión de las unidades proveedoras.

Fase II: Integración del sistema (2017 – 2030)

- Definición e implantación de una estrategia para avanzar a un modelo financiado por impuestos.
- Aumento paulatino del financiamiento público para la salud.
- Convergencia de las carteras garantizada y complementaria hacia la cartera única.
- Otorgamiento de cobertura automática a toda la población.
- Mayor énfasis en la salud pública del papel de la ciudadanía y de los profesionales.
- Implantación del nuevo modelo organizativo.
- Consolidación de la reforma de la atención primaria.
- Continuidad de los proyectos de mejora de la gestión.

El resultado final de la reforma es un Sistema de Cobertura Universal, financiado principalmente por impuestos y con una cartera única; donde existe una institución que ejerce una fuerte función rectora, compartida entre la Federación y los Estados; un Fondo Único federal que mancomuna, administra y asigna los fondos por fórmula capitada a Fondos Estatales. Con estos recursos, las aseguradoras estatales compran servicios a una Red de Utilización Pública. En esta red, la Atención Primaria es responsable de la salud de sus ciudadanos, integra la información clínica y resuelve el 80% de problemas de su población. Los establecimientos son gestionados por gerentes profesionales y los objetivos del rector están alineados con los de las unidades proveedoras y sus profesionales, que son corresponsables de los resultados del sistema de salud.

Se trata de una reforma profunda y larga, que requiere una decisión clara sobre el modelo final a alcanzar y en consecuencia, un amplio consenso político.

Implica un fuerte rediseño institucional, de forma que se encontrarán muchas resistencias que deberán ser gestionadas a través de un amplio proceso de negociación, que requiere un fuerte liderazgo político y una fuerte convicción.

Deberá avanzarse combinando acciones de amplio calado, con acciones que la ciudadanía pueda percibir, destacando los éxitos y gestionando las resistencias que pueden surgir.

3. Características para un nuevo Sistema de Salud en México

Gregorio Martínez Narváez[cxxv, cxxvi]

Parecería poco adecuado recurrir a un nuevo sistema de salud en una situación de crisis.[359] Normalmente se piensa que un sistema como el que han alcanzado países avanzados sólo es apropiado en un clima de tranquilidad, desarrollo y solvencia; pero no es así. Lo que una sociedad enferma requiere son grandes remedios que vayan a la profundidad, que contribuyan a fortalecer las relaciones humanas positivas, a recobrar la confianza en la vida en común. Aquí es donde aparece la utilidad de la atención a la salud en forma solidaria. La sociedad no debe esperar a culminar etapas de desarrollo para mostrar los beneficios de una sociedad equilibrada, La atención a la salud no es el remate de una estructura totalmente elaborada. Es un mecanismo y un apoyo tanto para el desarrollo continuado, como para el ejercicio pacífico, ordenado y confiable de la vida cotidiana. Tal como está implícito en sus actividades sustantivas, sirve para curar.

Tres argumentos son de valor para emprender la construcción de un nuevo sistema mexicano de salud:

- Es un deber moral compartir los recursos que dispone la civilización en materia de la ciencia y tecnología en salud, esto mediante un esfuerzo conjunto para atender a todo ciudadano en situación de necesidad.
- El Estado moderno, dentro de las finalidades implícitas en su integración, tiene la obligación de crear y proveer las condiciones para atender la salud como un derecho ciudadano primordial.
- El Estado Mexicano tiene necesidad de llevar a una sociedad afligida y víctima de abandonos institucionales, una medida de gran penetración, para recobrar la confianza y mostrar las ventajas de la vida organizada.

Consideremos por un momento el provecho que tendría la creación de una organización poderosa y eficaz, constituida por hombres y mujeres de diferentes niveles profesionales dedicados exclusivamente al cuidado las necesidades de otros ciudadanos; sin discriminación por condición de trabajo, de ubicación, de grado de pobreza, de afiliación política, y que además dispusiera de mecanismos de participación y conducción para el constante perfeccionamiento de sus formas operativas. Es difícil imaginar una forma de intervención colectiva de mayor poder y alcance preventivo y curativo, en todos sentidos, para la vida común en armonía. Si esto además se acompaña del acceso a la educación y a la vivienda, junto con otros beneficios sociales que mitiguen el natural desequilibrio e injusticias de la economía. Sólo entonces, los mexicanos podremos decir que al fin estamos construyendo una nación moderna y justa.

Quienes en forma intuitiva y empírica rechazan la viabilidad de un sistema moderno de salud con motivo de su alto costo, no se detienen a valorar cuánto gasta el país en salud en comparación con lo que erogan otras naciones con mucho mejores resultados. Este punto lo veremos un poco más adelante. Pero podemos adelantar que el monto no es deleznable, pero que es evidente que se está gastando en una de las formas más ineficientes que puede haber.

El modelo necesario

De acuerdo con el estudio de la evolución del sistema de salud mexicano y de la forma en que se determinaron sus componentes institucionales del análisis de los factores que han sido positivos, y de la revisión de las experiencias de otros países que han logrado ser exitosas podemos integrar un modelo que contenga las características apropiadas para México, las cuales estarían comprendidas dentro del siguiente listado:

Primera característica

En esencia, México requiere un sistema de salud para toda su población, sin discriminaciones ni barreras burocráticas artificiales, libre de intereses empresariales y gremiales. Con la suficiente estructura física y técnica para proporcionar los servicios que requiera la población en todas las etapas de su vida y en el momento que se necesiten. Que comprenda las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, sustentadas en las intervenciones y técnicas que aportan las disciplinas de la salud. Basado siempre en la equidad y la eficacia, que tenga en cuenta la calidad y el uso racional y apropiado de la tecnología, tanto médica como de la informática y de la administración. Conducido por personal capacitado y experimentado, sujeto a rendición de cuentas y valorado tanto por sus pares como por los usuarios. Los servicios y las normas de atención serán las que se deriven del constante avance de las ciencias médicas sustentadas en evidencias, con la asesoría de los institutos nacionales de salud. La base, de cobertura universal, se sustentará en el concepto de la atención primaria de la salud. El acceso a la red de los servicios estará garantizado por la simple condición de ciudadanía.

Segunda característica

La infraestructura física y tecnológica debe estar diseñada para proporcionar las atenciones que requiera el ciudadano en todas las etapas de su vida y en las condiciones de diferente necesidad que presente, es decir que se debe disponer de la capacidad para la rehabilitación de los pacientes, para apoyar a los discapacitados, atender los enfermos psiquiátricos y de los que por su condición o por edad no puedan valerse por sí mismos. El sistema proporcionará atención dental preventiva, de emergencia y de algunas intervenciones simples.

cxxv Martínez G. Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano. Fondo de Cultura Económica, México, 2013 pág. 416-423.

cxxvi Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE. Se deja mención, por expresa petición del autor, de que esta aportación se hace a título personal y no representa necesariamente al ISSSTE.

También proporcionará medicamentos dentro de un cuadro básico elaborado por expertos, dando preferencia a productos genéricos o intercambiables.

Tercera característica.

Para que el sistema pueda cumplir con eficacia y oportunidad con su misión y compromisos, debe estar organizado por el probado mecanismo de estratificación tecnológica, de equipo y de recursos humanos, integrado en unidades para la apropiada cobertura de diversos universos de población, sin las deformaciones que imponen intereses y visiones técnicas sesgadas. La ubicación, dimensiones y tipos de servicios de las unidades deberán estar determinadas por reglas específicas, elaboradas por comités de expertos y ratificadas por estudios *in situ*, sobre todo en el caso de unidades hospitalarias. Toda la red estará enlazada funcionalmente por esquemas de referencia y contra referencia regionales. Se evitarán las unidades que atienden esporádicamente a la población, pues ésta debe tener la seguridad de encontrar el servicio donde se requiere y cuando realmente se necesita.

Cuarta característica

Los recursos profesionales médicos y de otras categorías tendrán la condición de servidores públicos con garantía legal de capacitación, ascenso e incentivos según conocimientos, desempeño y actitud; todo esto regulado por un servicio civil especialmente diseñado para estas disciplinas, que son diferentes a las de otros sectores. El personal pensionado del sistema que se encuentre en condiciones de aportar sus conocimientos, tendrá la obligación de participar en los cuerpos colegiados de asesoría, contratación de servicios y vigilancia que se formen, con la finalidad de que su experiencia sea debidamente aprovechada. Los niveles locales decidirán si reciben una remuneración.

Quinta característica

El financiamiento de todo el sistema debe provenir de los fondos públicos recolectados por impuestos de carácter progresivo por parte de la federación, así como de los ingresos de los gobiernos estatales y de los municipios. El ejercicio de estos recursos estará reglamentado para poder contratar redes de proveedores, los cuales podrán ser públicos o privados, de acuerdo con disponibilidades regionales, costo y calidad. Se evitarán los servicios empresariales para obviar lucros con la salud, pero se estimularán las redes o asociaciones formadas por profesionales privados tanto de primer nivel como de hospitales. El pago, en cualquier forma que se aplique, estará sujeto tanto a rendición de cuentas como a la supervisión por parte de estructuras donde participen tanto organizaciones de profesionales de la salud como de los usuarios de los servicios.

Sexta característica

Si bien el sistema deberá estar descentralizado funcionalmente a los niveles estatales de gobierno y en algunos casos a los municipios, con amplia intervención operativa de las estructuras jurisdiccionales del sistema, el nivel central tendrá las facultades necesarias para conducirlo, de tal manera que sea uniforme y efectivo en todo el país. Los gobiernos de las entidades deberán asumir compromisos de organización y financiamiento, regulados por ley y convenios; en caso de manifiesta incapacidad o falta de voluntad, la federación podrá intervenir para recuperar el servicio. La atención a la salud, como compromiso nacional, tendrá más importancia que la preservación de órganos estatales. Los gobiernos locales deberán intervenir en apoyo del sistema no sólo en las tradicionales acciones preventivas, sino también en los casos individuales, donde se requiera soporte de asilo, movilización, alimentación y alojamiento, preferiblemente con participación comunitaria.

Séptima característica

El sistema debe estar comprometido en la investigación de las enfermedades y daños que afectan a la población mexicana; así como en el desarrollo de tecnologías que sean efectivas, económicas y apropiadas a las características regionales del sistema o que contribuyan a su mejor desempeño; esto incluye la investigación de servicios de salud, es decir del perfeccionamiento de la atención primaria, de la reingeniería hospitalaria, de la atención pre hospitalaria, las emergencias, de la atención de enfermos crónicos y de otros de larga estancia. Se conformará un cuerpo científico y técnico dedicado a la evaluación de los equipos y otros insumos que distribuya el mercado para seleccionar aquellos que sean los más efectivos y económicos para atender adecuadamente la demanda.

Octava característica

El Sistema, en coordinación con el sector académico estimulará la formación del personal médico necesario; integrará programas de carácter nacional para la educación continua del personal profesional, técnico y administrativo. Creará la carrera de administrador médico de sistemas y servicios de salud, con las especialidades que se deriven de la constatación de necesidades de gestión, y conforme al modelo implantado en un tiempo por la Escuela de Salud Pública. La capacitación estará vinculada a incentivos de ascenso o de cualquier otra naturaleza. Se crearán así mismo otros incentivos por el desempeño en el servicio.

Novena característica

Se contará con los mecanismos técnicos apropiados para ejercer la vigilancia epidemiológica con respuesta inmediata local. Asimismo se vigilarán los aspectos ambientales que puedan afectar a la salud. La inspección sanitaria se modernizará en cuanto a normas y se dispondrá de los recursos de laboratorio para apoyarla, El ejercicio de estas funciones se efectuará al nivel de jurisdicción sanitaria; y en los casos que ello sea posible, se delegará a los municipios o se efectuará en estrecha coordinación con los mismos, proporcionando la debida asesoría y apoyos.

Décima característica

El sistema estará regulado por una nueva ley que especificará las características mencionadas con anterioridad, los sistemas estatales de salud emitirán sus respectivas leyes, siempre en concordancia con la ley general y de acuerdo con los respectivos convenios. En la misma se determinarán los derechos de los usuarios a la información, al acceso a los servicios y las respectivas instancias de queja. El usuario también adquirirá obligaciones, tales como hacer uso apropiado de los servicios, respetar al personal y seguir sus instrucciones, así como cuidar de las instalaciones y sus equipos. El sistema también tendrá presente que los familiares también tienen necesidades de información, apoyo y asistencia.

Lo utilizable y lo necesariamente renovable

Desde luego que lo más valioso es la infraestructura de atención a la salud que el país ha logrado crear, sobre todo desde los años cincuenta del pasado siglo hasta la fecha. Pero es preciso tener en cuenta que ha sido una inversión insuficiente; esto puede apreciarse en el número de camas disponible, a fines del decenio pasado (año 2007) se contaba con aproximadamente 80,000 camas en todo el sector público, incluyendo las de la seguridad social y las universitarias; pero de esas solamente una parte eran censables, aproximadamente 60,000; es decir que llenaban los requisitos para ser un instrumento eficaz en la atención de patologías que requirieren internamiento. Este número sería suficiente para un universo de entre 60 a 65 millones de personas. Desde entonces ha habido una importante actividad de construcción de hospitales, algunos de ellos deficientemente planificados en composición y ubicación, pero que seguramente ha añadido cierto número de camas al inventario nacional. Sin embargo, frente a ello, el último censo de población ha revelado la existencia de 112 millones de mexicanos, es decir que también las necesidades han crecido notablemente.

El sector privado ha incrementado en menor ritmo su disponibilidad de camas censables que el ámbito público. Además, ya hemos visto que sólo un porcentaje poco significativo de las camas privadas se encuentran en unidades que cuentan con los apoyos necesarios para considerarse verdaderamente útiles. Por lo tanto, el rezago nacional en infraestructura – factor tecnológico indispensable para una buena atención a la salud – es considerable y requiere un esfuerzo mucho mayor del hasta ahora realizado.

El simple desarrollo de la infraestructura no es suficiente, debe estar respaldado por la puesta en práctica de sistemas modernos de gerencia, toma de decisiones, instrumentación e integración que garanticen tanto la eficacia como la calidad en todos los niveles, de tal manera que las unidades de la red estén capacitadas para resolver los problemas en forma continua, que siempre garanticen la calidad que crea la confianza suficiente para atraer a la población de todos los niveles económicos.

Sólo se consigue la eficacia y eficiencia del sistema gracias a un grupo gerencial distribuido en toda la jerarquía, desde los altos niveles directivos hasta los puestos y la jefatura de las grandes unidades médicas. Los niveles gerenciales deberán vigilar que se mantenga sin deterioro la capacidad de resolución asignada a cada unidad desde su concepción. Para esto, los gerentes no sólo deberán estar al tanto del desempeño de los profesionales y técnicos; sino que también deberán ser responsable del nivel de operación de los sistemas de mantenimiento de equipo, abasto de insumos particularmente de medicamentos, materiales y consumibles.

Para otorgar la atención, el país cuenta con un número de médicos suficiente (aproximadamente 1.2 por mil habitantes) en los que puede descargar una atención básica apropiada, pero requieren de reubicación, capacitación y de un programa de reclutamiento estimulante que les permita desarrollar su misión y el papel que les corresponde en la red de servicios, ya sea la medicina general o especializada. Los médicos de primer nivel deberán recibir capacitación para sus nuevas actividades (atención primaria integral o medicina familiar) en el sistema. Para que esta sea efectiva se definirá su ubicación, reglas de operación y apoyos de enfermería, laboratorio, traslado de enfermos, así como su relación con los hospitales y otros recursos institucionales de atención a la salud. Para ampliar la capacidad de cobertura con menor inversión en infraestructura física se deberán explorar formas de atención de primer nivel a cargo de los médicos, enfermeras y personal de apoyo, que no requieran la construcción de centros de salud para el primer contacto, de medicina familiar.

La infraestructura se completará con el desarrollo de centros innovadores de referencia, con laboratorios y otros recursos de diagnóstico estratégicamente ubicados para proporcionar apoyos a médicos de primer nivel en un área determinada. También se deberán desarrollar unidades no complejas para ciertas clases de internamiento, como son de convalecencia, asilos y hospitales de día.

Lo que no es aprovechable del sistema de salud mexicano son las estructuras directivas centrales y estatales tal como se encuentran en la actualidad. Ya hemos examinado y constatado a qué grados de deformación ha llegado la Secretaría de Salud que debiendo tener una estructura directiva sencilla y compacta para conducir un sistema descentralizado, ha creado una multitud de unidades que complican la gestión, duplican y entorpecen una gerencia que debiera ser muy efectiva. La misma existencia y operación del Seguro Popular, con una estructura paralela y presupuesto propio, es una clara y manifiesta expresión de fracaso y falta de adaptación de la red administrativa de la Secretaría de Salud. Así mismo, es de relevancia negativa la ausencia de un modelo de atención uniforme a nivel nacional y las frecuentes deformaciones de estructura no sustentadas en evidencias ni en necesidades probadas. Es evidente que la actual Secretaría de Salud no ha sido capaz de ejercer sus funciones fundamentales de planeación, evaluación, conducción y control para la gestión de un sistema de salud de carácter descentralizado. Desafortunadamente se ha cumplido la profecía de José Francisco Ruiz Massieu cuando siendo Subsecretario de Planeación expresaba que no veía un papel futuro a una dependencia con las características de la SSA.

Una consecuencia de la insuficiencia de esta dependencia es el desarrollo sin coordinación de los sistemas estatales de salud, cuyas estructuras muestran el

mismo desorden y falta de sustento gerencial para conducir sus respectivas partes del sistema nacional de salud. Los Estados se han limitado a la gestión del Seguro Popular, que es su más confiable aporte de recursos financieros. Si bien es cierto que la SSA no se manifiesta en el espíritu de las gestiones estatales, estos tampoco han dado muestra de una voluntad de cooperar a la consolidación de un sistema uniforme de atención a la salud, como se hace por ejemplo en España, a pesar de la marcada tendencia a la gestión particularizada de las Autonomías.

El ISSSTE no ha logrado concebir un modelo que se adapte a una buena distribución de recursos conforme la historia natural de las enfermedades y la tecnología médica disponible para su atención; ya hemos visto su modelo invertido de alto costo, las grandes insuficiencias de coordinación entre las unidades y la constante falta de recursos en las clínicas. La infraestructura y los recursos profesionales médicos son rescatables; pero las intrincadas tramas de intereses políticos, sindicales y burocráticos sólo constituirían un componente capaz de infiltrar y deteriorar todo el sistema.

El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social es muy particular. En un tiempo constituyó una forma avanzada y altamente tecnificada de atención a la salud, que logró estructurar una infraestructura eficaz, aunque con serias limitaciones ,en su primer nivel de atención. Pero, a partir de los años ochenta, los intereses externos e internos lo han llevado a un deterioro económico, a la pérdida de su capacidad de crítica y a una gerencia burocratizada que alberga múltiples intereses. No previó el cambio demográfico y epidemiológico, estableció un esquema de jubilaciones que ninguna empresa puede soportar. Constituye el ejemplo más destacado de la integración del financiamiento con la operación, lo cual permite el dispendio y la falta de rendición de cuentas. De hecho, viene a ser un Estado dentro del Estado y son clásicas las insuficiencias de sus unidades. A pesar del lastimoso estado de sus finanzas su administración no ha podido estructurar un plan de rescate y solvencia. Espera la ayuda gubernamental, que de hecho es cada vez más creciente a través de los subsidios.

Los servicios médicos de PEMEX, los de los sistemas de seguridad social y de previsión de las entidades federativas, de las universidades, de las prestaciones para trabajadores bancarios y otras empresas paraestatales, que tanto diversifican y duplican gastos, deben desaparecer para dar paso a un sistema racional equitativo y eficaz.

Como conclusión podemos decir que existe una infraestructura de salud que si bien es incompleta y deformada, es en gran parte aprovechable mediante su remodelación y crecimiento planificado; pero es indudable que se requiere una nueva estructura sustentada en un nuevo modelo integral de atención a la salud.

PROPUESTA UNAM: ALTERNATIVAS PARA MEJORAR EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Malaquías López Cervantes;
Octavio Rivero Serrano; Luis Durán Arenas

Estas propuestas nacen del Seminario de Medicina y Salud realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México en marzo de 2013

En 1993 un informe publicado por el Banco Mundial reconoció que la salud es un elemento fundamental para el desarrollo. En dicho informe se argumenta que una población enferma es la peor limitante que tiene un país y que mejorar las condiciones de salud de la población constituye una estrategia fundamental para lograr un desarrollo social y económico más sostenido y vigoroso.

Esta recomendación del Banco Mundial fue apoyada tiempo después por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y desde esa instancia se plantearon posibilidades para las reformas de los sistemas de salud en el mundo, considerando que dichas reformas podrían mejorar el aprovechamiento de los recursos con los que cada país cuenta, pero sobre todo se sugirió incrementar la asignación de recursos a la salud para llevar a cabo las reformas planteadas. Un problema que surge al respecto es que se debe buscar un esquema o modelo de reforma efectivo y eficiente; sobre todo teniendo en cuenta que los países menos desarrollados tienen muy escasos recursos para atender la salud.

En el mundo ya desarrollado los modelos más exitosos (en términos de mejora de los indicadores de salud) han sido los que conducen a la creación de un servicio nacional de salud, que permiten una cobertura efectiva, financiados mediante recursos públicos (impuestos generales) y que han consolidado la base de atención primaria. Los países más exitosos, como es el caso de España en la década de los años noventa y en la primera década del nuevo siglo, siguieron el modelo que se había establecido mucho tiempo atrás en el Reino Unido. En este modelo se crea una red de atención primaria en la que los médicos son contratados directamente por el gobierno, establecen metas y responsabilidades claras y precisas en términos de salud y no sólo de enfermedad, garantizando una buena práctica profesional y una remuneración acorde con la elevada responsabilidad que dichos médicos asumen. En tal escenario los hospitales públicos y privados deben actuar como empresas independientes y contratar con los prestadores de la atención primaria y la ciudadanía, aquellos servicios de segundo nivel y/o tercer nivel que sean necesarios.

El asunto fundamental en este modelo es que el médico de atención primaria debe asumir la responsabilidad de la salud y la atención de sus pacientes de una manera permanente, sin límites de disponibilidad en el tiempo y el espacio, lo cual hace que la ciudadanía pueda acudir a su médico y éste a su vez, lle-

gado el caso pueda referir o acompañar a cada uno de sus pacientes hacia los demás niveles de atención que son los servicios ambulatorios de especialidad, los hospitales generales y los de especialidad.

De manera contraria, otros países han experimentado con la contratación de empresas afiliadoras (articuladoras), que subcontratan con los médicos y con los hospitales para la atención médica de sus afiliados. Estas empresas reciben recursos económicos, ya sea gubernamentales o los provenientes de seguros privados, definen un segmento poblacional de responsabilidad y después establecen los procedimientos para acceder a los servicios contratados de tipo ambulatorio u hospitalario, reteniendo lo necesario para cubrir sus necesidades operativas y, en su caso, el lucro que sea permitido.

El país con mayor experiencia respecto a este modelo de empresas intermediarias es Estados Unidos de América (EE.UU.), cuyo caso se revisa con detalle más adelante. Por el momento cabe mencionar que en América Latina se ha experimentado con un modelo llamado "pluralismo estructurado" que se basa en las experiencias estadounidenses y en un conjunto de supuestos derivados de la economía neo-liberal que pretenden "eliminar las imperfecciones del mercado" para llevar a cabo reformas que desarrollan mercados en los que compiten las empresas "articuladoras". En especial, estas ideas se han aplicado en Chile y en Colombia y en ambos casos se han documentado resultados muy desfavorables. La razón de tales fracasos parece ser que radica en los incentivos de las empresas articuladoras, ya que se anteponen criterios de rentabilidad a los de efectividad y mejora demostrable de los niveles de salud. Este efecto se ve con mayor claridad cuando se trata de empresas lucrativas, ya que lo más probable es que tiendan a evitar la utilización de los servicios con el fin de generar ganancias. Entonces, una de las formas más importantes para obteber sus ganancias es la de buscar la afiliación de poblaciones que son relativamente sanas y que requieran pocos servicios. Ese es el caso de los individuos jóvenes que si están casados requerirán con mayor frecuencia la atención del embarazo y el parto, el manejo de los primeros años de la infancia y la atención de algunas urgencias por enfermedades agudas y lesiones; en cambio, tendrán una incidencia baja de enfermedades crónicas y procesos de alto costo en los niveles de atención terciaria. Lo anterior en la literatura se conoce como "*skimming*", que significa que están "descremando" al mercado; es decir, están tomando el sobrenadante de los individuos que son más redituables, mientras siguen siendo poco demandantes, pero se ha visto que cuando tales poblaciones envejecen estas empresas tienden a declararse en quiebra y transfieren a la población usuaria hacia los servicios públicos, mismos que finalmente absorben la carga económica y tienen que ser respaldados por los gobiernos nacionales.

El único caso en que las empresas articuladoras, ahora llamadas *Managed Care*, en particular, las Organizaciones de Proveedores Preferenciales (PPO, por sus siglas en inglés), han sobrevivido a pesar de que no generen importantes ganancias en términos de indicadores de salud, es el de los EE.UU., debido a que existen mecanismos gubernamentales de subsidio para asumir sus costos crecientes (*Medicare y Medicaid*), pero ya se ha llegado a un nivel a todas luces excesivo de gasto. A continuación se revisa este caso en mayor detalle.

La organización de la medicina como industria. El caso de los Estados Unidos de América (EE.UU)

En las últimas décadas se ha propuesto un cambio importante en el concepto y organización de la medicina. La propuesta es dejar de considerarla, como siempre ha sido, una profesión científica, de gran contenido humanitario y de servicio social, para organizarla como una industria que ofrezca uno más de los productos que existen en el mercado, con la utilización de propaganda y/o cualesquiera recursos comerciales para garantizar el éxito de sus productos y el interés económico de quienes se involucren en tal actividad.

De alguna forma los grandes avances en la medicina han propiciado su conversión a una industria. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento son tan numerosos y complejos, que exigen que además de los médicos participen muchos otros profesionales en la organización y operación de los centros de atención. Tal situación ha despertado el interés de inversionistas; que en forma natural, buscan el rendimiento de sus inversiones, que encuentran en la atención médica moderna una oportunidad de negocios, pero hacen que se pervierta el fin último de la medicina, que es el bien del enfermo, al anteponer sus criterios de productividad; es decir el bien de los inversionistas.

Hoy en día, la medicina estadounidense se encuentra en medio del fuego cruzado de los intereses económicos, en el proceso de consolidarse como una industria y enfrentada siempre con la contradicción que existe entre una estructura para hacer dinero y otra para hacer el bien (Geyman).[360] Los grupos privados de atención a la salud, bajo el formato de corporativos, crecieron en los EE.UU. unas cien veces entre 1965 y 1990. Un sólo corporativo médico, la Hospital Corporation of America (HCA), con 190 hospitales ganó 23,000 millones de dólares en 2005. En declaraciones del presidente de EE. UU., Barack Obama, es tan absurdo proponer salud para todos, como decir que los restaurantes tuvieran que dar de comer a todos los que quisieran comer.

Los tratados de libre comercio de los EE.UU. con otros países tienden a servir como el medio para exportar hospitales, compañías de seguros médicos, laboratorios y gabinetes, y subsidiarias de la industria farmacéutica. El acceso a los servicios y a los elementos de diagnóstico y tratamiento se ve influenciado por la propaganda que se realiza directamente al público, en televisión, en revistas y en internet. En muchos casos, estos medios promueven tratamientos de discutible efectividad para diversas enfermedades, como la obesidad, el cáncer, la artritis, las varices y muchas otras condiciones. Como ya se mencionó, el costo de la atención médica en los EE.UU. ha crecido tres veces más que el índice general (216 trillones en 2006), provocando que se duplique el gasto de ese país con respecto al que tienen otros países desarrollados cuya medicina alcanza desde hace tiempo mejores índices de calidad.

Hay que recordar el estudio realizado por la Academia de Ciencias de Nueva York que señaló el alto índice de mortalidad en hospitales de ese sitio, atribuido a deficiencias del sistema de atención. Geyman reflexiona ¿cuáles son las fuerzas que han ocasionado la ruptura de los servicios de salud?; y cree que el mer-

cado como concepto es una fuerza avasalladora. Al respecto, Bigelow señala que el mercado libre no promueve el bien público sino los intereses de grupo.

Según Elliot Friedson, profesor Emérito de la Universidad de Nueva York, los intereses corporativos han emergido en todas las áreas de la medicina. La industria de la medicina ha seducido no sólo a médicos sino a instituciones académicas. La aparición de conflictos de interés en los médicos es difícil de medir, pero existe. La corporización de la medicina ha producido una crisis moral y ética. La relación médico-paciente se ha visto seriamente dañada; ha sido alterada drásticamente la libertad del médico, se ha destruido el profesionalismo y se ha reducido al médico a un "técnico" en medicina.

En 1992 el *Hastings Center* reunió el pensamiento de 14 países sobre la situación actual y el futuro de la medicina y se publicó el documento *The Goals of Medicine, Setting New Priorities*, en el cual se mencionan los siguientes puntos: 1) el crecimiento tecnológico es muy grande y costoso; 2) hay que utilizar esos recursos con prudencia para promover una medicina más igualitaria; 3) es mejor la prevención que enfrentar la enfermedad, no obstante es indispensable atender el dolor causado por la enfermedad, curar a quien sea posible y cuidar a los incurables; y 4) es fundamental lograr una medicina honorable, dirigida por los médicos, que incluya un ejercicio prudente, sustentable, socialmente sensitivo, justo y equitativo, que respete los derechos humanos y la dignidad del paciente.

Recapitulación

Después de todo lo anterior, se puede uno preguntar ¿a quién sirve la actual estructura de la medicina, a los enfermos o a los inversionistas? En resumen, los grandes adelantos científicos y tecnológicos han permitido una medicina más eficiente y capaz. Con estos grandes adelantos podría decirse que la medicina ha dado un salto gigantesco, quizá el más importante del siglo XX. Si no existiera el peligro de caer en la conversión de la medicina de una ciencia humanitaria y social a una medicina de mercado, la medicina actual sería sin ninguna duda, uno de los grandes avances de la humanidad. Hay voces calificadas, precisamente donde ha surgido una medicina de mercado, señalando la necesidad de devolver a la medicina sus valores tradicionales.

Según Pérez Tamayo, la medicina buena que se ejerce en beneficio de la sociedad regresará "porque no se puede engañar a todos durante todo el tiempo" y los abusos que hoy se comienzan a cometer aquí tendrán el mismo repudio que tienen ya en la sociedad norteamericana.

Propuesta de un modelo de atención primaria de la salud para todos los mexicanos.

En el momento actual existen varios acuerdos de gran importancia para la salud de los mexicanos. Primero, que la atención a la salud debe entenderse como un derecho de todos y cada uno de los ciudadanos y no sólo como una prestación laboral; es decir, que se alcance la universalidad en esta materia. Segundo, que la mejor opción es financiar los servicios a través de impuestos generales y se busque reducir significativamente el gasto de bolsillo. Tercero, que la atención sea de carácter verdaderamente anticipatorio; es decir, que se logre mantener a los individuos en buenas condiciones de salud y prevenir efectivamente la enfermedad, (en particular la diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades crónico degenerativas), mediante un verdadero sistema de atención primaria.

Existe un amplio consenso en el mundo acerca de que la única forma de lograr avances significativos en materia de salud es mediante la atención primaria. Aún en los EE.UU. se reconoce lo anterior, por lo cual, el Instituto de Medicina de los EE.UU. definió la atención primaria como la provisión de servicios de salud integrales y accesibles, otorgados por profesionales clínicos de la salud, quienes son responsables de abordar una gran mayoría de las necesidades de salud individuales y de construir una colaboración permanente con sus pacientes para proveer sus servicios en el contexto de la familia y la comunidad.

La mejor posibilidad de generar salud y dar respuesta al problema de las enfermedades crónico-degenerativas es crear un mecanismo verdaderamente anticipatorio. Los países que han tenido éxito en la mejora de la salud poblacional como el Reino Unido, Australia y Brasil, han adoptado un modelo de atención primaria con base en la elección directa de un médico general y familiar que garantiza el servicio "de la cuna a la tumba" (W. Churchill).

Un aspecto central para el desarrollo de este componente es la definición del primer contacto con el sistema de salud a través de la conformación de un equipo multidisciplinario de atención, que coordinado por el médico de cabecera, ofrece la posibilidad de integrar en forma interdisciplinaria acciones efectivas en ámbitos como la nutrición, la modificación de conductas y adopción de hábitos saludables y la mejora de los ambientes doméstico, comunitario y laboral, para fomentar la salud de manera multidimensional.

La propuesta consiste en establecer contratos de servicios profesionales, cuyo objetivo sea comprometer un servicio integral y continuo para una población de responsabilidad que se afilie con cada médico por elección. Los médicos deberán certificarse y aceptar un compromiso de actualización permanente y de recertificación periódica para obtener un contrato; su pago tendría dos grandes componentes: el primero correspondiente a una asignación quincenal per cápita para una afiliación máxima de 2,000 habitantes; el segundo componente es un pago semestral condicionado a la aportación de evidencia sólida de que el médico está logrando controlar la enfermedad y mejorar la salud de sus afiliados, mediante la aplicación rigurosa de guías clínicas para los principales motivos de atención identificados a nivel nacional y local.

El país requiere un modelo de atención que permita garantizar la atención de la población con garantía de integralidad, continuidad, acceso efectivo y alta calidad. En una etapa inicial, ese modelo podría implementarse para toda la población afiliada al Seguro Popular. En etapas subsecuentes deberá extenderse hacia la población hoy cubierta por los servicios de seguridad social, con las pertinentes adecuaciones para el caso de las actuales formas de contratación y condiciones de trabajo del personal de esas instituciones.

En resumen, lo más importante es implementar un modelo de atención primaria, con verdaderas posibilidades de otorgar servicios efectivos y de calidad a los ciudadanos, en el marco de un Servicio Nacional de Salud que tenga compromisos explícitos con la mejora de la salud individual y colectiva para todos los mexicanos, siguiendo una lógica de privilegiar la ganancia social y no los intereses de tipo económico.

Hace más de siete décadas, en México se entendió claramente la necesidad de una protección social de la salud para los habitantes del país, al crear el IMSS y el ISSSTE, además de otros organismos semejantes en la segunda mitad del siglo XX. Ese camino preservaba en su intención la esencia misma de la medicina tradicional: científica y humana, y es el camino que debe seguir nuestra medicina, con los ajustes de calidad necesarios en todos los ámbitos de la salud.

Hoy en día resulta impostergable la necesidad de llevar a cabo foros de consulta, discusión y consenso, que permitan avanzar en términos de atención a la salud para toda la población. La imposición de modelos no sustentados científicamente colocaría a las políticas públicas en un entredicho y cuestionaría la vocación del gobierno para cumplir los compromisos que enuncia la Constitución para garantizar los derechos de los mexicanos.

PROPUESTA PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL CENTRO DE ESTUDIOS ESPINOSA YGLESIAS

Enrique Cárdenas Sánchez.

Recientemente, la universalización de los servicios de salud ha recuperado un lugar prioritario en la agenda nacional. Se han elaborado diversas propuestas, en círculos tanto académicos como políticos, para romper con esta ineficiente e inequitativa segmentación del sistema de salud para alcanzar la cobertura universal efectiva en México. El Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY), una asociación civil sin fines de lucro y apartidista, cuya misión es generar ideas para enriquecer la discusión, el debate informado y el proceso de toma de decisiones, también caracterizó como estratégico el universalizar los servicios de salud como un componente esencial del Sistema de Protección Social que se está impulsando.

La propuesta coordinada por el CEEY sintetiza las líneas estratégicas comunes a las propuestas realizadas para transformar el sistema de salud mexicano en el inicio de una administración. Se trata de una propuesta de 20 especialistas convocados por el CEEY, médicos, salubristas y economistas con puntos de vista diversos y entre los que se encuentran los mismos autores de las tres propuestas mencionadas más adelante.

El documento recoge las ideas centrales para guiar los cambios requeridos en materia de salud para alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo y es resultado de una primera discusión realizada en sendas reuniones celebradas en la sede de la Fundación ESRU en la Ciudad de México el 8 y 9 de noviembre de 2012, donde se empezaron a identificar puntos de vista comunes con el fin de formular una versión consensuada. Este es el resultado final de varias iteraciones que han sido revisadas por todos los participantes en esas reuniones.

El documento del CEEY está dividido en cuatro partes. Primero, realiza un breve diagnóstico de la situación actual de la salud en México y el desempeño institucional para enfrentarla. Identifica tanto los principales logros de los últimos veinte años como los retos que deberá enfrentar en las próximas décadas. Segundo, propone una visión y principios compartidos que permita transformar el Sistema Nacional de Salud (SNS) para que logre la cobertura universal con acceso efectivo universal. Tercero, define los objetivos que debe perseguir el SNS. Finalmente, propone las líneas estratégicas que permitan alcanzar la cobertura universal efectiva en el mediano y largo plazo.

La propuesta (que se presenta aquí de manera sucinta), brinda una formulación conjunta para la edificación de un SNS en México, que garantice la cobertura universal con acceso efectivo de todos los mexicanos a los servicios de salud. Es el resultado de un ejercicio de análisis y diseño informado y plural en cuanto a perspectivas, a partir del cual se establecen las bases mínimas que debe contener una futura transformación del Sistema de Salud en el país, que incluya el

establecimiento de mecanismos para alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo a los servicios de salud. Si bien no son las únicas,[cxxvii] el CEEY identificó y se concentró en el análisis de tres propuestas para universalizar los servicios de salud: la formulada por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), la cual plantea un Sistema Nacional de Salud como el componente de salud de una propuesta de Seguridad Social Universal efectiva; la Universalidad de los Servicios de Salud elaborada por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD); y la esbozada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la cual plantea también un sistema más integrado pero apuntalado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).[cxxviii]

Cabe destacar el importante papel que desempeñan y han desempeñado a lo largo del tiempo los principales actores (dependencias, instituciones y autoridades) de seguridad social en nuestro país. Sin embargo, éstos hasta la fecha no responden de manera totalmente efectiva y eficiente a una cada vez más demandante atención de servicios de salud.

Resulta de la mayor importancia fortalecer la rectoría del sistema y que sea la Secretaría de Salud la encargada exclusiva de este cometido de política pública. La Secretaría coordinaría bajo un esquema único de financiamiento a los tres pilares financieros: IMSS, ISSSTE y Seguro Popular, y podría considerar a instituciones privadas debidamente certificadas y autorizadas.

Otro aspecto fundamental es la calidad en el otorgamiento de los servicios de salud. Ésta sólo será posible a través de la participación activa y decidida de todos los actores del SNS; atendiendo todas las dimensiones de la calidad, desde los procesos que rodean la atención médica, como la ejecución, impacto y resultados objetivos y medidos. Sólo a través del rescate frontal de la regulación sanitaria en materia de establecimientos de atención médica se podrá lograr este objetivo. Esta es una medida que también generará cambios organizacionales y de autoridad entre la Federación y los Estados. También es necesaria la construcción de un Sistema Integral de Información que conduzca, vigile, controle y evalúe el desempeño del sistema con un sistema de monitoreo y evaluación único, con indicadores comunes.

La propuesta en síntesis

Gracias a esfuerzos coordinados del sector público en México a nivel estatal y federal, hay que reconocer que el país ha logrado avances muy importantes,

cxxvii Ruela *et al.*, 2012; Cruz, *et al.*, 2011; entre otras. La primera propuesta esbozada en el país, y que habla de universalidad, es la de Julio Frenk, *et al.*, *Economía y Salud,* 1994; y una posterior, Soberón G., *et al.*, *Hacia un México más saludable*, 2001. Estas dos dan sustento a gran parte de los objetivos de la reforma a la Ley General de Salud de mayo de 2003 y que genera el Sistema de Protección Social en Salud.

cxxviii Muñoz, *et al.*, 2012; FUNSALUD, 2012; y Narro, *et al.*, 2011. También se incluye un artículo sobre la salud como derecho ciudadano que propone reformas al Sistema de Salud para alcanzar la cobertura universal con acceso efectivo (Frenk, 2012), y una publicación reciente de funcionarios del IMSS sugiriendo cambios estructurales (Dávila, *et al.*, 2012).

donde los retos de hoy y mañana son consecuencia del éxito pero también del fracaso en diversos factores. Si bien los logros no pueden atribuirse solamente al sector salud, pues las causas son multifactoriales, cabe señalar que durante las últimas dos décadas ha habido: un 7% de incremento en la esperanza de vida, una reducción del 57% en la tasa de mortalidad neonatal y una reducción de la probabilidad de muerte en la vida adulta del 27%. Ahora bien, los servicios de salud en México han contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de los mexicanos, pero de manera muy desigual e ineficiente. Entre otros diversos factores, la forma segmentada y desarticulada en que se han financiado y organizado los servicios que prestan las diversas instituciones de salud en el ámbito tanto federal como estatal ha contribuido a dificultar que toda la población esté debida y equitativamente protegida. Para mejorar el Sistema Nacional de Salud de México se plantea:

El SNS que se propone construir debe sustentarse en dos valores fundamentales que mantienen el equilibrio entre la vida colectiva y el ejercicio de la individualidad. Este modelo identifica los elementos centrales del SNS que son universalidad con acceso efectivo, énfasis en la atención primaria y centrado en el individuo, e incluye los atributos de organización del SNS y la forma de participación de los individuos, en un marco de ética y solidaridad.

La visión del Sistema de Salud que se propone construir es la siguiente:

> Un Sistema Nacional de Salud a través de una rectoría efectiva, un financiamiento solidario y una prestación plural de servicios con el fin de ofrecer una cobertura universal con acceso efectivo, integral, incluyente, equitativa, viable, efectiva y de calidad sustentada en un modelo de atención primaria de la salud preventivo y resolutivo.

La estructura del SNS ya transformado considera la separación de las funciones de rectoría del sistema, el financiamiento y la prestación de servicios. La rectoría estará a cargo de la Secretaría de Salud la cual, en conjunto con el IMSS y el ISSSTE, debe diseñar el nuevo sistema que integrará funcionalmente el financiamiento del sistema con el Fondo Unificado de Salud (financiado con impuestos generales), y la prestación pública de servicios del IMSS, ISSSTE y los Servicios Estatales de Salud a través de la convergencia y la portabilidad, a alcanzarse en un mediano plazo. También podrán prestar servicios de salud instituciones privadas debidamente certificadas, en un mercado regulado para la venta de servicios a las instituciones públicas. El Fondo estará divido en dos partes, cada una con un destino específico: salud pública y atención a la salud individual y familiar.

El pago a cada institución se haría con base en una cápita por persona afiliada en esa institución y, en el mediano plazo, la persona tendría posibilidad de cambiar su institución de afiliación después de un periodo mínimo de permanencia.

No descartar la posibilidad de generar nuevos modelos de gestión de los recursos que impacten en la forma de otorgar los servicios.

Para la operatividad del sistema se debe construir un sistema integral de información para conducir, vigilar, controlar y evaluar el desempeño con una base de datos única, confiable, oportuna y de calidad.

La integración funcional con portabilidad y convergencia implica la homologación de las prestaciones en salud, bajo determinadas condiciones de calidad y oportunidad para todos los ciudadanos, que debe definirse por un sistema que establezca las prioridades nacionales en salud, en los niveles colectivo e individual, indicadores de desempeño del sistema. Ambos sistemas tienen sus respectivos retos.

Se debe asegurar el acceso efectivo con calidad, así como la calidad técnica de la resolución médica y el abasto de medicamentos e insumos. También se necesita regular en la materia con una nueva perspectiva interinstitucional y de compromiso de la propia industria, además de modular el mercado y las formas de dispensación y abasto.

Para ello, se requiere transitar de una asignación inercial de recursos basada en presupuestos históricos a una gestión estratégica de servicios para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Se trata de proporcionar servicios de salud en base a las necesidades de salud de la población y a la información sobre los costos, la calidad y los resultados de los servicios prestados. Para ello existen dos grandes propuestas, no consensuadas: crear un "administrador o gerente de servicios de salud", con un alto grado de autonomía respecto a la Secretaría de Salud y de los prestadores de servicios; o bien mantener a las actuales instituciones públicas de salud como administradores o gerentes del Fondo Nacional de Salud.

En síntesis, lo que se busca es un Sistema de Salud que mejore las condiciones de salud de toda la población, los proteja de riesgos financieros que pueda conducirlos a gastos catastróficos y/o empobrecimiento, y que satisfaga las demandas legítimas de la población.

Maestría en Medicina Social-Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco.

Oliva López Arellano; Carolina Tetelboin Henrion; Edgar Jarillo Soto; María De Los Angeles Garduño Andrade; José Arturo Granados Cosme; Sergio López Moreno; José Alberto Rivera Márquez

La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos.

Introducción

Hacer una propuesta sobre la mejor manera de alcanzar una protección social en salud en México con universalización del acceso a la atención médica y de salud pública para todos los mexicanos requiere anticipar qué tipo de sociedad aspiramos a construir, qué políticas y sistema de salud exigen las necesidades sociales y sanitarias del país, y cuál es el papel de la participación ciudadana en la construcción de este proyecto. A pesar de la diversidad que existe en las Américas en materia de política social y de salud, se pueden vislumbrar dos grandes tendencias en ese sentido.

La primera, en la que desde hace tres décadas se inscriben países como Chile (Labra, 2002[361]; Tetelboin, 2003[362], 2012[363]), más tarde Colombia (Hernández, 2003[364]; Restrepo, 2004[365]; Groote, 2007[366]) actualmente en crisis, y México (Abrantes, 2002[367]; Laurell, 2012[368]) tiene como característica la orientación hacia una modalidad de protección privada en salud a través del mercado de seguros articulados a mecanismos públicos o de cotizaciones, y de prepago; por otro lado, limita el papel del Estado a funciones de regulación, a la constitución de un fondo público que posibilite la compra de servicios al sector privado y prestación propia para la población más pobre a través de paquetes limitados (Londoño, 1997;[369] BM, 1993)[370]. A pesar de que bajo estos esquemas el financiamiento a la salud casi se ha duplicado, los efectos sobre la mejoría en la atención a la salud han sido limitados (Muñoz, 2000)[371] y han profundizado la segmentación poblacional e institucional, quedando gran parte de los recursos en manos de los nuevos intermediarios con fines de lucro (Laurell, 1993;[372] 2012; Iriart, 2000;[373] Benach, 2012;[374] Restrepo, 2004).

Por otro lado, se identifica un segundo proyecto entre los cuales Brasil fue pionero (Abrantes, 2002), algunas ciudades como Bogotá, Colombia, (Vega, 2008)[375] y el Distrito Federal, México (Laurell, 2005[376]; López, 2008)[377], y más recientemente las experiencias en la República Bolivariana de Venezuela, República de Ecuador y el Estado Plurinacional de Bolivia (Mountaner, 2010,[378] Lévy, 2010, [379,380] Heredia, 2013)[381] que trabajan hacia la construcción de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidario, equitativo y participativo. Desde estas experiencias, se ha fortalecido el financiamiento y la institucionalidad pública, promoviendo esquemas de participación de la población y los trabajadores en las decisiones y acciones de gobierno. Además, varias de estas propuestas in-

corporan otro tipo de miradas —como las de corte popular, indígena y de género— en la construcción de la agenda nacional de salud, en casi todos los casos bajo los lineamientos de nuevas constituciones.

Desde la academia, el concepto de protección social en salud es polisémico y su interpretación debe ser examinada con atención en sus dimensiones teóricas y prácticas. La interpretación apriorística del concepto da a entender que la población podría estar mejor protegida que antes, cuando las tendencias muestran por el contrario una desarticulación sistemática de las instituciones de seguridad social y de los sistemas de protección pública que se habían alcanzado. Las reformas no se dirigieron a resolver los problemas que presentaban dichas instituciones, sino a otros objetivos, vinculados a la aplicación de un paradigma de mercado (Tetelboin, 2006).[382] Por el contrario, las políticas del sector han contribuido a la concentración de la riqueza y el poder, y con ello al deterioro de las relaciones sociales, de la gobernabilidad y la convivencia, en la medida que los satisfactores esenciales para la vida digna son inaccesibles para la mayoría de la población (Linares, 2009).[383] De ahí que es fundamental que el eje organizador de la protección social sea el derecho a la salud.

El punto de partida

El derecho a la salud es el punto de partida para establecer posiciones y debatir sobre la política de salud deseable y posible. Esta perspectiva guía nuestra aproximación porque el sentido y fin de toda política en salud es contribuir a la realización del derecho a la salud.

El derecho a la salud es por naturaleza un derecho inclusivo que incorpora dos dimensiones: los determinantes de la salud y los sistemas institucionalizados para la protección de la salud y la atención de la enfermedad. Para la primera dimensión es necesario considerar aspectos estructurales, la garantía de otros derechos (económicos, sociales, culturales y ambientales) y colocar la salud en el centro de todas las políticas (OMS, 2013). La segunda dimensión hace referencia al sistema de salud y a las políticas del sector, siendo el Estado el sujeto obligado a proteger, promover y satisfacer este derecho, dotándolo de contenido político, jurídico, normativo y programático a través de las diversas instancias de la administración pública.

Cuando se habla de protección a la salud sólo se considera una de las dimensiones, pero no la única del derecho a la salud. La cobertura universal efectiva, expresada como la garantía de acceso a los servicios de atención médica, es uno de los efectos posibles de la protección a la salud. Los propósitos de alcanzar un funcionamiento óptimo de los denominados "fondos mancomunados", lograr "beneficios universales de salud garantizados" y un "sistema integrado de prestación de servicios basado en Atención Primaria a la Salud" —y de otras propuestas como las de portabilidad, convergencia y estandarización de costos y procedimientos— debe considerar que éstos son medios posibles, nunca fines en sí mismos, ni únicos para el logro de la cobertura, pero que sus formas de articulación y sus alcances estarán definidos en gran medida por el tipo de sistema de salud al que se aspira.

El marco del derecho a la salud: los derechos económicos, sociales y culturales

En el largo proceso de desarrollo de los derechos humanos, los avances jurídicos y normativos en el mundo se han orientado en dos dimensiones: los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales por otro. Con los primeros se consagra la ciudadanía en el sentido de participación libre en la política, la economía y la organización civil, mientras que con los segundos se pretende que cada persona logre su florecimiento, desarrollo económico y social así como su identidad y autoestima (Jusidman y Marín, 2008).[384]

> "Los derechos humanos son universales, indivisibles, inalienables, interdependientes, interrelacionados, de igual importancia para la dignidad humana y exigibles, y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC, tienen el mismo estatuto legal, importancia y urgencia que los derechos civiles y políticos. El goce de los DESC es determinante para la posibilidad del goce efectivo, igualitario y no discriminatorio de los derechos civiles y políticos (Jusidman y Marín, 2008:6)".

De lo anterior se concluye que el derecho a la salud tiene un estatuto mucho más amplio que la garantía de acceso a los servicios de atención médica. El gobierno mexicano reconoce este derecho en toda su amplitud, al adherirse a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948)[385], suscribir ante las Naciones Unidas el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)[386] y ante la OEA, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, (OEA, 1988)[387] que señala: "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". Además al ratificarlo en 1996, debe reconocer que existe una serie de obligaciones, para lograr que -con equidad de género y sin ningún tipo de discriminación- se asegure progresivamente a todos los mexicanos el derecho a la salud física, mental y social.

Por otra parte, las obligaciones señaladas se deben situar en la consideración del "más alto nivel posible de salud" que se refiere a la garantía del resto de los derechos económicos, políticos y sociales, pues "debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud". Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (OEA, 1988).

En la consideración de la salud como necesidad básica humana (Doyal y Gough, 1991),[388] la satisfacción de ésta contribuye a la adecuada satisfacción de otras necesidades que contribuyen al desarrollo de la autonomía y de las potencialidades humanas. En tanto la salud actúa como propósito y como herramienta con otros bienes sociales para el desarrollo humano (Sen, 2002),[389] la búsqueda de la salud colectiva, la justicia sanitaria y la equidad, involucra preceptos de justicia social y de desarrollo nacional, que se expresan en la garantía (o vulneración) de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales y del derecho a la salud en particular.

Por ello, como derecho inclusivo, el derecho a la salud se expresa en aspectos

que rebasan "la atención de salud oportuna y apropiada" y que son en última instancia los verdaderos determinantes de la salud. Entre ellos se encuentran el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones de sanidad en el trabajo y ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Por otra parte, debe asumirse en su carácter participativo, que supone un proceso colectivo "de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional" (Observación General 14 del Comité de DESC).

Estas precisiones permiten aclarar el alcance reducido que tiene considerar que el derecho a la salud se agota en la "protección a la salud", concebida básicamente como el acceso a los servicios de salud, o a los servicios médicos en particular aunque, como hemos dicho, estos requieren de un estatuto universal y suficiente.

Un segundo elemento se refiere a la actuación gubernamental en materia de operación de los servicios médicos, que adquirió una nueva dimensión cuando México suscribió los pactos internacionales en materia de salud y llevó a cabo la reforma constitucional sobre derechos humanos (DOF, 2011). Actualmente, el artículo 4º señala que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (DOF, 2007:5). De acuerdo con el espíritu de este artículo y las nuevas condiciones constitucionales del país, la protección a la salud en México se refiere a acciones realizadas a través de sistemas institucionalizados capaces de promover la salud, prevenir y atender la enfermedad e incluir tareas que van desde la rectoría, regulación, financiamiento, organización, producción y prestación de servicios, hasta la tutela del derecho a la salud y la resolución de controversias en este campo (López y Blanco, 2010*a*). [390]

En la política de salud gubernamental para este sexenio, la Secretaria de Salud, Dra. Mercedes Juan López, ha propuesto "dirigir la política pública en salud hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud" con "intervenciones oportunas y definitivas", "garantizar la calidad como producto del reordenamiento y el reforzamiento de las regulaciones de los establecimientos y atención médica tanto en el ámbito público como privado, […] mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad como elemento central", avanzar hacia "[…] una sociedad de derechos [cuando] sin importar su condición laboral, su lugar de residencia, su preferencia política, o género, tengan pleno acceso a los servicios de salud con resultados favorables y medibles." Para lograr la "universalidad de los servicios será necesario reforzar la rectoría de la Secretaría, promover la separación de las funciones, el financiamiento y la prestación de servicios, lograr una articulación plena de todos los actores, a través de una adecuada coordinación y gestión de los recursos disponibles, y trabajar unidos por el Sistema Nacional de Salud, bajo un modelo único, homologado y con la operación de redes y servicios de atención tanto públicas como privadas (Juan, 2013)[391]".

En esta propuesta se incorpora el interés de avanzar hacia una sociedad de derechos y simultáneamente se retoman las directrices dictadas por el Banco Mundial (BM), que en su Informe del Desarrollo 2012, resalta el papel fundamental del sector privado en el desarrollo, promueve la atención de distintas necesidades sociales a través de asociaciones público-privadas y el financiamiento por resultados. Otro aspecto a resaltar de este informe, es que en los países respaldados por programas del BM, el rubro de Protección social y gestión de riesgos el indicador aumenta de U.S. $1,648 en 2007, a $5,691 en 2011 y a $3,502 en 2012, lo que permite concluir que el tema de la protección social es un tema de la agenda del Banco Mundial, en su perspectiva. Pocos indicadores tienen un dinamismo como éste. Sólo son similares los que se refieren a temas productivos como la generación de energía o la construcción de carreteras, de modo que el Banco impulsa este tema en materia social (Banco Mundial, 2012)[392]. Es por ello que una alternativa para avanzar en el cumplimiento real del derecho a la salud debe encaminarse por un proyecto diferente.

La propuesta de Sistema de Salud

La construcción de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidario y equitativo se considera la mejor opción para hacer realidad el derecho a la protección de la salud. Con la existencia actual de un sistema fragmentado donde se integran algunas instituciones orientadas a la protección social, avanzar hacia un sistema único de salud supone afrontar retos mayúsculos; sin embargo, esto no es un obstáculo insalvable. En sus inicios, el IMSS debería ser la base para tal construcción dado que es la institución solidaria con mayor capacidad resolutiva y cobertura real en la producción de servicios de salud para atender los problemas de enfermedad y muerte de los mexicanos. Cuenta con la infraestructura en todo el territorio nacional y mayor cobertura y puede en su torno organizar la articulación con los demás recursos públicos y de seguridad social. Su capacidad instalada es la de mayor alcance en México, aún con la heterogeneidad y carencias actuales, pues dispone de un sistema estructurado en niveles de atención con alta capacidad técnica similar a la de los Institutos Nacionales. Además, su legislación, le permitiría la incorporación de personas fuera del ámbito directo del trabajo y con ello posibilitar un sistema de provisión de servicios que satisfaga los principios señalados en el artículo 4°de la Constitución.

La definición del tipo de sistema de salud al que se aspira es esencial y debe hacerse en forma previa a la discusión de los aspectos financieros (fondos mancomunados), organizativos y de gestión (beneficios universales de salud garantizados y sistema integrado de prestación de servicios). De otra manera se continuarán proponiendo soluciones parciales y restrictivas que atacan algunos de los problemas importantes, sin resolver el problema de fondo respecto a la prestación de servicios de atención médica a todos los mexicanos, a las necesidades epidemiológicas de la población del país y a la garantía financiera amplia y no restrictiva, como ocurre en la actualidad con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (Bonilla ME, Aguilera N, 2013).[393]

Los contrastes entre el IMSS y el SPSS ilustran la diferencias en la capacidad para producir servicios:[394] el total de atenciones médicas proporcionadas actualmente por el IMSS corresponde a 10,494 diagnósticos —según la clasificación de las CIE9 y la CIE10— y a 716 Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRDs). Esto comprende a 9,609 padecimientos, de los que 361 son médicos y 355 quirúrgicos. Por su parte, el SPSS — que incluye al Seguro Popular de Salud (SPS) con su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)— lleva a cabo 284 intervenciones; el Fondo para Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) 57; y el Seguro para una Nueva Generación (SNG) 131.

Así, mientras que el IMSS atiende poco más de 10 mil diagnósticos y responde a ellos, el SPSS tiene un paquete restringido de intervenciones. Todo ello equivale a una proporción de 70.8% de las atenciones brindadas por el IMSS y sólo 7.5% por el SPSS, considerando el primero y segundo niveles de atención. Para el tercer nivel de atención, el IMSS atiende 46.6% del total de procedimientos (CIE 10), mientras que el FPCG lo hace sólo para 0.7 % del total (IMSS; 2012).

En la vertiente de los costos de la atención médica, también hay diferencias: las consultas externas proporcionadas por el SPSS tienen un costo de $1,947 pesos, mientras en el IMSS son de $1,646 pesos, las hospitalizaciones en el SPSS cuestan $106,716, y en el IMSS $100,619.[cxxix] Esto muestra que además de las intervenciones limitadas del SPSS, éstas son más costosas que las del IMSS.

En términos del derecho a la protección a la salud, tomar como plataforma para universalizar los servicios al SPSS es regresivo. Plantear esta opción no sólo es lesivo, sino que además implicaría para los actuales afiliados en instituciones de seguridad social como IMSS o ISSSTE una regresión a sus derechos vigentes. Además, un modelo como el del SPSS, en los hechos puede significar un dispositivo que incremente de forma significativa la inequidad de la atención, ya que en lugar de ofrecer una alternativa que tienda a mejorar la capacidad de atención, la reduciría.

La política de salud en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, debe pugnar por un modelo de prestación de servicios que efectivamente universalice las atenciones que requieren todos los mexicanos.

Desde nuestra visión, avanzar hacia un sistema único de salud que posibilite la cobertura universal efectiva, equitativa y solidaria de servicios de salud, requiere establecer explícitamente la universalidad de la prestación de servicios de atención, sin segmentación entre la población, con la articulación de los niveles de atención con base en la atención primaria y con recursos suficientes. En cuanto a los recursos financieros, deben señalarse al menos tres temas relevantes: a) la disponibilidad presupuestaria y las fuentes de su obtención, b) la distribución entre instituciones y población, c) el ejercicio del gasto asignado, la oportunidad, el costo y la transparencia. La estimación que puede hacerse sobre la base de la prestación universal de servicios de atención médica, puede tomar como referencia al IMSS e ISSSTE que dedican sólo a prestación de servicios de atención 258 mil millones de pesos y atienden a 49.3 millones de personas. Para prestar los mismos servicios a toda la población se requeriría un presupuesto de 612 mil millones (3.62 % del PIB de 2013). Es decir, serían necesarios 254 mil millones adicionales (1.5% del PIB de 2013) al presupuesto actual de todas las instituciones del sector salud.[cxxx]

La obtención de recursos financieros, humanos y materiales para hacer viable una propuesta de esta naturaleza, pasa necesariamente por una reforma fiscal progresiva (Bárcena, 2012)[395], que elimine los privilegios fiscales y combata la evasión y la elusión que practican sobre todo las grandes empresas en México así como se eviten los impuestos regresivos, como el IVA, que gravan a los más frágiles (Márquez, 2012).

Sobre la propuesta de universalidad de mercado (FUNSALUD)

Respecto a la propuesta basada en un modelo mercantil, es necesario aclarar que continúa en "suspenso" el mecanismo para generar los recursos necesarios para su propuesta de cobertura universal; sin embargo, lo que se ha filtrado en distintos círculos es que se propone constituir un Fondo Nacional de Salud (o de Protección Social) con recursos provenientes de impuestos al consumo (aumento de 2% al IVA y aplicación de éste último a medicamentos y alimentos). Si es así, estos impuestos son regresivos, pues la mayor carga impositiva recaería sobre la población que supuestamente sería la principal beneficiaria del sistema de protección social en salud.

Ese modelo supone que para el acceso universal a servicios de salud, la portabilidad y la convergencia serían necesarias para igualar gradualmente la cobertura. El problema es que si se toma como parámetro el SPSS para igualar los sistemas, en los hechos se daría un retroceso. El SPSS es un seguro médico voluntario, subsidiado, con un paquete limitado de servicios médicos, con predominio curativo, con menor número de intervenciones en comparación con las ofrecidas por el IMSS y otros institutos de seguridad social. De seguir avanzando con éste como eje de la restructuración del sector, se consolidaría un mini-paquete subsidiado de intervenciones curativas, y los ciudadanos que requirieran atenciones no incluidas en el paquete tendrían que pagarlas o comprar paquetes complementarios, profundizando la fragmentación de los servicios y colocando de modo no visible los determinantes sociales de la salud (López y Blanco, 2010b).[396]

Los recursos de un Fondo Nacional de Salud serían canalizados también a instituciones privadas incorporadas a las redes plurales de prestación de servicios, en donde la compra de "los paquetes de servicios garantizados", estaría a cargo de las "articuladoras" quienes realizarían una intermediación financiera sin valor agregado y sí produciendo una transferencia masiva al sector privado al recibir recursos públicos y comprar servicios privados, además de incrementar los cos-

cxxix Cálculos a partir de considerar el presupuesto global del SPSS con las suma de las aportaciones realizadas por: Cuota Familiar, Presupuesto Federal, Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, Fideicomiso del SPSS –Fondo de Previsión Presupuestal y FPGC--, y Aportación Solidaria Estatal. (SPSS, 2012; SS 2011)

cxxx Cálculos realizados con base en la información obtenida de Proyecto de presupuesto de egresos de la Federación 2013 (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE).

tos de intermediación ya de por sí elevados, que actualmente representan el 10.8 % del total del gasto en salud, que se corresponde al más alto de los países miembros de la OCDE (Ribe *et al*, 2012).[397]

En esta lógica, se acentuaría el problema de la precaria aportación de las cuotas obrero patronales que se realizan sobre la base de un salario nominal y no real según la base de tributación del impuesto sobre la renta; cuestión que ha significado una reducción de los fondos disponibles para el IMSS, además de la caída de la masa salarial por contracción del mercado laboral y de los salarios. Esta orientación se hace evidente pues hay diversas propuestas para eliminar completamente estas cuotas y homologar los servicios prestados con el SPSS, con el argumento de que todos tendrían un seguro médico.

Estas propuestas están pensadas como instrumentos financieros. En el caso de los servicios de salud, para redireccionar los fondos públicos hacia la demanda, comprometiendo una cuota por capitación según afiliado y promoviendo la competencia pública y privada por los recursos, lo cual supuestamente haría más eficiente el sistema.

Un esquema de fondo único (o fondos mancomunados) sin tocar la distribución y uso de recursos corre el riesgo de que sea la justificación para incrementar el IVA o gravar con este impuesto los medicamentos y los alimentos, y reducir las cuotas obrero-patronales.

La universalidad de mercado implica la separación de funciones, los fondos mancomunados la convergencia institucional, y la portabilidad del seguro prefigura la "garantía" de una cápita básica que cubre un paquete de servicios (menor al ofrecido actualmente por la seguridad social) comprados en un mercado plural de proveedores tanto públicos como privados, financiado con recursos fiscales provenientes de impuestos al consumo, configuraría un nuevo canal de transferencias masivas de dinero público hacia el mercado dominado por proveedores privados.

Nuestro sistema público de salud, segmentado de origen y muy heterogéneo, reproduciría con el SPSS (o sus nuevas variantes) sus limitaciones estructurales. Lo público no se fortalecería y la atención sería más fragmentada con la existencia de un mini-paquete "garantizado" (que no responde a la complejidad epidemiológica del país), múltiples planes de aseguramiento para cubrir el resto de atenciones, contratados según la capacidad de pago de los clientes y un mercado de servicios de salud funcionando con fondos públicos.

Mientras no se precise la dirección ético-política de la propuesta, sus objetivos, sus contenidos y la forma en que será financiada, se puede suponer la intención de continuar con el modelo de atención sustentado en la lógica de aseguramiento básico (tipo SPSS), con un esquema de financiamiento en donde los fondos públicos siguen a la demanda.

Una propuesta con estas características, no sólo privilegia la atención médica curativa, sino que coloca el problema de la enfermedad como responsabilidad individual y su solución en el consumo de servicios y de estilos de vida saludables, limitando las actividades de salud pública y la acción gubernamental sobre los determinantes sociales de la salud y haciendo no visible la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud a escala individual y colectiva.

Lo anterior, más que construir ciudadanía, contribuye a formar consumidores y a la consolidación de mercados de servicios de salud, reordenando el sistema de salud en la lógica del mercado, que como muestran las evidencias recientes (Chile, Colombia) resultan finalmente excluyentes, inequitativas y regresivas.

¿Es viable un sistema único de salud?

La propuesta de un sistema único de salud, de base pública, integral, solidaria y equitativa para México se basa, además de una posición ética, en la búsqueda de soluciones sociales efectivas para la mayoría de la población, y eficientes para las finanzas de Estados en sociedades como las nuestras, que requieren de un papel altamente recaudatorio directo, racional y redistribuidor y no de impuestos regresivos. A la vez su perspectiva deberá estar basada en la justicia, los derechos y la participación entendida en sentido amplio de decidir y en el acceso a los bienes y servicios socialmente generados.

El desarrollo de una propuesta de esta naturaleza requiere de condiciones y voluntad política, que propicie un diálogo social amplio en torno a un eje de interés público general. A la vez, su potencial construcción cuenta con un capital institucional y cultural desde donde partir, dada la centralidad, importancia y peso de las instituciones públicas de salud y seguridad social. La fortaleza de la Secretaría de Salud Federal, los logros de los sistemas estatales de salud y la capacidad de producción de servicios de la seguridad social, tienen un potencial de colaboración que hay que explotar pues, en conjunto, dan atención a la mayor parte de la población.

La viabilidad del sistema único de salud pasa por el tema de la regulación y la modificación y adecuación normativa. ¿Quién y con qué instrumentos se regula?, ¿hacia dónde se dirige la regulación y cuáles son sus límites?, son temas centrales a definir. Por otro lado, se requiere avanzar hacia una articulación e integración funcional entre las hoy atomizadas instituciones públicas y de seguridad, homologando "hacia arriba" los servicios prestados, con base en el concepto de ciudadanía y sin perder los beneficios ya alcanzados.

La construcción de un sistema único de salud requiere de una redistribución de los recursos sociales y de una estrategia de desarrollo orientada por el interés de garantizar derechos. Cuando esto esté garantizado, se pueden incorporar sectores profesionales privados, no lucrativos, al sistema público de salud, limitando el monopolio de la política y los recursos concentrados en empresas nacionales o transnacionales "de salud" y el peso de las compañías aseguradoras, farmacéuticas, etc. que impulsan permanentemente la privatización y mercantilización del sector salud.

La alianza entre lo público y la seguridad social es estratégica alrededor de los temas financieros, de las prestaciones, de las condiciones laborales y de los derechos particulares como los de los pacientes y los trabajadores.

Esta convicción sobre el necesario cambio de ruta y el abandono de la lógica de mercado para la atención de la salud, se basa en los resultados negativos

de las reformas de 1994 para el IMSS y 1997 para el ISSSTE, que significaron restricciones significativas y deterioro socialmente reconocido en su financiamiento y operación. Mientras que el mundo privado, a través de su expresión monopólica y concentradora (p.e. el Grupo Ángeles) se fortaleció y plantea su expansión a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) para el desarrollo del mercado de la salud.

En las experiencias internacionales a cuyo modelo se asemeja México, es posible observar que sus resultados no son halagüeños para la atención a la salud de la población. El importante aumento del gasto en salud, no se ha traducido en mejores servicios para la mayoría de la población, ni en el fortalecimiento de los servicios público. Los mejores resultados los han obtenido empresas y grupos financieros, casos como el de Chile que a pesar de la importancia significativa y central del sistema público, no obstante su fragmentación, sus resultados muestran que desde la dictadura pinochetista, la estructura de inequidades se mantiene intacta hasta hoy, lo que ha producido que la mitad de los recursos cubran al 18% de la población y con la otra mitad se cubra al 82% restante. Su política actual de garantías explícitas en salud (AUGE/GES), parece continuar y facilitar esta misma tendencia, en la medida que se trata de un sistema de priorización que rompe la razón de ser de la atención médica de a cada quién según sus necesidades de salud. Adicionalmente, al judicializarla bajo un supuesto argumento de exigibilidad de derechos (individuales), incentiva la compra de servicios privados. Colombia, país exitoso en la aplicación del pluralismo estructurado, se produjo la quiebra del sistema público y de la seguridad social y se expresó crudamente la naturaleza comercial de los empresarios y de las empresa privadas y su incapacidad como administradores de recursos públicos o de seguridad social, actividad en torno a la cual se han constituido grandes fortunas de cara a las carencias de atención de la población colombiana.

A modo de conclusión y ante las preguntas: ¿se puede avanzar en México hacia fondos mancomunados?

En una opción distinta a la del pluralismo estructurado, el escenario hacia la universalidad de los servicios públicos, en el marco de un sistema único de salud equitativo, solidario y participativo, sí es posible. Se debe avanzar hacia fondos mancomunados en una sinergia pública y de seguridad social que supere la dicotomía de la atención entre estos sectores y garantice las mejores condiciones de atención, gestión y costos.

Respecto del financiamiento, se debe trabajar en la reorientación de las prioridades del Estado y relevar la salud, a fin de garantizar el financiamiento suficiente de los satisfactores esenciales para la atención de necesidades humanas y sociales, fuera del mercado.

Se ha descrito que con una adecuada política pública, como el caso de Chile antes del GES, los sistemas públicos son más eficientes, además de eficaces y deben financiarse a través de recursos públicos, provenientes de una fiscalidad progresiva.

¿Se puede avanzar hacia "beneficios universales garantizados" comunes para todo el sector?

Una propuesta de universalidad integral y solidaria, distinta a la cobertura por garantía de financiamiento como la actual, debe transitar más que hacia beneficios universales garantizados, hacia la universalización con responsabilidad pública y ciudadana, garantizada constitucionalmente. Más allá de garantizar el acceso a paquetes de servicios, la reorganización del sector debe brindar atención a la salud por instituciones públicas y de seguridad social integradas en el financiamiento y la prestación, sin competencias económicas o de lucro, que son destructivas, distantes y ajenas a la naturaleza de un modelo de atención universal, regida más por la eficacia médica que por la eficiencia económica. Todo lo que se ha transitado, puede ponerse en función de estos objetivos.

¿Se puede avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios basado en atención primaria?

Sí, sin embargo, los servicios privados deben mantener su vocación autónoma en términos de financiamiento, así como las personas deben acceder a él en condiciones de mercado, a partir de sus recursos de bolsillo, independientemente que cuenten con atención pública o social. Otras opciones de participación privada se desprenden de distintas experiencias, por ejemplo: integrarse como en el caso brasileño, después de la conformación de Sistema Único de Salud (SUS), sólo donde el Estado no tenga o no haya podido desarrollar una infraestructura y condiciones de atención y con base en regulaciones que acotan su papel complementario; o en el caso del National Health System en su parte no esencial, o el sistema canadiense, donde el privado es un profesional sin fines de lucro, articulado al sistema público.

En América Latina por sus condiciones no hay márgen de viavilidad para el tipo de esquema privado que imponen reformas como las de Chile, Colombia y Mexico; la configuración política e institucional hace que este tipo de reforma beneficie a la gran empresa de la salud y a las compañias de seguros transnacionales, sectores que intervienen priorizando la ganancia sobre la atención y el servicio que constribuya al bienestar de la población.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

María Elena Medina-Mora Icaza;
Shoshana Berenzon Gorn

Acceso universal: Los retos de la atención en salud mental

En la actualidad prácticamente todo mundo acepta que los valores de universalidad y equidad deben ser los ejes rectores de cualquier servicio sanitario; en las leyes o constituciones se hace hincapié en la importancia de cumplir con estos valores. Sin embargo, en muchos países, México entre ellos, aún existe una proporción significativa de la población que no cuenta con algún tipo de protección social. Si bien es cierto que el Seguro Popular se planteó como una posible opción para solventar las necesidades antes mencionadas y existe evidencia que el porcentaje de la población que no cuenta con protección se ha reducido (Gutiérrez, 2013),[398] dadas las características de financiación, población a la que va dirigido y paquete limitado de servicios, no se ha logrado dar cobertura a toda la población mexicana. En el caso de la salud mental, esta brecha en la universalidad de los servicios es amplia.

Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental (Medina-Mora, Borges, Lara, *et al*, 2003),[399] pero sólo uno de cada cinco de los que tienen el trastorno, recibe tratamiento. El tiempo que tardan en llegar los pacientes a un servicio de atención oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Borges, Medina Mora, Wang, *et al*., 2006).[400] Los pacientes llegan a los hospitales en condiciones graves (Berenzon *et al*, 2013),[401] y con muchas pérdidas, situación que podría evitarse con una detección más temprana y un tratamiento más oportuno.

Del total del presupuesto asignado a la salud en nuestro país, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este 2%, el 80% se destina a la manutención de los hospitales psiquiátricos. A su vez, el eje de la atención de la salud mental sigue siendo el hospital psiquiátrico con sus servicios ambulatorios y de internamiento y existen muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, también son escasos los establecimientos residenciales y los servicios específicos para niños y adolescentes. Además, el acceso se ve limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de estos establecimientos se ubican en las grandes ciudades. Solamente el 30% de los servicios de atención primaria cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales y el personal capacitado para dar respuesta a este tipo de padecimientos es muy limitado (Berenzon *et al*, 2013).

En México, a diferencia de lo que ocurre en otros países, más enfermos son atendidos por especialistas en salud mental (54.5% de las personas que buscaron ayuda en el año previo a la encuesta) que en servicios de primer nivel (44.6%) (Borges *et al*., 2006). Los hospitales psiquiátricos, a través de una amplia consulta externa, dan el servicio ambulatorio para la población que lo requiere supliendo así la falta de servicios en el primer nivel. Aun así su financiamiento es limitado para atender a la demanda.

Aunado a lo anterior, existe evidencia científica de que los trastornos mentales y la pobreza están encerrados en un círculo vicioso que afecta diversas dimensiones del desarrollo social e individual. Los trastornos mentales generan elevados costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad pérdida, por lo cual pueden contribuir a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educativo, condiciones de vivienda y alimentación inadecuadas y otras carencias socioeconómicas han sido reconocidas como factores asociados con la presencia de trastornos mentales (Desjarlais, 1995).[402]

En México, en encuestas que comparan poblaciones con diferente niveles de ingreso promedio, se ha encontrado que la prevalencia de depresión en el último año oscila entre un 3.8% para quienes perciben más de tres salarios mínimos, 5.7% para los que ganan entre uno y tres salarios mínimos, y hasta 11.2% de aquellos que cuentan con menos de un salario mínimo mensual. Esta tendencia se repite para los trastornos de ansiedad (Berenzon, Medina-Mora, López y González, 1998).[403] Estudios más recientes muestran además que la gravedad de los trastornos mentales de los mexicanos se incrementa en relación con su nivel socioeconómico: los que se encuentran en el más bajo tienen casi tres veces más riesgo de presentar un trastorno mental grave cuando se les compara con la población con los más altos ingresos (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz *et al*., 2005).[404]

En encuestas con población adolescente entre 12 y 17 años, se ha encontrado que aquellos que vienen de hogares desprotegidos y con menores recursos económicos no estudian ni trabajan con mayor frecuencia que aquellos que provienen de hogares con mayor escolaridad en los padres y con mayores niveles de ingresos. Los primeros, tienen cuatro veces (OR= 4.4; 2.6-7.6) mayor probabilidad de tener un trastorno por abuso de sustancias, casi tres veces más probabilidad de tener un trastorno mental grave (OR= 2.8; 1.9-4.0) casi dos veces más probabilidad de tener ideación suicida (OR= 1.8; 1.1-2.8) y casi cuatro veces más de haber intentado suicidarse (OR= 3.6; 2.6-4.0) (Benjet, Borges y Medina-Mora, 2010).[405]

Como se puede observar, los asuntos más apremiantes en el campo de la salud mental son: la equidad en la distribución de recursos entre las diferentes regiones del país; la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos básicos, la integración de los servicios de salud mental en los de salud en general y la asignación de un porcentaje apropiado del presupuesto total a la salud mental; si no invertimos en salud mental, el círculo de la pobreza y los trastornos mentales no podrá romperse, lo que impedirá un buen desarrollo.

Las personas que presentan un padecimiento mental con frecuencia están menos dispuestas a buscar atención debido a factores como el estigma o por las experiencias negativas previas con los servicios de salud. Por ello, el pago en efectivo es un obstáculo mayor en comparación con otras enfermedades agudas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que aumentar la capacidad de prepago, en particular para procedimientos caros o repetitivos, puede mejorar el gasto en salud mental de manera sustancial (OMS; 2009a).[406]

En este orden de ideas, la OMS (2009a) propone que la inversión en salud mental debe de tener las mismas características que la de una buena financiación para los servicios generales de salud y, por lo tanto, debe cumplir con lo siguiente: i) protección frente a riesgos financieros catastróficos a través de servicios de prepagos para minimizar los pagos en efectivo; debido a que muchos de los problemas de salud mental son crónicos, es importante considerar los costos del tratamiento a largo plazo así como las altas probabilidades de que se presenten recaídas o situaciones críticas, mismas que resulta casi imposible costear por el enfermo y su familia; ii) las personas sanas deberían financiar a las enfermas; este es un elemento característico de los sistemas de prepago; sin embargo, en el campo de la salud mental es muy importante que se especifique qué estrategias de salud mental estarán cubiertas, de tal manera que se asegure que ciertos recursos de las personas sanas llegarán a las personas que presentan trastornos mentales; iii) las personas con mayores recursos económicos sufragan a los pobres; en este sentido se plantea que tanto las personas ricas como las pobres deben de estar cubiertas por un mismo seguro universal donde las contribuciones sean al menos parcialmente proporcionales a los ingresos en lugar de ser uniformes o proporcionales sólo al riesgo (OMS, 2009a).

En México, el Seguro Popular apoya a las principales enfermedades, pero el financiamiento no es suficiente para la mayor parte de los enfermos, la atención ambulatoria está cubierta en primer nivel, pero no existen suficiente cobertura para dar atención a la población que lo necesita. Los enfermos que reciben atención ambulatoria en hospitales psiquiátricos no están cubiertos y no tienen acceso a medicamentos; el tiempo de hospitalización de corta estancia cubierto no es suficiente para muchos pacientes y aquellos que requieren hospitalización de mediana estancia no están cubiertos. Aunado a lo anterior, no existen opciones para enfermos con grado avanzado de discapacidad y/o en estado de abandono.

El Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 que plantea la cobertura universal de atención con un eje importante en la prevención y la propuesta desarrollada por FUNSALUD (2013)[407] sobre un "Pluralismo estructurado" plantean una oportunidad para alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud mental. FUNSALUD propone que el financiamiento se realice a través de un fondo único sustentado en impuestos generales y que la prestación de servicios se otorgue a través de unidades médicas organizadas en redes plurales (públicas y privadas) de atención por niveles escalonados que ofrezcan a los usuarios la capacidad de elegir. La Secretaría de Salud como ente rector del sistema deberá especificar claramente las prestaciones, reglas y estándares que las instituciones privadas deberán cumplir.

Resulta esencial que los recursos financieros para la salud mental sean un componente integral del financiamiento destinado a la salud en general y que se hagan asignaciones específicas para la salud mental asociadas con otras iniciativas de salud. Lo anterior permitirá que en lugar de competir por el presupuesto se logre un uso más eficiente de los recursos; por ejemplo los programas enfocados a la salud mental materna podrían ser parte de programas más amplios de salud reproductiva (OMS, 2003).[408]

Las posibilidades de extender la cobertura de la atención médica en general y de la salud mental en particular, para todos los habitantes de México, reside en lograr un sistema de medicina general de alta calidad.

¿Es posible en México avanzar hacia un sistema integrado en prestación de servicios de salud mental basados en la APS? Sí es posible pero para dar este paso es necesario realizar una serie de acciones.

Como ya se ha mencionado, en nuestro país no se cuenta con una composición óptima de servicios de salud mental. La atención de la salud mental recae en los hospitales psiquiátricos; son contados los servicios en los hospitales generales y los servicios otorgados en el primer nivel no son suficientes y los modelos adoptados no son siempre los óptimos; esta situación se agudiza con las disparidades que existen entre una región y otra.

Una de las estrategias más viables para superar las brechas en el tratamiento de los trastornos mentales es integrar los servicios de salud mental en los servicios generales de salud. Una atención integrada reduciría el estigma que aún se vincula con la búsqueda de ayuda a los servicios de salud mental independientes; permitiría aumentar el acceso a la atención a pesar de la escasez de profesionales especializados en esta área y facilitaría la atención de situaciones comórbidas frecuentes como la que existe entre la depresión y la diabetes.

Si bien es cierto que el eje de la atención de la salud mental debe ser la Atención Primaria de la Salud, es necesario que los servicios de salud cuenten con modelos basados en la evidencia y con personal calificado. La OMS y WONCA, proponen que se cuente con un sistema integrado y que exista una articulación en los diferentes niveles, solamente así se podrán proporcionar la gama de servicios que puedan satisfacer las necesidades que surgen en diferentes momentos (OMS/WONCA, 2008).[409]

En esta integración deben de participar los servicios para las adicciones dada la gran comorbilidad que existe entre las adicciones y la enfermedad mental. Se estima que el 56% de las personas con un problema de abuso o dependencia a drogas también presentan un trastorno mental (Medina Mora, Borges, Benjet *et al*., 2007).[410]

El informe de la OMS/WONCA (2008) plantea muy claramente las estrategias que son necesarias para integrar la salud mental en la atención primaria: 1) las políticas y los planes deben incorporar la atención primaria de la salud mental; 2) el cambio de actitudes y de conductas requiere asesoramiento y representación; 3) es preciso formar trabajadores de atención primaria; 4) las tareas de atención primaria deben ser limitadas y realizables; 5) es necesario contar con profesionales e instalaciones especializadas de salud mental para apoyar la atención primaria; 6) los pacientes deben tener acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales en la atención primaria; 7) la integración es un proceso no un evento único; 8) es crucial contar con un coordinador de servicios de salud mental; 9) se requiere la colaboración con otros sectores del gobierno ajenos al ámbito sanitario, organizaciones no gubernamentales, trabajadores de salud comunitarios y con voluntarios; y 10) se necesitan recursos financieros y humanos.

A pesar de que existen muchos modelos probados y ejemplos de atención de la salud mental en el primer nivel en países de diferentes regiones y niveles socioeconómicos, resulta necesario que se analicen los obstáculos y beneficios de esta integración en México.

En cuanto a los recursos humanos, es importante mencionar que para lograr la atención de salud mental en el primer nivel sería necesario realizar una importante inversión en la capacitación del personal tomando en cuenta los diferentes grupos que lo conforman (doctores, enfermeras, trabajadores sociales, voluntarios, etc.). Es recomendable ofrecer programas de capacitación permanentes, en lugar de cursos aislados que después no brinden apoyo para reforzar las aptitudes recién adquiridas.

Otras de las razones por las que el personal del primer nivel tiene ciertas resistencias a prestar servicios de salud mental tiene que ver con el exceso de carga de trabajo tanto clínico como administrativo por lo que no cuenta con el tiempo suficiente para efectuar las intervenciones necesarias. Lo ideal sería incrementar el personal de atención primaria, pero si esto no es posible, podría pensarse en estrategias de redistribución de tareas donde algunas de éstas pasan de trabajadores de salud altamente calificados a trabajadores de salud con menos formación con el fin de utilizar de una manera más eficaz los recursos disponibles. En otros países se ha visto que las personas sin formación o los trabajadores comunitarios de salud pueden recibir capacitación para proporcionar intervenciones psicológicas y psicosociales a las personas que viven con trastornos depresivos y de ansiedad, esquizofrenia y demencia (Global Mental Health Group, 2007).[411]

En lo que se refiere al acceso, los servicios de atención primaria facilitan que la población con trastornos mentales busque ayuda ya que están ubicados cerca de sus viviendas o trabajos; sin embargo, habría que plantearse la ampliación de los horarios de los servicios de este nivel para que la gente que trabaja por las mañanas pueda acudir en otros horarios.

El alcance de los resultados clínicos depende en gran medida de la calidad de los servicios prestados, la cual depende de los conocimientos y habilidades del personal para tratar y diagnosticar los trastornos mentales, el tiempo disponible y el acceso a los medicamentos psicotrópicos e intervenciones psicosociales. Pero el éxito también estriba en que los servicios otorgados sean acordes con las necesidades sentidas por la población; es decir, que el personal sea sensible a las condiciones culturales e interpersonales de los usuarios y que los mismos y sus familiares jueguen un papel activo en la toma de decisiones.

Finalmente, estos servicios integrados a la atención primaria tienden a ser menos costosos ya que se comparten las instalaciones; además las personas gastan menos tiempo y dinero para llegar al servicio.

En esta integración de la salud mental en la atención primaria es importante asegurar, desde el punto de vista financiero, que las inversiones en los servicios de salud mental sean las adecuadas. Algunas estrategias para prevenir que los servicios de salud mental no reciban la atención suficiente y que por lo tanto el financiamiento pueda disminuir o bloquearse son: hacer un seguimiento de los fondos invertidos en los servicios de salud mental, desarrollar líneas de actuación para servicios especializados para poblaciones de salud mental así como crear y proteger niveles de financiación para los servicios de salud mental (OMS, 2009).

Se debe reconocer la necesidad de establecer estrategias de atención en el primer nivel que aborden al paciente en su totalidad, por lo que la salud mental debe de quedar incluida en los planes y normas que se definan para avanzar hacia un sistema integrado en prestación de servicios de salud mental basados en la APS; sólo de este modo podremos hablar de un sistema de atención de salud verdaderamente exhaustivo e integral.

FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN A.C.: RETOS Y PERSPECTIVA DE DERECHOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Daniela Díaz Echeverría y Briseida Lavielle Sotomayor[cxxxi]

Sistema de salud en México[cxxxii]

"El pilar central del derecho al más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos. Sin ese sistema, nunca se podrá realizar el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud."[cxxxiii]

Las sucesivas reformas del sistema de salud han fracasado en la medida en que no han modificado el contexto de desigualdad en que se afincan los servicios sanitarios. Tampoco han sorteado con éxito las deficiencias técnicas e institucionales en los sistemas estatales de salud, ni han fortalecido los mecanismos de rendición de cuentas de la acción gubernamental.

La desarticulación y descoordinación entre la Federación y las Entidades Federativas en aspectos tan importantes como la compra consolidada de medicamentos, la planeación del desarrollo de la infraestructura sanitaria o el fortalecimiento de las redes de servicio, explican en gran medida los pobres resultados y la falta de acceso efectivo de la población a los servicios sanitarios.

Con una oferta de servicios sanitarios más precarios que los de las instituciones de seguridad social, el Seguro Popular orientó sus esfuerzos a la afiliación de la población en busca de la cobertura universal. No obstante, los resultados de su gestión y del ejercicio de su creciente presupuesto público arrojan pobres resultados. Con relación a las enfermedades crónicas degenerativas, de acuerdo a la información brindada por la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT), hubo un incremento importante en la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes que fue de 9.2%, mientras que en la ENSANUT 2006 fue de 7% y en 2000 fue sólo de 5.8%. La ENSANUT 2012 refiere que en el país hay 22.4 millones de adultos con hipertensión y 22 millones con obesidad.

cxxxi Daniela Díaz Echeverría, maestra en Estudios Latinoamericanos por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Colabora en Fundar desde el 2000 ha sido responsable de proyecto Muerte Materna y Presupuesto Público. Actualmente colabora en el área de Presupuestos y Políticas Públicas con el tema Salud Reproductiva. Briseida Lavielle Sotomayor, economista egresada de la UNAM. Colabora en Fundar desde el 2000, ha coordinado diversos proyectos como el Índice Latinoamericano de Transparencia Presupuestaria, Monitoreo de Programas Sociales en Contextos Electorales, Salud, Ciudadanía y Derechos Humanos. Desde 2001 ha investigado temas relacionados con la salud, el presupuesto y el derecho a la salud.

cxxxii El presente texto fue elaborado retomando documentos de trabajo de las autoras.

cxxxiii Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt,* 2008.

El presente texto ofrece algunas reflexiones acerca del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular, que deben abordarse para lograr el fortalecimiento de primer nivel de atención. En primer término se analiza el financiamiento público a la salud, la equidad en su distribución entre las entidades, gestión y control; cuestiones que afectan el cumplimiento del derecho a la salud de la población. En segundo término se plantea la precariedad de la disponibilidad de la infraestructura sanitaria y el uso del presupuesto para tal finalidad en años recientes. En tercer lugar se exponen brevemente la problemática de la disponibilidad de medicamentos y la del gasto de bolsillo.

Finalmente, se proponen una serie de recomendaciones para revertir la situación expuesta así como la adopción del enfoque de derechos humanos en el diseño y evaluación de la política sanitaria para el cumplimiento de las obligaciones en materia del derecho a la salud de la población y en particular el pleno disfrute de los derechos sexuales y reproductivos por tratarse de un derecho que expresa las brechas y desigualdades.

Financiamiento

El Seguro Popular (*SP*) es el mecanismo a través del cual el Estado mexicano busca garantizar el derecho a la salud de la población que no tiene acceso a la seguridad social. Con su creación, en 2003, el ejecutivo federal se planteó resolver los problemas de financiamiento de la salud entre los que se encontraban: elevar el nivel de gasto público (pues se reconocía su precariedad), resolver la distribución desigual del presupuesto entre entidades federativas y disminuir el gasto que realizan los pacientes al momento de su atención.

A la distancia, es importante responder algunas interrogantes clave con relación al financiamiento a la salud. En tanto derecho fundamental, la salud debe ser garantizada por el Estado mexicano, el financiamiento debe contribuir a que el goce del derecho a la salud sea progresivo y apegado al principio de igualdad, entre otros.

> "Un buen sistema de financiación de la salud recauda fondos adecuados para la salud con miras a garantizar que la población pueda recurrir a los servicios necesarios y se halle protegida contra una catástrofe financiera o el empobrecimiento resultante del pago de esos servicios."(Hunt, 2008)

El gasto total en salud se ha comportado erráticamente en el periodo 2004–2010. [cxxxiv] En 2004 fue de 6.0% como proporción del PIB, decreció a 5.7% los siguientes dos años, se recuperó en 2009. De acuerdo con el último dato disponible, en 2010 el gasto total en salud observado fue de 6.3% y no alcanzó las expectativas del 7% del PIB establecida en la Evaluación Financiera realizada para el *SP*.

cxxxiv Los datos provienen de Sistema Nacional de Información en Salud, *Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos 2010*, http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html ; del Banco Mundial, http://datos.bancomundial.org/tema/salud así como de la Auditoría Superior de la Federación, *Informe de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010* http://www.asf.gob.mx/Section/58_Informes_de_auditoria

En el mismo periodo el gasto privado, primordialmente gasto de bolsillo de las personas, se mantuvo entre 3.1% y 3.3% del PIB y el gasto público osciló entre 2.6% y 3.1%, siendo la cifra más alta alcanzada en 2010 pero que representa menos de lo que dedican en promedio los países de América Latina de desarrollo medio.

A partir de lo anterior, se pudo afirmar que, como proporción del PIB, el gasto en salud ha tenido un comportamiento errático, que hasta 2010 la salud continuaba siendo financiada primordialmente con gasto desembolsado por el paciente al momento de la atención y que el gasto público tuvo un discreto incremento.

Uno de los objetivos de la implantación del *SP* y de su programa de acción específico 2007-2012 fue el incremento del nivel de gasto para la población sin seguridad social. Medido en términos per cápita, el gasto total en salud en México ha registrado una tendencia creciente pero a una tasa baja. En el período 2004-2010 el gasto per cápita en salud registró una tasa media de crecimiento de 5.6%, valor muy por debajo del promedio latinoamericano de países de ingreso medio que se ubicó en 17%. Para el año 2010, el gasto total per cápita en salud de nuestro país fue de 604 dólares, muy por debajo de Uruguay, Brasil o Chile, países cuyo gasto per cápita en salud fue de más de 950 dólares.[cxxxv]

El incremento del gasto no ha implicado el aumento equitativo de la disponibilidad de servicios médicos expresados en camas hospitalarias, consultorios, médicos y enfermeras. La carencia y precariedad en algunas regiones, sobre todo las rurales y urbano marginales, impacta negativamente el disfrute del derecho a la salud de las personas que ahí habitan. Comparado con países de América Latina de desarrollo medio, México registra mayor gasto desembolsado por los pacientes, 47% del gasto total en salud comparado con 30% o menos de dichos países.[cxxxvi]

La creación del SP se realizó en un contexto de desigualdad entre las entidades federativas, algunas de las cuales continúan con escasa infraestructura médica y recursos humanos, situaciones que se agravan porque no existe una distribución equitativa del gasto. En 2010, las entidades de alta o muy alta marginación –Guerrero, Chiapas, Puebla y Veracruz—fueron las que ocuparan los últimos lugares de gasto en salud per cápita; incluso, las de mayor marginación retrocedieron del lugar que ocupaban en 2004 ya que Guerrero pasó del lugar 27 al 28 y Chiapas del 25 al 31.

Gestión y control del gasto

Es de destacarse que existen graves deficiencias de gestión del gasto en las entidades, como lo reflejado reiteradamente en los informes de la Auditoría Superior de la Federación (ASF). De las 32 auditorías practicadas para el ejercicio fiscal 2010, una a cada estado, la opinión contenida en los dictámenes de la ASF fue negativa para 20 de ellas. La ASF determinó recuperaciones[cxxxvii] de dinero por 5,800 millones de pesos, lo que representaba el 26% del presupuesto auditado y el 16% del presupuesto total transferido a los estados. En nueve entidades federativas las irregularidades se presentaron entre el 20% y 69% del gasto auditado. Las observaciones fueron por faltante de documentación comprobatoria del gasto o de efectivo en el saldo de la cuenta bancaria; por cuestiones relacionadas con la adquisición de medicamentos, con la nómina y los salarios; y por la transferencia de recursos a otras cuentas bancarias de los servicios de salud e intereses generados.

El control del gasto es débil tanto en la federación como en las entidades y el ente fiscalizador no tiene facultades suficientes para sancionar. No existe un mecanismo de rendición de cuentas a la ciudadanía. A nuestro juicio, se ha puesto énfasis en la afiliación al SP sin una garantía de acceso efectivo a los servicios de salud.

Disponibilidad de infraestructura sanitaria

En México, en los años recientes se ha incrementado notablemente la afiliación de la población sin seguridad social al SP. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) reportó que 51.8 millones de personas habían sido afiliadas al cierre del 2011 y declaró el "*logro de la cobertura universal*" de salud en 29 entidades federativas.

Sin embargo, la afiliación al SP, por si misma, no garantiza a las personas el acceso efectivo a los servicios de salud y no necesariamente asegura su derecho a la protección de la salud, como es el mandato de nuestra Constitución. La salud es un derecho fundamental y, para que se ejerza plenamente, debe cumplir con los principios que rigen a los derechos humanos, tales como igualdad y no discriminación, progresividad y máximo uso de recursos; además el Estado mexicano debe rendir cuentas acerca de sus obligaciones para darle cumplimiento.

Uno de los elementos esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud es la disponibilidad, que significa que el Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos de salud. Analizando la disponibilidad de infraestructura sanitaria, se puede observar que México tiene un número precario y una desigual distribución de los mismos. Comparado con países de América Latina con ingresos medios altos[cxxxviii] en 2010 el número de camas hospitalarias en México se encontró por debajo de la media latinoamericana que fue de 2.2 camas

cxxxv Fuente de los datos del gasto per cápita: Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud (www.who.int/nha/en) complementada con datos del país. Tomado del Banco Mundial, Base de datos en línea, disponible en http://datos.bancomundial.org/tema/salud

cxxxvi Fuente Banco Mundial, Base de datos en línea, disponible en http://datos.bancomundial.org/tema/salud

cxxxvii De acuerdo con la ASF "Cuando se generan observaciones como resultado de la fiscalización superior, las entidades fiscalizadas pueden solventarlas durante el desarrollo de las auditorías o al término de éstas, reintegrando los recursos empleados incorrectamente al erario federal, al patrimonio de la institución, o al fondo federal correspondiente, dependiendo el caso. Esto se conoce como recuperación". Fuente: http://www.asf.gob.mx/Section/47_Impacto_de_la_labor_de_la_ASF

cxxxviii De acuerdo con la clasificación y datos del Banco Mundial, en su sitio de Internet datos. bancomundial.org

hospitalarias por cada 1,000 habitantes, mientras que nuestro país contó con apenas 1.6 camas, muy por debajo Argentina (4.5 camas) y Cuba (5.9). Además, se puede observar que el país no avanzó de 2006 a 2010, sino que mantuvo el mismo número de camas hospitalarias por cada 1,000 personas; es decir, no hubo un avance progresivo en la disponibilidad de camas hospitalarias en este periodo.

La disponibilidad de consultorios para la población sin seguridad social es precaria y muy desigual entre los estados y, al interior de los mismos, entre los municipios. A nivel nacional existía apenas una disponibilidad de 0.6 consultorios por cada 1,000 habitantes sin seguridad social.[cxxxix] Analizando la información a nivel municipal la variación va desde cero consultorios hasta diez o más por cada 1,000 habitantes. Se puede observar que la disponibilidad de consultorios se reduce a medida que aumenta el nivel de marginación de los municipios pues aquellos con baja marginación disponen de 0.62 consultorios, mientras que los de muy alta marginación se encuentran en peores condiciones pues apenas disponen de 0.35 consultorios por cada mil habitantes sin seguridad social.

En la Ley General de Salud está previsto el desarrollo de infraestructura usando los recursos del SP y siguiendo el Plan Maestro de Infraestructura. Para ello, se creó la previsión presupuestal anual con una parte de los recursos que aportan tanto la Federación como las Entidades para resolver las deficiencias de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados de mayor marginalidad y que son administrados a través del Fideicomiso del SPSS. Desde entonces, el presupuesto de egresos de la Federación ha incluido recursos para cubrir la parte federal correspondiente al fondo de previsión presupuestal. Pese a que en el periodo 2004-2011 ha existido disponibilidad presupuestaria y se transfirieron al Fideicomiso 9,488 millones de pesos destinados al Fondo, en el mismo periodo sólo egresaron 3,417 millones de peso; esto significa que 64% no fue invertido en infraestructura sanitaria en lugares de alta marginación. Ello pone de manifiesto que en este caso no se ha usado el máximo de los recursos de los que disponía el gobierno para avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud de la población.

La precariedad de la disponibilidad de infraestructura médica y su distribución desigual implica desigualdad en el acceso a los servicios de salud y que amplios grupos de población se encuentren excluidos de ellos. El derecho a la salud de esta población se ve vulnerado en tanto las obligaciones del Estado con relación al derecho a la salud, que derivan de la normativa nacional e internacional, no se cumplen.

Medicamentos y gasto de bolsillo

La última encuesta de satisfacción del SP (2012) revela que sólo 70% del total de usuarios en todo el país pudo acceder a todos o casi todos los medicamentos que le fueron prescritos, aunque el acceso a medicamentos varía entre 43% en Michoacán a 91% en Guanajuato[cxl] Una consecuencia inmediata de la falta de acceso oportuno a los medicamentos es el gasto bolsillo que realizan las personas para obtener sus tratamientos en farmacias privadas.

El gasto de bolsillo afecta a todos los sectores de la población; sin embargo, en los hogares en situación de pobreza y marginación éste tiene un impacto mayor pues se convierte en un gasto catastrófico[cxli] que merma seriamente la capacidad de los hogares para proveerse de otros elementos básicos de bienestar como lo es la alimentación.

Un componente sustantivo del gasto de bolsillo es la compra de medicamentos. El monitoreo realizado por Fundar sobre los reportes de compra de medicamentos de los años 2008, 2009, 2010 y primer semestre del 2011,[cxlii] identifica dos problemas esenciales: opacidad en el informe de las transferencias que reciben las entidades federativas por parte de la CNPSS y discrecionalidad en el uso de los recursos para la adquisición de medicamentos.[cxliii] Esta última se manifiesta principalmente en la compra de fármacos a precios superiores a los establecidos por la Secretaría de Salud y la compra de insumos que están fuera de la lista del Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES, del SPSS.

Al respecto, los Informes de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009 y 2010 de la ASF muestran las irregularidades en el uso del presupuesto para la compra de fármacos destinados a los afiliados del SP, que han causado un daño a las finanzas públicas por un monto de 648 millones de pesos.

Salud reproductiva

La atención en salud reproductiva es de las que mayor demanda presenta a los servicios de salud. Tras nueve años de puesta en marcha del SP las cifras son contundentes: en el año 2012, 51.47% de los egresos hospitalarios conciernen a causas gíneco obstétricas; esto es, de los 1,061,751 egresos hospitalarios registrados 545,973 correspondieron a dichas causas. En un marco de alta demanda e insuficiencias presupuestarias referidas, ocurre que de las 1,207 muertes maternas registradas en el año 2009, 33.1% contaba con SP, en 2010, 39.2% de los 992

cxxxix Sistema Nacional de Información en Salud. Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos, 2009.

cxl Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados Enero- Diciembre 2012. Secretaría de Salud.

cxli Se considera gasto catastrófico en salud cuando los hogares utilizan 30% o más de sus ingresos disponibles para obtener atención médica y medicamentos

cxlii Los reportes de compra de medicamentos se encuentran disponibles en: http://www.seguropopular.gob.mx/index.php?searchword=reporte+medicamentos&ordering=newest&searchphrase=all&option=com_search

cxliii Más información, disponible en: http://www.fundar.org.mx/fundar_1/site/files/Home/Breves/El%20_Seguro%20Popular_medicamentos_VFdoc.pdf; http://www.las10faltantes.com/lasdiez/el-seguro-popular-y-el-uso-de-recursos-para-la-compra-de-medicamentos-retospara-la-transparencia-y-la-rendicion-cuentas/; y en http://fundar.org.mx/pesosycontrapesos/?p=89

fallecimientos registrados fueron de personas afiliadas al SP,[cxliv] cifra que el año 2011 subió a 48.10%; es decir 467 de las 971 mujeres fallecidas.[cxlv]

Reflexiones y recomendaciones

1. Incremento progresivo del financiamiento

El Estado debe garantizar, en apego al mandato constitucional y los convenios internacionales en la materia signados por México, el derecho a la salud y tiene la obligación de adoptar medidas para lograr progresivamente su plena efectividad. Para ello es imprescindible mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud a través del incremento progresivo del financiamiento para revertir las condiciones precarias con que opera el sistema de salud en general y la atención primaria en particular.

El nivel de gasto total en salud es bajo, comparado con países similares de América Latina. Es necesario asegurar que el financiamiento a la salud sea una prioridad que se refleje en un incremento sustancial del gasto como porcentaje del PIB, para garantizar la disponibilidad de servicios sanitarios y medicamentos para la población sin seguridad social.

Continúa la desigualdad en la distribución de los recursos para la salud. Se requiere garantizar el aumento progresivo y equitativo de la disponibilidad de servicios médicos, camas hospitalarias, consultorios, médicos y enfermeras en todas las regiones especialmente en las rurales y urbano marginales con mayores carencias.

La gestión del gasto muestra importantes distorsiones que impactan, en última instancia, la prestación de los servicios de salud. Es apremiante establecer mecanismos claros de control y fiscalización del gasto en las entidades federativas y la federación.

2. El Estado debe garantizar la disponibilidad de infraestructura sanitaria.

La agenda sanitaria tiene como imperativo resolver las carencias y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, para lo cual un eje central es el incremento sostenido de la infraestructura sanitaria, dotándola del equipamiento, personal así como de la suficiencia presupuestaria imprescindible para su operación. Debe garantizar la existencia de un número suficiente de establecimientos para la atención a la salud como centros de salud, hospitales, laboratorios, etc.

cxliv Esto quiere decir que debían recibir todas las atenciones gratuitas establecidas en la estrategia Embarazo Saludable, la cual contiene una serie de acciones en salud durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención de la emergencia obstétrica. Embarazo Saludable está disponible en: http://seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=25:portadanota2&catid=3:embarazosaludable&Itemid=190

cxlv Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna, cifras disponibles en www.omm.org.mx

También debe asegurar que los establecimientos estén al alcance geográfico de toda la población sobre todo en las zonas rurales.

Garantizar el acceso a los centros de salud y hospitales bajo el principio de igualdad y sobre una base no discriminatoria, implica que los establecimientos deben ser accesibles a los sectores más marginados de la población. Todas las localidades y municipios deben contar con infraestructura sanitaria en igualdad de condiciones. Debe cerrarse la brecha entre las regiones más marginadas rurales, urbano marginales y las menos marginadas; es decir, se debe cuidar la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.

Es imprescindible que se destinen los recursos presupuestarios suficientes y se garantice su ejercicio y fiscalización para avanzar expeditamente a la construcción y equipamiento de las obras inscritas en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud elaborado por la Secretaría de Salud. El Gobierno Federal debe garantizar la inversión del presupuesto que por ley se canaliza anualmente al Fideicomiso de Protección Social en Salud destinado a la creación de infraestructura en zonas marginadas.

Debe asegurar el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía y su ejercicio regular para dar cuenta del avance en la disponibilidad de infraestructura sanitaria, sobre todo en las regiones marginalizadas y menos dotadas de servicios sanitarios tales como: las zonas indígenas, rurales y urbano marginales. Asimismo, debe rendir cuentas sobre el fortalecimiento e integración de la red hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención que fortalezca las redes integrales de servicios.

3. Incorporar la perspectiva de derechos para el diseño y evaluación de las políticas públicas de salud.

La reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio del 2011 refuerza y amplía las obligaciones del Estado de proteger, cumplir y garantizar los derechos –entre ellos la salud– conforme a los estándares y lineamientos establecidos en los tratados internacionales ratificados por México.[cxlvi] Esta reforma implica que este gobierno deberá llevar a cabo acciones específicas en torno al diseño, ejecución y evaluación de la política, programas y presupuestos públicos. Dentro de estas acciones específicas, deberá introducir la llamada perspectiva o enfoque de derechos.

El enfoque de derechos supone aplicar los principios y estándares en torno al derecho a la salud que emanan del derecho internacional de los derechos humanos, incorporarlos a las gestión del gobierno de las políticas y presupuestos, pero también implica un cambio en la concepción de afiliados y afiliadas hacia el reconocimiento de las personas como sujetas de este derecho.

cxlvi Entre los que destacan el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entre otros.

La perspectiva de derechos proporciona un marco normativo, lineamientos y estándares que el gobierno está obligado a cumplir. La apuesta del enfoque es la justicia social, por lo que ésta se convierte en el eje que guía el diseño y efectividad en la ejecución de las políticas sociales y presupuestos públicos. En este sentido, la perspectiva de derechos permite: 1) identificar las obligaciones del Estado mexicano en la materia y los niveles que debe alcanzar para cumplirlas; 2) visibilizar las brechas que persisten en determinados grupos sociales y abordar los orígenes que las ocasionan de manera estructural; 3) fomentar la transparencia y rendición de cuentas de los resultados de la política pública, así como la participación de la ciudadanía en su monitoreo y evaluación.

A continuación se exponen brevemente los principios de los derechos humanos en general y los elementos esenciales del derecho a la salud en particular.

Principios de derechos humanos:

- Máximo uso de recursos disponibles. Este principio implica que los Estados deben realizar los esfuerzos necesarios y, más aún, demostrar que los están llevando a cabo, para cumplir y garantizar los derechos humanos mediante la utilización de todos los recursos que tengan a su alcance. La no utilización del máximo de los recursos disponibles constituye en sí misma una vulneración a los derechos por parte del Estado. La insuficiencia de recursos no exime al gobierno de su obligación de asegurar el disfrute más amplio posible de estos derechos, ya que este principio contempla la priorización de los recursos públicos para atender a los grupos en situación de mayor desventaja de una determinada sociedad.

- Realización progresiva de los derechos y no retroceso. Este principio exige al Estado asignar los recursos adecuados para el avance progresivo en el cumplimiento de los derechos, de acuerdo con el de máxima utilización de recursos disponibles.

- No discriminación e igualdad. Este principio busca asegurar que los lineamientos de política pública y los recursos presupuestarios se guíen por criterios de equidad, de manera que promuevan la igualdad entre mujeres y hombres, y otros grupos que se encuentran en situación de discriminación y/o exclusión.

- Transparencia y rendición de cuentas. Este principio dicta que durante todas las fases de la política pública debe existir información disponible para evaluar la asignación y ejercicio de los recursos bajo los principios y consideraciones de la perspectiva de derechos humanos.

- Participación ciudadana. Todas las fases de las políticas públicas deben ofrecer a las personas interesadas la oportunidad de formar parte en las decisiones, así como recoger y valorar sus propuestas.

Elementos esenciales:

- Disponibilidad. Supone la existencia de bienes, servicios y centros de atención. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son: condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia y potable, hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado así como medicamentos esenciales.

- Accesibilidad. Se traduce en cuatro dimensiones básicas: 1) no discriminación en el acceso a servicios y bienes; 2) accesibilidad física y geográfica a los establecimientos; 3) accesibilidad económica de bienes y servicios para todos, especialmente para los más desfavorecidos y; 4) acceso a la información.

- Aceptabilidad. Significa la necesaria adecuación de los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales de la población.

- Calidad. Supone servicios de calidad, calificación del personal médico y calidad de medicamentos así como del equipo hospitalario.

Introducir el enfoque de derechos como eje rector del sistema de salud pública y de las políticas y programas públicos implica, entre otras cuestiones: realizar un diagnóstico oficial con la participación de la sociedad en su conjunto, sobre la situación actual del ejercicio del derecho a la salud y los mecanismos y recursos con los que cuenta el Estado; garantizar la igualdad y no discriminación de ninguna índole como principios en el diseño y ejecución de políticas sobre acceso a bienes y servicios de salud; asegurar el aumento progresivo y equitativo de la disponibilidad de servicios médicos, camas hospitalarias, consultorios, médicos y enfermeras en todas las regiones especialmente en las rurales y urbano marginales con mayores carencias; establecer mecanismos claros de control y fiscalización del gasto en las entidades federativas y la federación, así como de transparencia y rendición de cuentas.

Para cumplir con el derecho de accesibilidad económica a la salud es necesario incrementar la inversión en salud y asegurar que los recursos financieros garanticen la accesibilidad, disponibilidad y calidad de bienes y servicios al punto en que el gasto de bolsillo disminuya considerablemente. Es importante establecer mecanismos de medición de la accesibilidad económica a la salud que: 1) incorporen variables a la composición del gasto de bolsillo hasta ahora desconsideradas, como es el caso de los expendios en transporte y 2) valoren otros fenómenos relacionados con la asequibilidad, como es el caso de la demanda insatisfecha en salud.

Garantizar el pleno disfrute de los derechos sexuales y reproductivos[cxlvii]

Parte sustantiva del quehacer gubernamental, debe ser la puesta en marcha de una agenda dirigida a disminuir las inequidades sociales. Los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, son espacios donde estas se expresan con mayor énfasis, por ello introducimos con especial interés el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. El Estado mexicano debe amparar, garantizar y promover el cumplimiento y acceso al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos, conforme al mandato Constitucional establecido en el Artículo 1° y 4°, para esto se requiere:

- Reforzar la infraestructura de establecimientos de salud, con la ampliación de unidades de salud.
- Lograr el acceso universal a la salud materna, reproductiva y sexual.
- Desarrollar una estrategia de participación como eje de su política pública en igualdad de género.
- Asignación presupuestaria sostenida, identificable (sujeta a obligaciones de transparencia), vinculada a metas e indicadores de derechos y gestión.
- Transparentar todo el proceso presupuestario.
- Enmarcar su política en la igualdad de género, y disminución de brechas asociadas a la igualdad de género, condición de clase, etnicidad y grupos etarios.
- Establecer una política pública participativa y con presupuesto para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.
- Integrar la perspectiva intercultural, de acuerdo a recomendaciones internacionales.
- Incorporar el enfoque de derechos humanos y de género (indicadores).
- Mejorar la calidad: promover las mejores prácticas, eliminar las prácticas nocivas.
- Programas que empoderen a las mujeres, sobre todo a las adolescentes y a las jóvenes, para que conozcan sus cuerpos y ejerzan sus derechos.

cxlvii Estas propuestas se derivan del trabajo conjunto con la Coalición por la Salud de las Mujeres, el Observatorio de Mortalidad Materna y el Comité Promotor por una Maternidad Segura, México.

- Establecer un programa de educación integral en sexualidad, implementado en todo el ciclo escolar.
- Realizar campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos: respetando la diversidad de preferencias sexuales.
- Establecer una política pública dirigida a la disminución de los embarazos en adolescentes.
- Elaborar un documento de rendición de cuentas que vincule la asignación y gestión de presupuesto público con las metas e indicadores en política pública en salud sexual y en salud reproductiva. Por ejemplo, a la fecha es inexistente un ejercicio de rendición de cuentas del Estado mexicano que explique porque si los anticonceptivos son parte de los insumos básicos fijados en el Seguro Popular, las carencias en la provisión de anticonceptivos en mujeres adolescentes e indígenas. La última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), revela que la necesidad insatisfecha de las adolescentes es de un 24.6 % y en las mujeres hablantes de lengua indígena un 21.5 %.[412]
- Establecer una política pública que promueva el pleno desarrollo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos durante todo el ciclo de su vida de las mujeres indígenas, de la diversidad sexual, mujeres con VIH/SIDA y mujeres con discapacidad.

Maternidad segura

- Mejorar la calidad de la atención a embarazo, parto y puerperio en todos los niveles de la atención.
- Fortalecer el primer nivel para detección de riesgo, atención obstétrica básica, estabilización y referencia.
- Garantizar el acceso universal 24x7 a la atención obstétrica de emergencia (AOE), recursos humanos, infraestructuras, equipamientos e insumos.
- Prevenir 100% la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.

Maternidad voluntaria

- Impulsar programas de educación sexual que fortalezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Fortalecer el acceso pleno a la anticoncepción/ planificación familiar (incluyendo la anticoncepción de emergencia), con especial énfasis en la población adolescente.
- Fortalecer la anticoncepción post evento obstétrico.

- Asegurar el acceso al aborto seguro en casos de violación, y cuando haya riesgo para la vida y la salud. Asegurar el acceso al aborto seguro conforme a las causas legales y a la NOM 046-SSA2-2005.

Maternidad gozosa

- Consolidar la formación e incorporación en el sistema de salud de personal de salud no médico (parteras profesionales, enfermeras perinatales) para la atención de partos y abortos no complicados y anticoncepción.
- Elaborar e implementar una estrategia nacional de parto humanizado.
- Capacitar y sensibilizar al personal de salud para eliminar la violencia obstétrica.
- Reducir la cesárea innecesaria, conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud.
- Implementar el desarrollo de estrategias comunitarias y participativas para mejorar la salud materna, garantizando la participación protagónica y sostenible de mujeres y actores locales.

4. Generación, sistematización y utilización de información desde la perspectiva del cumplimiento del derecho a la salud para las políticas públicas de salud.

En la actualidad, las normas nacionales e internacionales vigentes establecen la importancia y obligación que tiene el Estado mexicano de proveer información a la ciudadanía que dé cuenta de los avances y del cumplimiento de los objetivos trazados en materia de salud.

La información que el gobierno tiene la obligación de generar, sistematizar y publicar debe ser de utilidad para valorar los avances y la consecución del derecho a la salud. Para ello es importante construir indicadores que permitan identificar las desigualdades existentes en el ejercicio equitativo del derecho a la salud. Es necesario generar y/o sistematizar información que permita conocer las condiciones estructurales parar proveer la atención médica, el grado de avance de los objetivos en materia de salud; y el impacto que éstos tienen en la salud de la población.

Es necesario mejorar la información existente y ampliarla para evaluar (con perspectiva de derechos) y rendir cuentas de los avances en cumplimiento del derecho a la salud, para ello es necesario:

- Generar indicadores de proceso que permitan evaluar el grado de avance de las políticas públicas de salud.
- Indicadores de resultado que midan el impacto que tienen las acciones del gobierno y que den cuenta del estado de salud de las personas (no sólo en términos de cobertura y afiliación).
- Diseño e implementación de una encuesta de acceso efectivo a bienes y servicios de salud a todos los afiliados, que tomen en cuenta las facilidades y obstáculos que enfrentan los afiliados con base en elementos básicos tales como, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Estas se deben complementar con: encuestas de percepción que den a conocer el grado de satisfacción que tienen los afiliados (usuarios y no usuarios) acerca de los bienes y servicios públicos de salud.

PROPUESTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS

Dolores Armenta; Recaredo Arias Jiménez; Ricardo Casares[cxlviii]

COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD, EFECTIVA, EQUITATIVA Y SOLIDARIA. PROPUESTA DEL SECTOR ASEGURADOR PRIVADO. ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (AMIS).

Introducción

Este documento representa la propuesta del Sector Asegurador para fortalecer y complementar el Sistema de Salud Mexicano. Fue preparado a petición de la OPS/OMS a fin de tener la visión del sector privado, en particular del sector asegurador, referente a la cobertura Universal en Salud.

El objetivo general es coadyuvar como sector para que el Sistema de Salud Mexicano logre su transformación hacia un Sistema de Salud Universal, Efectivo, Equitativo y Solidario. La administración pública y en particular el gobierno del presidente Enrique Peña Nieto tienen el objetivo de hacer alcanzables los servicios de salud a toda la población mexicana (Artículo 4° y reformas constitucionales de 2011 que reconocen la protección de la salud como un derecho humano).

En las administraciones pasadas se lograron importantes avances en la ampliación de los servicios médicos que otorgan el IMSS, ISSSTE y Seguro Popular; sin embargo, aún queda mucho por hacer y se debe buscar la colaboración de todos los sectores para lograr constituir un sistema de salud efectivo, equitativo y solidario.

La función principal del Estado es sentar bases firmes para esta colaboración mediante un esquema regulatorio que ordene al sistema y mediante la promoción de una política pública e incentivos que alienten a todos los participantes de la industria de la salud hacia su participación y colaboración. Esta labor de rectoría, representa uno de los ejes primordiales para lograr esta transformación, como fue claramente establecido el pasado 4 de abril en el foro convocado por la Secretaría de Salud (SSA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado "Avanzando hacia la Cobertura Universal, Efectiva, Equitativa y Solidaria,"[cxlix] habiendo consenso de los participantes en la importancia y responsabilidad del Estado para establecer los cambios legales y reglamentarios para generar los espacios en donde los diferentes participantes del sistema colaboren de manera conjunta y ordenada hacia objetivos comunes.

cxlviii Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).

cxlix "Avanzando hacia la Cobertura Universal, Efectiva, Equitativa y Solidaria", Secretaría de Salud (SSA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), foro multisectorial, Ciudad de México, 4 de abril de 2013.

También, el Estado debe enfocar en mayor medida su participación para garantizar la cobertura de la salud hacia los grupos de población más vulnerables que son: los de menores ingresos, comunidades marginadas y los adultos mayores.

Este trabajo es la propuesta del sector asegurador privado para establecer los mecanismos en que el sector privado puede coadyuvar junto con el estado en los objetivos planteados, dando como resultado un sistema de salud en donde los sectores público y privado se mezclan para ofrecer los servicios de una manera complementaria, exponenciando las fortalezas que tiene cada uno en particular.

Se identifican dos tipos de participación: uno a corto plazo en donde se puede colaborar con el sistema existente, sin necesidad de reformas; y otro a mediano/largo plazo en donde el sector privado puede colaborar para complementar y exponenciar los beneficios de una reforma en el sistema de salud mexicano, tal y como está expresado en el *Pacto por México*.[cl]

Antecedentes

Este documento parte de los acuerdos suscritos por el Consejo Coordinador Empresarial (CCE) y el C. Presidente Enrique Peña Nieto en la Agenda por México realizada el 22 de septiembre del 2012, donde en el grupo de trabajo 5.1 se hizo una propuesta para lograr un Sistema Único de Salud; también, este trabajo sigue las líneas de acción ya planteadas por la AMIS mediante el documento: "AMIS seguridad social universal. Propuesta de colaboración del sector asegurador privado. Líneas estratégicas para el diálogo sectorial",[413] y recoge varios de los puntos expresados en el foro del 4 de abril convocado por la SSA y la OPS.

Situación actual del sistema de salud mexicano

Actualmente el sistema de salud mexicano enfrenta grandes retos pues al mismo tiempo que se cursa por una transición epidemiológica y demográfica también se deben hacer reformas estructurales en las instituciones que permitan la integración del sistema hacia una cobertura universal, disminuir costos administrativos y aprovechar de una manera eficiente y efectiva la infraestructura con que se cuenta hoy en día. Sin estas reformas, sería prácticamente imposible enfrentar los retos descritos.

En México el gasto en salud per cápita por año es de $916 dólares, el cual representa 6.2% del PIB (OCDE – 2010).[414] Si bien esta cifra es muy razonable en comparación con otros países de Latinoamérica y la OCDE, la distribución tiene importantes áreas de oportunidad:

a) El gasto de bolsillo representa 47.3% del total del gasto en salud; la cifra más alta en comparación con el resto de los países de la OCDE. Un gasto de bolsillo

cl Consejo Coordinador Empresarial "Acuerdos suscritos en la Agenda por México por el Grupo de Trabajo 5.1: Sistema Único de Salud", 26 de septiembre de 2012.

tan alto es sinónimo de deficiencias en el sistema y de que un gran número de familias cada año entren en banca rota a consecuencia de los llamados gastos catastróficos.

b) Si bien indicadores generales como el de esperanza de vida y mortalidad al nacer son aceptables en comparación con otros países con gastos similares o incluso superiores en salud, existe una gran variabilidad de estos indicadores si los vemos por zona geográfica. Por ejemplo, hay estados como Nuevo León, Distrito Federal y Jalisco con tasas de mortalidad infantil de 12.0, 12.9 y 15.2 respectivamente y por otro lado, Guerrero, Chiapas y Oaxaca con tasas de 24.4, 23.9 y 21.9 respectivamente.[415] Es claro que existe una gran área de oportunidad en la distribución de los recursos y en las facilidades de acceso de la población a los servicios de salud.

c) El costo de operación del sistema representa 9.5% del total del gasto en salud; esto es 3-4 veces más alto que el costo operativo promedio de los países de la OCDE.[416] Es imperativo tomar medidas para hacer más eficientes las instituciones públicas, con una mejor integración de procesos, tecnología y adecuado nivel de costos administrativos y de personal.

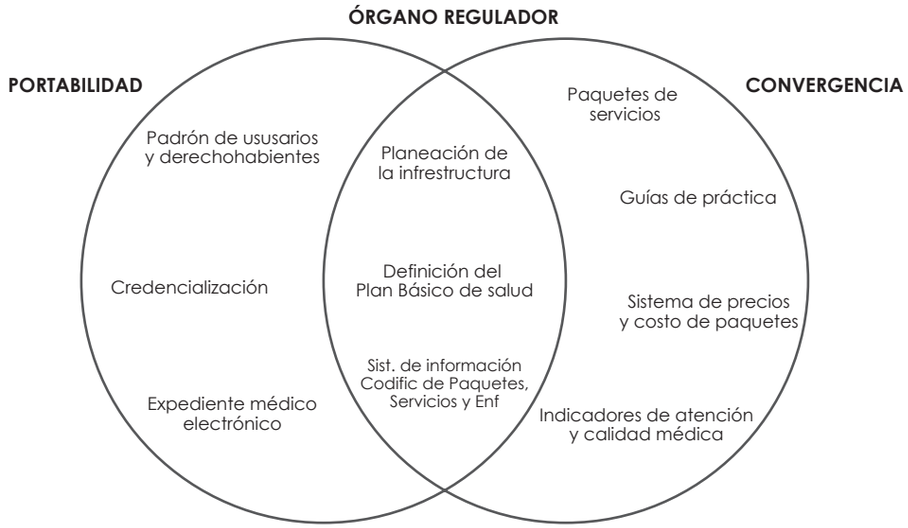
d) No existe una integración pública y privada; cada sector trabaja con estrategias y ofertas de servicios independientes la una de la otra, provocando que la población tenga que realizar doble y hasta triple pago al acceder a los servicios de salud. Los Sistemas de Salud en países desarrollados hacen una mejor integración de ambos sectores, con coberturas privadas complementarias a las básicas que ofrece el sector público, permitiendo satisfacer necesidades de ciertos nichos de población, generando competencia entre las instituciones y por ende eficiencia en los servicios que se ofrecen.

Para lograr una cobertura universal, eficiente, equitativa y solidaria, se debe reformar el sistema de salud mexicano. Se han hecho varios estudios y propuestas para la integración de las diferentes instituciones del sistema (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SESA, etc.) y así lograr una portabilidad de los servicios, lo que favorece la equidad y permitirá utilizar de manera más eficiente y efectiva los recursos disponibles en cada una de estas instituciones, en particular haciendo más eficiente el acceso a la salud para las poblaciones más alejadas. Al integrar las instituciones también es necesario homologar la cobertura que se brinda ya que, en la actualidad, existen diferencias importantes entre la cobertura que establecen los reglamentos de cada institución.

Sin lugar a duda, esta integración es lo que necesita el país y para lo cual se vuelve importante concluir los esfuerzos que iniciaron en las administraciones pasadas y que se detallan en el siguiente cuadro, el cual es una adaptación de un estudio presentado por el IMSS.[cli]

cli IMSS – Unidad de vinculación institucional, "Hacia un sistema universal de salud", 11 de diciembre de 2008.

Figura 25: Esfuerzos para fomentar la integración



La integración de las diferentes instituciones, permitirá identificar y separar de forma clara las tres funciones principales del Sistema de Salud: financiamiento, articulación y prestación de los servicios. Crear instituciones especializadas para cada una de estas funciones permitirá que cada entidad se concentre en sus objetivos y desarrolle las estrategias necesarias para tener mejor eficiencia y eficacia, lo cual redundará en una disminución de los costos operativos, permitiendo que una mayor parte de los recursos sean destinados a atender directamente las necesidades de salud de la población.

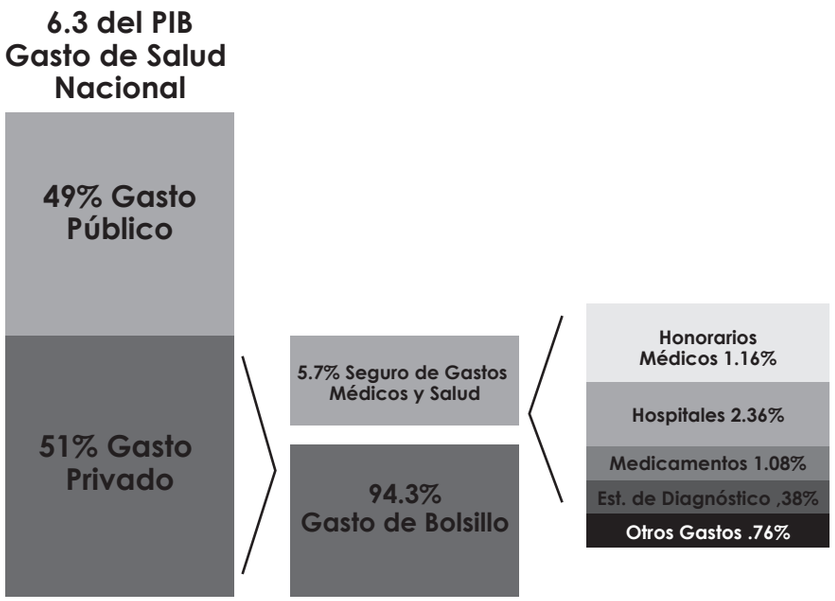
Organizar a las instituciones y funciones de esta manera creará incentivos en el sector privado para desarrollar productos y servicios que complementen la oferta del Estado, atendiendo los requerimientos y necesidades de nichos específicos, dando mayores opciones a la población.

Participación del sector privado – corto plazo

Teniendo en cuenta el entorno actual, el sector privado puede participar para ofrecer coberturas en donde hoy existen vacíos. La población busca satisfacer la necesidad de servicios que hoy no ofrece el Estado o que no cuentan con la calidad esperada. Una clara muestra es la distribución del gasto en salud (Figura 26), [clii] siendo un 51% de gasto privado y de éste la mayor parte, el 94.3%, lo representa el gasto de bolsillo. Este gasto de bolsillo deja ver que la población requiere o prefiere complementar los servicios del Estado, con el consumo de servicios de salud en el sector privado.

clii World Data Bank 2010 y AMIS – "Informe Ejecutivo de Accidentes y Enfermedades", dic-2012.

Figura 26. Distribución del gasto total en salud (2010)



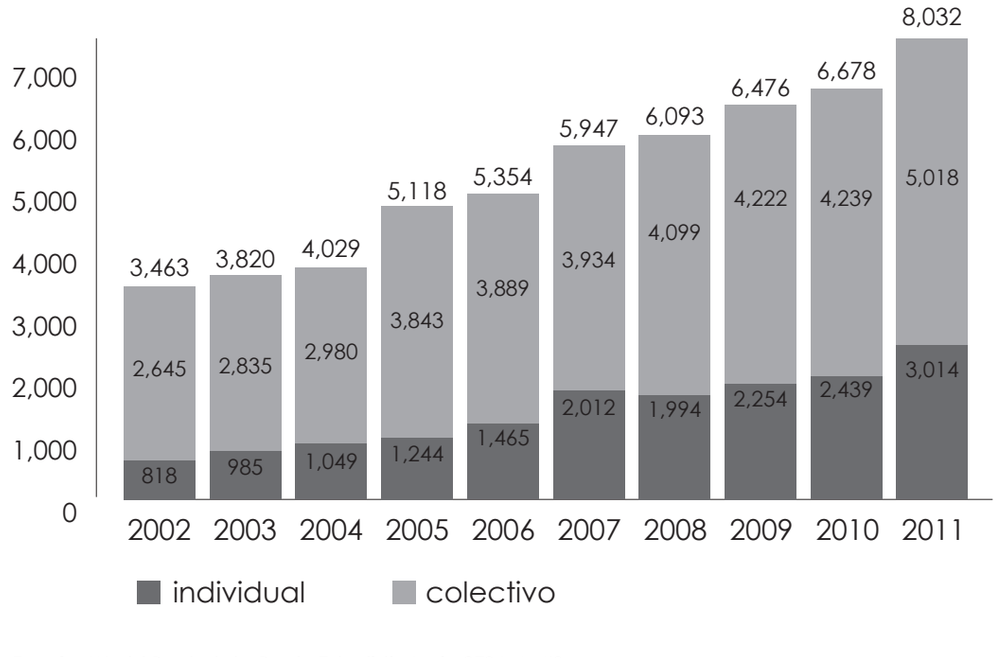
Fuente: World Bank data Bank. EstadisticAmis, SESA AMIS

El sector asegurador privado ha crecido de manera importante en los últimos años (ver Figura 27). A finales de 2011, más de 8 millones de personas contaban con un seguro privado de salud; esto es más del doble de lo que se tenía hace apenas 10 años. Los incentivos otorgados en la Reforma Fiscal de 2002 contribuyeron, sin lugar a duda, de manera importante en este crecimiento.

Sin embargo, aún existen oportunidades importantes de crecimiento y eficiencia, pues como se puede ver en la Figura 27, casi 2/3 partes de estos asegurados provienen de coberturas colectivas que las empresas otorgan a sus empleados, teniendo un doble pago: su contribución a la seguridad social y el pago de la prima del seguro privado. En cuanto a los seguros individuales, una parte corresponde a profesionistas independientes que no cuentan con seguridad social; pero otra parte, no menos importante, también cae en el llamado doble pago.

Se requieren formas más eficientes en esta integración Público y Privada, buscando coberturas complementarias, no duplicadas, ni con doble pago por parte de empresas y usuarios. México es uno de los pocos países en donde aún podemos ver un esquema tan ineficiente de integración, donde ambos sectores llevan un paralelo en sus estrategias sin que exista una comunicación ni integración entre ambos esquemas. La evidencia internacional muestra que los Sistemas de Salud que tienen una integración entre los sectores público y privado, son más eficientes y permiten ofrecer una mayor variedad de coberturas para cubrir las diversas necesidades de la población, tenemos ejemplos como Holanda, Australia e Irlanda, Singapur e incluso países latinoamericanos como es el caso de Argentina. Si bien todo sistema tiene áreas de oportunidad y mejora, no es preciso descartarlos como se vierte en los comentarios del Foro Multisectorial de la SSA y OPS[cliii] pues es claro que si no buscamos una integración eficiente, la gente lo hará, como lo está haciendo a través del gasto de bolsillo.

Figura 27. Número de asegurados en sector privado de gastos médicos (cifras en miles)



Fuente: World Bank data Bank. EstadisticAmis, SESA AMIS

Bajo el esquema actual, sin considerar una reforma en el Sistema de Salud, el sector privado puede participar en las siguientes líneas estratégicas (extracto de la propuesta realizada por AMIS a la Seguridad Social Universal). [cliv]

1. Ofrecer coberturas que amplíen las prestaciones en dinero que otorga la seguridad social en los seguros de enfermedades y maternidad. Con esto, la población podrá contratar seguros privados para complementar los beneficios en dinero y poder hacer frente a los gastos que pudieran no estar cubiertos, aminorar el gasto de bolsillo de medicamentos o estudios que realice fuera de la seguridad social y/o tener una cantidad de dinero que compense en cierta medida la pérdida de ingreso que pudiera tener en su actividad debido a la incapacidad de trabajar durante algunos días debido a la enfermedad.

2. Considerar la posibilidad de que la población trabajadora formal no asalariada pueda optar por el aseguramiento privado en salud, siempre y cuando se

cliii "Avanzando hacia la Cobertura Universal, Efectiva, Equitativa y Solidaria", Secretaría de Salud (SSA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), foro multisectorial, Ciudad de México, 4 de abril de 2013.

cliv "AMIS: Seguridad Social Universal: Propuesta de colaboración del sector asegurador privado. Líneas estratégicas para el diálogo sectorial", Ciudad de México, AMIS. 2013.

preserve la solidaridad en el financiamiento y se garantice la cobertura de un sistema integrado y preventivo de atención médica. Mediante esta estrategia se podrá reducir de manera importante el número de familias que aún no cuentan con una protección en salud ya que, al no ser asalariados, no cuentan con la cobertura que ofrece el IMSS o ISSSTE. Mantener la solidaridad del Estado en el financiamiento será un incentivo para que las personas busquen esta cobertura y no represente ellos una carga demasiado onerosa. Los beneficios de la cobertura tendrán que ser similares a los que ofrece el IMSS o ISSSTE, cuidando que tengan un importante componente de acciones de prevención. Hoy en día, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), se encuentran preparadas y listas para poder desarrollar una cobertura de este tipo. El Estado recibiría en su órgano rector la retroalimentación de los servicios y calidad proporcionada por las ISES mediante los mecanismos que ya existen en los reglamentos en donde se define la operación de estas instituciones.

Este mismo planteamiento podría utilizarse para regular y controlar en mejor medida los planes de servicios médicos que hoy utilizan las empresas que cuentan con la reversión de cuotas por parte del IMSS (en su mayoría instituciones bancarias y compañías mineras).

3. Impulsar coberturas complementarias a los seguros públicos de salud. Bajo el entendido de que los recursos son limitados y no se pueden ofrecer todos los servicios, el sector privado puede desarrollar coberturas que complementen las ofrecidas por el Estado. Un ejemplo pudiera ser una cobertura que complemente el listado de enfermedades que hoy en día cubre el Seguro Popular a través del CAUSES. De esta forma, las personas tendrían la opción de complementar la cobertura del Seguro Popular y no quedar desprotegidos ante el riesgo si padecen una de las enfermedades no cubiertas, poniendo en riesgo su economía y patrimonio familiar.

El desarrollo de estas coberturas puede realizarse de manera sencilla, con un diálogo entre las autoridades rectoras de las coberturas públicas y representantes de las aseguradoras privadas para definir el alcance de cada una y éste se vaya adaptando a los cambios que pudieran hacer el Estado en su estrategia para ampliar los servicios que ofrece. Estas coberturas deben contar con incentivos fiscales del mismo modo que hoy en día operan los seguros de gastos médicos privados.

Participación del sector privado – mediano y largo plazo

Si vemos a la seguridad social mediante el esquema de las tres dimensiones planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS),[clv] notamos un primer cuadro que representa el pilar principal del Sistema de Salud, el cual está conformado por: a) la definición de una cobertura básica de salud (o Plan Básico de Salud) a la que todo mexicano tiene derecho; b) un esquema de financiamiento con las aportaciones tripartitas que existen o mediante impuestos generales que garantice la sustentabilidad del sistema en el largo plazo. El esquema de financiamiento debe ser solidario, redistribuyendo las contribuciones para financiar los costos en salud de las poblaciones más vulnerables; c) un marco regulatorio que provea las bases sobre las cuales los diferentes proveedores de la salud deberán prestar sus servicios, indicadores de calidad y costo de los servicios proporcionados.

Si México avanza en la reforma al sistema de salud siguiendo la línea de integración de las diferentes instituciones públicas, el sector privado podrá apoyar al público ofreciendo coberturas complementarias, coadyuvando a tener un sistema incluyente que resuelva las diversas necesidades de todos los sectores y nichos de población. Para esto, es necesario concretar las acciones y esfuerzos que el Sector Público ha venido impulsando para la portabilidad y convergencia del sistema, particularmente las siguientes iniciativas:

a) Credencialización de la población derechohabiente

b) Expediente médico electrónico

c) La definición de criterios y protocolos de la atención médica

d) Precio de los servicios y paquetes de atención médica

e) Sistema de información que permita el análisis de los perfiles epidemiológicos de la población y su evolución a fin de que la SSA pueda plantear sus políticas y estrategias de salud a corto, mediano y largo plazo.

f) Medir eficiencias del sistema, supervisión de la práctica médica y hospitalaria y generación de información pública que incentive la calidad médica–hospitalaria.

La propuesta del CCE, es que el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe de estar compuesto por dos subsistemas: el de atención médica y el de salud pública. El subsistema de atención médica, tendrá un Plan Universal de Beneficios (o Plan Básico de Salud) que comprenderá un paquete de intervenciones preventivas y curativas en los tres niveles de atención y será financiado principalmente a través de impuestos generales y copagos por parte del beneficiario.[clvi]

Por otro lado, con el subsistema de salud pública, toda la población que habite en territorio mexicano tendrá acceso a un paquete de intervenciones que comprenderá acciones para i) la protección contra riesgos sanitarios (locales y federales), ii) la promoción de conductas saludables y iii) la prevención primaria (campañas de vacunación, detección oportuna de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, por mencionar algunas). Este subsistema será financiado por impuestos federales, estatales y locales.

Con esto se crearán los incentivos en el Sector Privado, para desarrollar y ofrecer una variedad de servicios y coberturas que complementen la cobertura del Es-

clv Adaptación realizada por el Dr. Eduardo González Pier del esquema de las tres dimensiones para alcanzar la cobertura universal en salud presentado por la OMS en el Informe de la salud en el mundo 2010.

clvi Consejo Coordinador Empresarial – "Acuerdos suscritos en la Agenda por México por el Grupo de Trabajo 5.1: Sistema Único de Salud", 26 de septiembre de 2012.

tado, satisfaciendo las necesidades de ciertos nichos específicos que los planes del Estado no abarcan, tales como:

1. *Seguro para ampliar la cobertura del Plan Básico de Salud*. Para la población con mayor capacidad económica se podrá instrumentar un plan voluntario para complementar el Plan Básico de Salud en aquellas enfermedades y tratamientos que nos son cubiertos por éste.

Este plan será financiado directamente por las personas mediante el pago de una prima a una institución de seguros privada y de copagos al momento de recibir los servicios médicos. Estas coberturas se pueden ir adaptando conforme vaya evolucionando el Plan Básico de Salud, así como en las coberturas que el sector privado encuentre son mayormente demandadas por las personas.

El derechohabiente podrá recibir la atención médica tanto con prestadores públicos como privados, teniendo mayor capacidad de elección, y fomentando la competencia y calidad de los servicios. A este efecto, las instituciones públicas se podrán ver beneficiadas por un ingreso adicional por este tipo de servicios, de los cuales recibirían el pago por servicio de una Aseguradora Privada, más el copago directo por parte del derechohabiente. De esta manera las instituciones públicas podrían aprovechar capacidad instalada y tener una fuente adicional de ingreso a la que se tiene hoy en día.

2. *Seguro para ampliar la Red de Prestadores de Servicios.* Para los grupos de población que quieran atenderse con Proveedores Privados se puede ofrecer un seguro que cubra el diferencial en costo que pudiera representar el proveedor privado sobre el precio definido por ese servicio en las instituciones del sector público. Extender la regulación para que los proveedores del sector privado pongan precio a sus servicios y paquetes bajo la misma estructura con que se definan los servicios para el sector público será la base para la correcta definición de estas coberturas y la fácil integración de estos servicios en el sistema de información de servicios de salud. Los servicios a otorgar deberán tener indicadores de calidad previamente definidos y los proveedores privados podrán competir ofreciendo mayores niveles de servicio y/o calidad, con los menores precios posibles.

El sector asegurador cuenta con la infraestructura para desarrollar y comercializar este tipo de coberturas. Aseguradoras y proveedores de salud privados podrían fortalecer la comunicación e interacción entre ellos para ofrecer coberturas y servicios de salud que satisfagan las necesidades de los nichos de población que buscan una atención privada.

3. *Prestación de servicios médicos*. Con un sistema de precios definido habrá proveedores privados que tengan interés por ofrecer estos servicios a la población, los cuales pueden ser: médicos que adapten sus honorarios a los tabuladores definidos por el Estado, clínicas y hospitales que reciban los precios por paquete definidos o servicios médicos específicos (estudios de laboratorio, imagenología, diagnóstico especializado). Se podrá desarrollar una diversa oferta de servicios, generando más opciones y libre competencia, la cual si bien los precios son definidos, podrá basarse en ofrecer mejores estándares de servicio y calidad en la atención proporcionada.

Para que una participación de este tipo pueda desarrollarse, es necesario que el Estado defina el catálogo de servicios y precios que operará para los prestadores públicos y que sea la misma base para los prestadores privados que deseen participar en proporcionar los servicios de salud a la población derechohabiente.

En este caso es necesario que el articulador vigile que se cumpla con una calidad mínima y se generen los informes para monitorear la evolución de la salud, así como detectar y prevenir la sobreutilización o fraude en el sistema. La población se beneficiará al tener una mayor oferta de servicios, mayor cobertura geográfica de los mismos y la capacidad de elección traerá beneficios en calidad y eficiencia.

Conclusiones

Es claro que para lograr un Sistema de Salud Universal, Efectivo, Equitativo y Solidario, el Estado y sus instituciones debe concentrar en esquemas generales que puedan ser eficientes y hacerlos llegar a toda la población, poniendo especial énfasis en los sectores más necesitados (población de bajos recursos y adultos mayores). También es claro que los recursos son limitados y que las necesidades son muchas y muy heterogéneas; es por eso que el sector privado y en particular la AMIS creen firmemente en la necesidad de una participación conjunta entre ambos sectores para lograr un esquema complementario que sirva en mejor medida a las necesidades de salud de todos los mexicanos.

Las medidas aquí propuestas, ya sea con o sin reforma del sistema de salud, pueden contribuir de manera importante para hacer alcanzable una cobertura en salud a personas que hoy no cuentan con ella, a satisfacer necesidades específicas de ciertos nichos de población, a mejorar la utilización de los recursos económicos (eficiencia del sistema) y a lograr una mejor distribución del gasto en salud, reduciendo el gasto de bolsillo y el doble o incluso hasta triple pago que a veces enfrentan las familias mexicanas para poder tener acceso a servicios de salud.

Favorecer el diálogo entre los diferentes sectores, será clave para exponer distintos puntos de vista, encontrar puntos de acuerdo y construir el sistema de salud para el México de mañana. El sector asegurador ratifica su compromiso y responsabilidad social para trabajar en conjunto con el sector público.

Las implicaciones de no hacer cambios ponen en riesgo el acceso a la salud ya que la carga económica que ya hoy enfrenta el sistema será insostenible en el mediano plazo, principalmente por la presión que ejercen los adultos mayores en el sistema de salud, lo que incidirá en la cantidad de recursos económicos disponibles para atender los otros segmentos poblacionales. El no contar con un sistema de salud eficiente, coordinado y sustentable en el largo plazo, aunado a otros determinantes sociales, limita y frena el crecimiento de un país, ocasiona empobrecimiento de la población, ineficiencias productivas y problemas sociales que a la larga saldría más caro para el país.

CONFEDERACIÓN PATRONAL DE LA REPÚBLICA MEXICANA (COPARMEX)

Carlos Alberto Morgado Marino; Javier Moreno Padilla

La Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), nació el 26 de septiembre de 1929 como sindicato patronal de afiliación voluntaria, que aglutina empresarios de todos los sectores que buscan mediante ella su representación en el ámbito laboral y social. Sus más de 36 mil empresas socias en todo el país son responsables del 30% del PIB y de 4.8 millones de empleos formales. Está conformada por una red de 64 Centros Empresariales, 13 Federaciones, 3 Representaciones y 14 Delegaciones en todos los estados de la República. Además, 27 Comisiones de Trabajo nacionales se dedican al estudio y generación de propuestas en las temáticas más importantes de la economía y la sociedad.

Su misión es contribuir al establecimiento de condiciones para la prosperidad de todos los mexicanos que propicien una creciente cohesión social, para que las empresas se desarrollen, multipliquen y cumplan con su función creadora de empleo y de riqueza con responsabilidad social. Por lo que motivamos la participación activa de nuestros socios y trabajamos por lograr una mayor armonía en las relaciones de los empresarios entre sí y con los trabajadores, a través de promover una nueva cultura laboral e impulsar el desarrollo de una economía de mercado con responsabilidad social. A la vez que propiciamos las condiciones necesarias para el bien común, defendemos los legítimos derechos de nuestros asociados en su carácter de empresarios y apoyamos las reformas sociales, económicas, jurídicas y políticas que fomenten el desarrollo nacional.

En específico su Comisión de Salud, nace con el firme propósito de lograr representar al sector empresarial y de colaborar con los gobiernos estatales en la creación de planes de prevención, atención, curación y rehabilitación de las enfermedades. Dentro de los objetivos a nivel nacional, la comisión centra sus esfuerzos en el establecimiento de las políticas y los procesos para la mejora de calidad en atención, promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como el efectivo acceso al cuadro básico real de medicamentos para los ciudadanos.

La Comisión de Salud del centro empresarial Distrito Federal de la COPARMEX, tiene como objetivo principal mantener una sana relación entre los actores gubernamentales y la iniciativa privada buscando el mejor entendimiento y aplicación de las normas de salud para la Ciudad de México, siempre buscando con la mayor responsabilidad el bienestar del habitante de esa mega metrópoli. Para el sector empresarial es muy importante conocer y desarrollar soluciones para las necesidades de salud en una de las ciudades más pobladas de nuestro país y de américa latina, siempre teniendo como meta dar la mejor calidad de vida a todos y cada uno de sus habitantes. Esta Comisión de Salud, tiene como objetivo principal el defender los derechos de salud que están establecidos en las distintas leyes de nuestro país, cabildeando y estableciendo lazos con instituciones tales como COFEPRIS y con el Gobierno de la Ciudad de México y las distintas instituciones que lo representan.

Aspectos de preocupación del sector empresarial

1) La situación financiera del IMSS. El Informe Financiero presentado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, indica que la crisis representa 1.29 millones, exactamente la misma cantidad que tiene el sistema de ahorro para el Retiro de los 48 millones de afiliados al sistema. Dentro de las conclusiones, señala el problema de las jubilaciones, pues significa sostener la atención médica del sector pasivo. En las soluciones se viene anunciando incrementar las contribuciones obrero-patronales para que el porcentaje de aportaciones de enfermedades y maternidad sea equivalente al 16.7% en lugar del actual 12.3% y un sistema integral de fiscalización para aumentar de $288.00 pesos diarios promedio a $371.02 pesos diarios, presionando a través de la fiscalización para que la cotización promedio aumente, dado a que si no se puede incrementar la cuota de enfermedades por lo menos la recaudación se incremente a través de la fiscalización. Esta fiscalización se anuncia agresiva ya que integrará un promedio de 150 auditores adicionales. Como no hay representación, los empresarios no tendrán opinión en el tema. Este tema deberá abordarse de manera integral, urgente y de modo participativo. La sostenibilidad del IMSS, así como los mecanismos para resolver su actual situación de crisis es responsabilidad de todos.

2) Ley Federal del Trabajo y sus implicaciones en la Ley del Seguro Social. Ante la presión por subir la cotización, el riesgo de que la solución implique aumento de empleo informal, de contrataciones por hora u otras modalidades precarias. Otro aspecto que preocupa, es la forma en que se va a realizar la clasificación de enfermedades. Dice la Ley que lo hará a través de un acuerdo con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la cual tendrá una comisión. Al respecto hay varios tópicos controversiales con respecto a la reclasificación de las empresas y la definición de nuevas enfermedades profesionales tales como el "estrés laboral". Finalmente, en el entorno empresarial se debate sobre las implicaciones en la Reforma Laboral, a temas como las jornadas por hora, las discontinuas, *outsourcing*, paternidad y maternidad, tabla de enfermedades, imputación de la responsabilidad al patrón, las multas de la Secretaría del Trabajo, entre otras materias.

3) Cobertura universal. La Comisión de Salud de la Confederación Patronal de la República Mexicana, ve con mucho interés el debate actual sobre cobertura universal en salud y estará muy atenta a participar en las discusiones que al respecto se realicen. A este objeto, ha manifestando su interés por conocer más de este relevante tema, que no sólo guarda relación con la salud de los mexicanos, sino con nuestro desarrollo y proyección como país.

De la Cobertura Universal hacia la efectividad en el Sistema Nacional de Salud en México

Sebastián García Saisó;[clvii] *Ibelcar Molina Mandujano*[clviii]

Más allá de las características del Sistema Nacional de Salud en México, así como los esfuerzos que se han realizado para la consolidación del mismo, siguen existiendo retos dados el dinamismo de la sociedad y las necesidades en salud, como el cambio en la demografía, la transición epidemiológica y factores ambientales que han traído como consecuencia un replanteamiento de las políticas en salud actuales. Así mismo, las características permanentes como la dispersión de la sociedad por un lado y el hacinamiento por el otro, considerando también la geografía de nuestro país, seguirán teniendo la atención de nuestra institución rectora en salud, la Secretaría de Salud.

Antecedentes del Sistema de Salud en México

En este sentido, se vuelve imprescindible hablar sobre la cobertura en el sistema de salud nacional y de la universalidad del mismo. No hay que olvidar que las dos instituciones que han sido principalmente los pilares de nuestro sistema de salud a partir de 1943 son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (antes SSa, hoy Secretaría de Salud, con siglas oficiales "SS"). Posteriormente, surge en 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Desde entonces, la prestación de los servicios de salud se ha divido en dos segmentos: el primero para dar atención a los trabajadores (y sus familias) del sector formal tanto público como privado, provista por el ISSSTE y el IMSS, bajo el esquema de la seguridad social; y el segundo para dar atención al resto de la población (población abierta) que no se encuentra dentro del esquema anterior, a cargo de la Ssa. Y de la misma manera se ha conformado el financiamiento aunque con algunas diferencias entre las tres instituciones. Esto es, el IMSS tiene un financiamiento tripartito que se deriva una parte de las cuotas patronales, otra de las cuotas de los obreros y la última por la federación; el ISSSTE se encuentra financiado por la cuota de los trabajadores al servicio del Estado y otra parte por la federación; y finalmente la Protección Social en Salud a cargo de la Secretaría de Salud se financia casi en su totalidad por impuestos generales que recauda la federación, y el resto por aportaciones de los usuarios y las entidades federativas.

Aunque la lógica obedecía a que a mayor crecimiento y desarrollo económico del país, a decir que los indicadores económicos como el empleo y la producción en todos los sectores, y por ende el pago de impuestos aumentarían, se establecería una relación directa con el crecimiento de la derecho habiencia en la seguridad social y por ende de la cobertura que tendería a la universalidad. Sin embargo, esto no resultó así debido a las condiciones mismas del país que lejos de propiciar el trabajo formal, llevó a un incremento en la informalidad y evidentemente a una mayor demanda en los servicios de salud provista por la SSa.

La universalidad como componente inherente de la cobertura de los servicios de salud

Ante tal situación, la política en salud en México dio un viraje a través de tres reformas. La "reforma de primera generación", que consistió en ampliar la cobertura en las zonas de mayor marginación o con mayor índice de pobreza. No obstante los esfuerzos realizados para responder a la gran demanda por los servicios de salud, no fue suficiente, lo que llevó a una "reforma de segunda generación" cuyo objeto fue mejorar la rectoría sectorial a través de la promoción en la integración funcional de las instituciones de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que conllevaría al mejoramiento en la provisión de los servicios y en el financiamiento público de la salud, generando así un efecto positivo en la ampliación de la cobertura.

Como resultado de estas dos reformas se dieron cambios trascendentales tales como la incorporación del derecho a la protección de la salud en el artículo 4º Constitucional (1983) y la promulgación de la *Ley General de Salud* (1984). Consecuentemente surge la Coordinación de Servicios de Salud, que operaría bajo cinco estrategias: descentralización de los servicios a las entidades federativas, sectorización institucional, modernización de la Ssa en SS, quien asumiera la rectoría y conducción del SNS, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Esto implicaría trabajar en elementos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos para la integración del sistema de salud, y con todo esto darle carácter de universal a la cobertura en la prestación de los servicios de salud.

A pesar de estos esfuerzos, en un análisis de la funciones del sistema de salud que hizo el Gobierno Federal a finales del siglo pasado, se encontraron principalmente los siguientes problemas: financiamiento de la atención médica con cargo principalmente al bolsillo de los ciudadanos más que a los fondos públicos; prevalencia de una proporción importante de la población sin seguridad social que enfrentaba gastos catastróficos por su salud; inequidades de acceso a los servicios de atención médica; calidad deficiente de la atención; débil papel rector dentro del sector salud, y un patrón de morbilidad y mortalidad diferente como resultado de la transición demográfica y epidemiológica del país.

Aunado a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer en el año 2000 un informe donde situaba a México en el lugar 144 respecto a la "justicia financiera". Todo esto llevó al planteamiento de una "reforma de tercera generación" con la finalidad de fortalecer la rectoría en salud y así mejorar la coordinación y ejercer la regulación sectorial; incrementar los fondos públicos para financiar a la población sin seguridad social; y extender la protección social en salud a los más pobres con la prestación de servicios con calidad.

clvii Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Secretaría de Salud.

clviii Asesor de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Secretaría de Salud.

Es así como en el año 2003 en un esfuerzo del gobierno federal, y diferentes actores, bajo el principio de justicia social, se logró reformar la Ley General de Salud para dar cabida al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS, o mejor conocido como Seguro Popular) para ofrecer acceso equitativo a un aseguramiento médico público a la población fuera del esquema de la seguridad social. De esta manera, se garantiza la protección financiera en salud a la población no derechohabiente a la seguridad social, fundamentalmente, es mediante subsidio y por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, una muy pequeña contribución también proviene de los asegurados. En este sentido, se garantiza el acceso a la protección financiera a la población independientemente de su condición laboral, lo cual ha sido planteado como un paso importante en el camino para ofrecer un acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados. En otras palabras, es un Sistema que consolida los recursos económicos, provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiere. Actualmente el Seguro Popular ofrece una cobertura médica de 284 intervenciones y más de mil 500 enfermedades, descritas en su Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes).

Aunque propiamente, el objetivo principal del SPSS es garantizar el acceso universal a los servicios de salud de la población fuera del esquema de la seguridad social a través del aseguramiento médico público, no se contempló el desequilibrio que se generaría entre oferta y demanda en los servicios de salud, trayendo como consecuencia una repercusión en la calidad de los servicios de salud, lo que se tradujo en un aumento en los tiempos de espera, un desabasto en el surtimiento de los insumos y medicamentos, y saturación en los tres niveles de atención, principalmente en los servicios de salud otorgados por la SS.

Dado este panorama se han implantado diversas estrategias para ir abatiendo estos rezagos, como el Programa de Caravanas de la Salud, cuyo objeto ha sido acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, manera integral y resolutiva, mediante equipos itinerantes a la población que habita prioritariamente en las microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión, carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

También surge como estrategia el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS) orientado a dar soporte en la operación del SPSS, a través de la realización de diversas actividades que van desde el desarrollo de infraestructura y equipamiento, hasta el apoyo en gastos de operación para la integración de las redes de servicios de salud. Y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, actualmente SiCalidad, que nace en el 2001 con el fin de elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población, focalizándose en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente.

Todas estas estrategias, por mencionar algunas, han generado, sin duda, un mayor bienestar en la salud de la población, otorgándoles mayor calidad de vida y una reducción en el gasto de bolsillo, aunque aún existe mucho por hacer en cuanto a la efectividad, es decir, los resultados de todas estas estrategias en su conjunto expresadas en términos de impacto en salud. En este sentido es importante remarcar que si bien la universalidad en el financiamiento de los servicios de salud, entendida como el acceso de la población a esquemas de aseguramiento público, es hoy prácticamente un hecho consumado, esto no se ha transformado en un acceso efectivo a los servicios de salud. Lo anterior nos lleva a reconocer que la Secretaría de Salud ha realizado todas estas acciones a través de las instituciones y establecimientos de salud bajo su rectoría y operación directa de los servicios estatales de salud, sin embargo, aún falta mucho por hacer, principalmente en lo referente a la integración del sector y el fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional hacia la garantía anhelada de un acceso efectivo a servicios de salud para todos los mexicanos.

La integración de un sistema de salud

Aunque dentro de la Constitución esté estipulada la protección a la salud como derecho de todo ciudadano mexicano y los esfuerzos para eliminar las barreras al acceso al financiamiento de la salud, aún existen algunas limitantes para su cumplimiento a cabalidad, principalmente por el dinamismo que se ha observado en los últimos años de la sociedad, tanto a nivel económico, político, social, ambiental y cultural como en los cambios epidemiológicos y a nivel poblacional, lo que ha implicado un mayor reto para el SNS. El envejecimiento en la población de México cada vez será mayor y por tanto un aumento en las enfermedades en este segmento y la demanda subsecuente de servicios; los múltiples esquemas de aseguramientos públicos para la atención médica; los altos índices de mortalidad y morbilidad infantil así como una alta tasa de la razón de mortalidad materna; una baja resolutividad en el primer nivel de atención; los malos hábitos alimenticios y de higiene; la saturación de los servicios de salud públicos y la proliferación de unidades privadas en la atención de primer contacto que no están bien regulados; la falta de preparación de recursos humanos para enfrentar los nuevos cambios epidemiológicos; el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles; la falta de una planeación en la asignación de los recursos para abastecer los insumos y medicamentos, así como los altos precios a los que se compran los mismos; la falta de personal en salud en las zonas de alto índice de marginación; entre otros factores por mencionar algunos, han dejado entrever la necesidad de fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud como coordinadora de la política nacional en salud.

Si bien es cierto que se ha trabajado en todas la dimensiones de la rectoría[clix] de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), existe un desequilibrio en las dimensiones con las que comparte responsabilidad[clx], es decir, con las instituciones que for-

clix Conducción, regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y las funciones esenciales de salud pública (FESP).

clx Responsabilidades exclusivas de la ASN: Conducción, regulación y FESP; Responsabilidades compartidas de la ASN: Financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

man parte del SNS, ya que aún no se ha logrado integrar al sector salud bajo un solo esquema tanto de financiamiento como en la prestación de servicios. Aunque una de las ideas implícitas ha sido el intercambio de servicios de salud entre los diferentes prestadores de servicios de salud públicos, este no se ha logrado concretar por cuestiones inherentes a las leyes orgánicas de cada institución, así como por otros factores determinados por sus actores sociales y políticos como son los sindicatos y agrupaciones profesionales, que sin duda deben participar en cualquier ejercicio de integración.

No obstante, la Secretaría de Salud ha impulsado la integración por medio de dos estrategias, por un lado la portabilidad[clxi] y por el otro la convergencia[clxii] con lo cual se pretende homologar la calidad de la atención a través de protocolos, la implantación y uso del expediente clínico electrónico, la existencia de un padrón general de salud e impulsar el intercambio de servicios entre el IMSS, ISSSTE y las unidades de la Secretaría de Salud y de las Entidades Federativas.

Retos y desafíos del Sistema Nacional de Salud

Es preciso mencionar que en México de 1985 a 2010, tanto la demografía como el perfil epidemiológico han cambiado, a razón de decir que la población está envejeciendo y con ello los problemas de salud, que si bien en su mayoría no son transmisibles, muchos pueden evitarse o controlarse con un adecuado diagnóstico y manejo desde el primer nivel de atención. De acuerdo a un estudio que se hizo por parte de la Secretaría de Salud, las tres principales causas de consulta en la unidades de atención ambulatoria en los Sistemas Estatales de Salud (SESA) en 2008 fueron: consulta de sanos[clxiii], enfermedades transmisibles[clxiv] y enfermedades crónico-degenerativas[clxv], tal como se muestra en la Tabla 14.

clxi Portabilidad se refiere a la implantación y uso del expediente clínico electrónico, generar un padrón general de salud y un medio de identificación.

clxii Convergencia alude a la implementación y uso de las guías de práctica clínica, intercambio de servicios, plan maestro sectorial de recursos para la salud, medicamentos e insumos y recursos humanos para la salud.

clxiii En su mayoría se explica por la atención a mujeres embarazadas y niños de las familias Oportunidades.

clxiv Generalmente la mayor parte de las consultas de este rubro está presentada por los menores de edad.

clxv Enfermedades que actualmete están predominando en el perfil epidemiológico de México y que han generado el 60% de las muertes.

Tabla 14. Principales causas de consulta en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008

Causa	Número (millones)	%
Consulta de sanos	25	34.2
Enfermedades transmisibles	13	17.8
Enfermedades crónico-degenerativas	8	11
Salud bucal	5.5	7.5
Planificación familiar	4.5	6.2
Salud mental	0.5	0.7
Otros	16.5	22.6

Fuente: Observatorio del desempeño ambulatorio 2010, Secretaría de Salud, México, 2011.

Cabe mencionar que dentro del nuevo perfil epidemiológico, las tres principales enfermedades que han ocasionado poco más del 60% de las muertes en nuestro país, han sido: la Diabetes Mellitus con el 27.6%, las Enfermedades Isquémicas del Corazón con el 21.5% y las Enfermedades Cerebrovasculares con el 14.1%; todas ellas en su mayoría prevenibles desde el primer nivel de atención si se contempla un modelo de atención integral basado en la Atención Primaria de la Salud (APS). Lo cual ha apuntado a fortalecer este modelo de atención, a través de la promoción de la salud y esquemas de prevención para generar un retroceso de posibles enfermedades en las actuales y futuras generaciones y brindando calidad de vida a quienes tienen algún padecimiento de este tipo.

Dado todo lo anterior, se vuelve indispensable generar un consenso con todas las instituciones que conforman el SNS de México como a los diferentes actores para hacerlos conscientes y copartícipes del esfuerzo que se está llevando en la política de salud bajo la rectoría de la ASN para el bienestar de la sociedad. Para ello la Secretaría de Salud tendrá que ejercer su liderazgo para coordinar trabajos con el resto de las instituciones del sector y generar acuerdos tanto de colaboración e intercambio de servicios, atendiendo los principales problemas de salud a los que se enfrenta la población que demanda atención médica, a través de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en un modelo de APS, lo cual resulta deseable con el fin de aumentar el poder resolutivo de las acciones en salud.

En cuanto al establecimiento de un fondo mancomunado, ha habido un avance por parte de la ASN para atender a la población abierta o fuera del esquema de la seguridad social a través del Seguro Popular, sin embargo, se vuelve prescindible trabajar conjuntamente con las instituciones del sector y sus actores para manifestar y valorar los posibles efectos positivos y negativos de establecer un fondo como tal a nivel sectorial y así evitar las duplicidades respecto al financiamiento público de la salud, así como establecer un marco de colaboración e intercambio de servicios y de planeación integral e interinstitucional de recursos para la salud, que incluya no solo la infraestructura disponible sino otros elemen-

tos determinantes de la oferta como lo es el equipamiento, los recursos humanos y los costos de operación de las unidades. Esquema sin duda deseable a nivel sistémico que deberá concretarse al menos en la atención primaria en salud y bajo un paquete de intervenciones explícito y consensuado con los diferentes actores del SNS. En forma paralela se deberán promover las modificaciones pertinentes a las leyes en todos sus órdenes, lo que generaría importantes ahorros, que pudieran impactar positivamente en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud al hacerlos más eficientes.

También es de pensarse la forma en que este fondo será financiado y sostenido. No hay que olvidar que actualmente el Seguro Popular obtiene sus recursos casi en su totalidad por ingresos federales, es decir, por impuestos generales que de alguna manera toda la población contribuye y que sería la forma más justa de financiamiento. No obstante hay que considerar que la recaudación fiscal en nuestro país es muy baja por lo que para el sostenimiento de un fondo único, aparte de llegar a un consenso entre las instituciones que prestan servicios de salud así como lo demás actores del sector, se tendrá que realizar una propuesta de cómo recaudar más recursos, contemplando factores como los determinantes de la salud, la transición epidemiológica y demográfica, la dispersión geográfica y los recursos para la salud indispensables para el funcionamiento de nuestro SNS. Si bien conceptualmente el fondo mancomunado es muy atractivo, lo complejo será aplicarlo en el contexto social, político y legal de nuestro país, ya que aunque la salud es sin duda una prioridad nacional, tampoco se pueden soslayar los esfuerzos que otras ramas realizan para el beneficio de la población, esto es en principio, al dar más recursos para la salud significaría disminuir recursos para otras ramas, o bien, aumentar las tasas impositivas o eliminar exenciones que finalmente incidirían en la población, y que podría detonar en otro tipo de problemas sociales y económicos.

Aunado a eso, el sistema de salud mexicano históricamente se ha preocupado más por atender el aspecto curativo de la medicina, lo que implica un mayor gasto en salud, por lo que actualmente la política en salud ha comenzado a fortalecer las acciones de prevención y promoción que pueden además atenderse en todos los niveles de atención, y que posiblemente tendrán un impacto en el gasto de salud en dos sentidos: el primero sería la disminución de intervenciones dada la atención oportuna de las enfermedades crónicas no transmisibles y por el otro el re direccionamiento del gasto hacia el fortalecimiento de la calidad de la atención en salud en todos sus niveles, ambos elementos sumamente deseables en la consolidación de un Sistema Universal de Salud que verdaderamente permita ofrecer un acceso efectivo a servicios de salud.

Finalmente, realizar mediciones y evaluaciones, que permitan monitorear y dar seguimiento a las acciones promovidas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, sobre la evolución del sistema nacional de salud y del beneficio que la población está obteniendo, nos dará la pauta si ha sido el camino correcto o no para la cobertura universal efectiva de nuestro sistema de salud.

CAPÍTULO CUARTO

4

Discusión y recomendaciones

DISCUSIÓN

Osvaldo Artaza[clxvi]

Con respecto a las preguntas que motivaron esta publicación y las diversas propuestas revisadas, se puede señalar:

¿Podemos avanzar hacia fondos mancomunados?

No se aprecia actualmente suficiente claridad sobre la viabilidad de constituir en el corto o mediano plazo un fondo único para financiar solidariamente todo el sistema de salud de México. Sí hay consenso en que debe aumentar la solidaridad en el financiamiento y la inversión en salud y que ésta debe provenir del financiamiento público. La dificultad para lograr acuerdos en esta vital materia es que, por una parte, subsisten opiniones que señalan que "no se requiere un fondo mancomunado cuando se puede lograr un efecto igual con una partida en la ley de presupuesto suficiente para financiar todo el sistema", lo que refleja la antigua discusión entre paradigmas Bismarck *versus* Beveridge. Por otra parte, hay dudas sobre las posibilidades políticas, técnicas y financieras que una reforma en ese nivel implicarían.

Un fondo único podría constituirse, en teoría, sólo a través de impuestos generales o de forma mixta integrando aportes patronales y recursos allegados de impuestos generales. Lo anterior implica llegar a un acuerdo sobre las ventajas y desventajas de mantener o no los aportes patronales e implica también una discusión sobre los cambios a nivel tributario: que sí a los impuestos sobre la renta o utilidad del capital; que sí a la imposición a la producción y consumo de productos nocivos a la salud (alcohol, tabaco, alimentos chatarra), que sí -el más controvertido de todos por ser regresivo- a un aumento del impuesto al consumo. La existencia de un fondo único implica pensar en cómo se realizará la macro asignación de los recursos, lo que obliga a replantear la actual estructura segmentada del sistema. Una propuesta apunta a eliminar la segmentación

clxvi Asesor de Sistema y Servicios OPS/OMS México.

de la población manteniendo la pluralidad en la prestación y que el fondo se asigne *per cápita* a las actuales instituciones. Otra propuesta apunta no a la generación de un fondo sino a la creación de un servicio nacional de salud con base en el IMSS y financiado por impuestos generales (ley de presupuesto). Hay mucha resistencia al eventual ingreso del sector privado a la administración de la seguridad social en salud, al estilo de las ISAPRE en Chile o de las EPS en Colombia. Al respecto destaca la posición de AMIS con respecto a un papel complementario, no sustitutivo, al del Estado, de los seguros privados en un esquema de aseguramiento público universal.

Una alternativa propuesta por FUNSALUD implica la construcción de un fondo único para financiar solidariamente todo el sistema de salud de México, integrado en forma mixta inicialmente, a través de impuestos generales conservando temporalmente cuotas obrero-patronales de la seguridad social, disminuyendo gradualmente la aportación patronal y de los beneficiarios, en la medida que se vayan incorporando beneficios universales, que deberán ser explícitos. Los únicos beneficios que finalmente se conservarían financiados a través de cuotas obrero patronales serían los accidentes y enfermedades de trabajo.

Para incrementar el acceso efectivo a servicios universales se requerirán mayores recursos, lo que implica proponer modificaciones a la recaudación de impuestos. Puede ser una combinación de impuestos. Por supuesto gravar más la producción y el consumo de productos nocivos a la salud, y aumentar el impuesto a la renta y al consumo, pero etiquetando los recursos para salud, lo que le conferiría aceptabilidad por la población. Colocar impuestos a medicamentos sería una opción siempre que éstos puedan ser nuevamente deducibles.

La existencia de un fondo único implica pensar en cómo se realizará la macro asignación de los recursos, lo que obliga a visualizar la actual estructura segmentada del sistema. Mantener la segmentación y que el fondo asigne *per cápita* a las actuales instituciones, ayuda a balancear los riesgos, por edad y sexo y condiciones sanitarias. La generación de un sistema único de salud que actúe de modo descentralizado en cada Estado de la federación con una importante participación de instituciones privados en la prestación, implicaría desectorizar al IMSS, al ISSSTE y al ISSFAM (incluso a PEMEX).

Según FUNSALUD una alternativa es crear instituciones articuladoras que reciban el dinero directamente del fondo y que lo destinen a los prestadores operando redes plurales de atención, a las que se pueda afiliar cualquier persona independientemente de su condición laboral o su pertenencia a alguna institución de seguridad social. De esa manera se aprovecharían los recursos actualmente disponibles de la capacidad instalada sectorial y se iniciaría una recuperación de la eficiencia de las redes de servicios por niveles de atención.

La incorporación del sector privado en el sistema universal de salud a juicio de FUNSALUD podría darse en la articulación de las redes de proveedores, entendida esta función como la administración del recurso y la vigilancia de la operación de la red de servicios. El alcance de esta función, no sería similar al desarrollado por otros sistemas como el chileno, ya que no abarcarían diferentes planes de beneficios. Las instituciones articuladoras no definirían los planes de salud, esa es función de la rectoría y los beneficios explícitos garantizados serían universales. Éstas no podrían establecer ninguna condición para la incorporación de población, ni por edad y sexo, ni por capacidad de pago, ni por preexistencia de enfermedades. De esa manera estarían en el mismo plano que las instituciones públicas actuales.

El interés de las instituciones privadas en participar como articuladores o prestadores estaría en el ingreso fijo que el fondo les asigne por persona afiliada. Dicho sea de paso que esta afiliación sería voluntaria y por un período determinado, y que el monto correspondiente *per cápita* sería con ajuste demográfico por edad y sexo y con un refinanciamiento en el caso de intervenciones de alto costo, como actualmente sucede con el FPGC.

El IMSS en su último informe, advierte de su negativa situación financiera que obligaría a un "rescate" a no más de tres años, lo que abre una ventana de oportunidad para hacer cambios importantes.

¿Podemos avanzar hacia "beneficios universales de salud garantizados" comunes para todo el sector?

No hay consenso sobre cuál debe ser el medio para conseguir dichas garantías de derechos pero sí hay en torno a la idea de homologar "hacia arriba" los beneficios considerando lo que hoy reciben en acceso a la salud las personas afiliadas a la seguridad social.

Se reconoce el hecho de que han aumentado los recursos para salud en los últimos años y que los recursos per cápita que hoy disponen los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular han ido cerrando brechas, pero también se reconoce que los beneficios y prestaciones a los cuales efectivamente tienen acceso unos y otros es aún inequitativo, lo que implica que hay problemas, no sólo de cuantía sino también de eficiencia en dicho gasto, por señalar algunos.

Al momento de hablar de un plan de salud universal, necesariamente sale en el debate el tema de cómo "administrar la escasez", si acaso vía oferta (filas de espera), o por la demanda (precio o "paquetes"). Estos aspectos generan gran controversia y no hay acuerdos instrumentales. Está pendiente resolver el análisis de, al menos, tres alternativas: la primera es que un plan incorpore todas las prestaciones de manera genérica, limitando el debate a la definición de las prestaciones que deben quedar explícitamente excluidas. La segunda es un plan acotado que señale sólo de forma explícita las prestaciones o problemas de salud que el Estado se compromete garantizar a toda la población sin discriminación alguna. Y una tercera que mezcla las anteriores a modo de ofrecer un plan universal de carácter integral, que excluye sólo temas como la cirugía estética, tratamientos en el extranjero y aquellos de carácter experimental o sin costo efectividad demostrada, pero que dentro de éste, prioriza un conjunto de problemas (por su impacto o magnitud con relación a la mortalidad y calidad de vida) asegurando que dicho subconjunto no enfrente problemas de oferta de servicios y acceso efectivo en rincón alguno del país.

Se requiere definir un conjunto de beneficios explícitos garantizados universales,

incluyendo una lista de intervenciones de alto costo. Dichos beneficios serían intervenciones obligatorias para los proveedores, financiadas por impuestos generales. Las intervenciones no incluidas en dichos beneficios podrían seguir siendo financiadas a través de cuotas obrero-patronales en la seguridad social, a través de primas de seguros privados o a través de gasto de bolsillo de las familias. De esta manera los trabajadores y sus familias que hoy reciben atención a casi todas sus necesidades de servicios de salud no verían afectado su servicio, ya que lo único que cambia es el fondo de financiamiento de las intervenciones. En la medida que se vayan incrementando los beneficios universales garantizados, dejan de ser objeto de estas formas de financiamiento. Para ello es indispensable que los beneficios explícitos universales sean definidos cabalmente por la institución rectora.

El esquema más eficiente para la articulación y prestación de servicios sería la integración orgánica de las instituciones del sector en un organismo único con descentralización a las entidades federativas; sin embargo, no puede realizarse de forma inmediata, por lo que podría iniciarse con un primer esquema en el que las instituciones de salud actuales con representación estatal funjan como articuladores de redes plurales de servicios escalonados en niveles de resolución fortaleciendo la atención primaria, recibiendo el financiamiento de un sólo fondo y otorgando la atención a la población afiliada sin distingo de condición laboral o pertenencia a la seguridad social.

La salud pública sería responsabilidad de los servicios estatales de salud y las jurisdicciones sanitarias, con un fondo específico de financiamiento.

La calidad de la atención médica debe ser un atributo natural de las redes de servicios. En la actualidad, se persigue mejorar la calidad para la certificación de los establecimientos o para calificar para premios de calidad; sin embargo, a juicio de FUNSALUD la competencia entre las redes de servicios establecida por la libre elección de los usuarios, presionaría a los prestadores para elevar su calidad y trato digno, con el propósito de conservar y atraer usuarios que corresponden con recursos del fondo único.

Por otro lado, dentro de la función de rectoría, se podría introducir la función de auditoría médica para garantizar la aplicación correcta de guías de práctica clínica que le otorguen eficiencia y calidad homogénea a la atención médica de todas las redes

¿Podemos avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios basado en la atención primaria?

En este ámbito hay consenso en al menos dos aspectos: que la integración es necesaria (no existiendo acuerdos en la magnitud y viabilidad de dicha integración, aunque algunos sugieren que hay que avanzar al menos en la integración funcional, otros señalan que definitivamente hay que integrar institucionalmente con los cambios legales que esto implica); y que hay que fortalecer el primer nivel de atención (quizás este es el punto donde hay más acuerdo).

Se ha señalado que el sistema de salud en México se encuentra segmentado, por lo que se requiere su integración. Esta segmentación se refiere a la partición de la población en grupos con diferentes niveles de acceso a servicios de salud y con diferentes esquemas de pago, lo que se traduce en inequidad y dificulta la universalidad de las prestaciones, no se refiere a la diversidad de prestadores, lo cual es necesario para estimular la competencia por calidad. Es por ello que la integración del sistema implica, por un lado, la equidad en el acceso, eliminando la segmentación de grupos y, por otro la homogeneidad de los procesos de atención con base en un modelo de atención común estructurado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que respondan a reglas explícitas de funcionamiento bajo un mismo esquema de financiamiento en una prestación plural de servicios. En lo que se refiere a avances en "integración" es importante tener a la vista los atributos que la OPS/OMS platea como esenciales en lo que respecta a las RISS.[clxvii]

Algunas controversias técnicas y políticas en América Latina con respecto a los temas en cuestión

El sistema de salud es la "suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población" (OMS, 2000).[417] Por lo tanto, son el conjunto, con carácter histórico y temporal, de acciones, normas, instituciones y personas cuyas actividades se relacionan de manera directa o indirecta con la atención a la salud individual y colectiva; también es el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población que se expresan en organizaciones, normas y servicios, y que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (Lobato y Giovanella, 2008).[418] Esa respuesta concreta que una nación o colectividad construye para satisfacer las necesidades y demandas de salud de su población está, sin duda, directamente relacionada con la comprensión de salud que prevalezca en esa sociedad.

En la actualidad, dos son las principales perspectivas o paradigmas que existen en torno a lo que es la salud.[419] La primera sostiene que la salud es un "servicio o bien de mercado" que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, debiendo el Estado intervenir sólo para garantizarlo a los más pobres, a los excluidos de la dinámica social. A juicio de algunos autores (Laurel, 2010;[420] Feo 2003;[421] Almeida, 2002)[422] esta noción de la salud fue predominante en las agendas sectoriales derivadas del Consenso de Washington, hegemónica en los procesos de reforma de la década de 1990 y promovida por los organismos financieros multilaterales. En oposición a esta corriente, está la concepción de la salud como un derecho humano y social fundamental, parte del derecho a la vida y que debe ser garantizado por el Estado. Esta visión se instaló en Sudamérica en el seno del Consejo de Salud Suramericano (UNASUR Salud) donde se pretende consolidar a Sudamérica como un espacio de integración que contribuya a la salud para todos y al desarrollo, y ha asumido la universalidad como uno de los

clxvii Ver atributos de las RISS en el capítulo primero, sección modelo de atención basado en RISS.

rasgos fundamentales que debe caracterizar a los sistemas de salud.[423] Dicha corriente política señala que la universalidad basada en la prestación y financiamiento público es más eficiente y exitosa[424 - 425] y que en América Latina los mayores avances en materia de universalidad con integralidad y equidad estarán representados por los Sistemas Únicos de Salud (SUS). Los ejemplos a seguir en la Región serían Cuba y Brasil y se espera poner en marcha esquemas similares en países como Venezuela, Bolivia y Ecuador. Esos últimos países plantean en sus constituciones la creación de sistemas públicos universales que se sostienen con las contribuciones de toda la sociedad a través de sus impuestos (sobre la renta y consumo), que van al Tesoro General de la Nación. Los sistemas públicos universales se caracterizan allí, por una modalidad organizativa con rectoría del Ministerio de Salud e intervención concertada de las tres esferas territoriales del Estado (federal, departamental, municipal) para integrar todas las funciones del sistema, que van desde la definición de políticas hasta la prestación de servicios, con financiamiento que proviene de los impuestos generales de la Nación y reforzando el principio de la integralidad, garantizando desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud.

A juicio de los autores ya citados en el párrafo anterior, los países que siguieron el modelo de reformas impulsadas por los organismos financieros internacionales en la década de los años noventa desarrollaron la noción de "aseguramiento" y propusieron la creación de seguros diferenciados para grupos poblacionales específicos. En esta concepción, la cobertura universal es resultado de la suma de diversos modelos de aseguramiento con coberturas parciales de servicios ("paquetes básicos"), que varían en cada país dependiendo de factores tales como aportes y nivel de renta de los grupos poblacionales, carga de enfermedad, costo beneficio, etc. Desde esa perspectiva, señalan que es importante aclarar la diferencia entre "aseguramiento universal" y "sistema público universal de salud". Los "sistemas públicos universales de salud" provienen de una concepción colectiva y de derecho ciudadano, del derecho humano a la salud, siendo la expresión del "pensamiento colectivo y de la medicina social", mientras que el "aseguramiento" surge de una concepción individual, donde cada persona debe afiliarse y cotizar, o demostrar su condición de pobreza, para recibir un subsidio para el pago de las primas. En los "sistemas públicos universales de salud" la cobertura sería total, tanto en términos de población como de servicios, pues no existen clasificaciones ni restricciones para acceder al sistema de salud; todo lo que existe en el sistema está disponible para todos siguiendo, por supuesto, criterios de racionalidad basados en las necesidades de las personas y definiendo claramente los mecanismos y puertas de entrada para el acceso a cada nivel de atención. En el caso del aseguramiento, que también podría denominarse "universal" pues en algunos sistemas cubriría nominalmente a toda la población, no se abarcarían todas las prestaciones, sino una serie de paquetes básicos o pisos mínimos diferenciados conforme al aporte o nivel de ingreso de los grupos poblacionales. Por lo tanto en el caso del aseguramiento la universalidad no se concretizaría. Además, al estar enfocado en una perspectiva individual de la asistencia médica, el aseguramiento tendería a concentrar los servicios en la atención individual y en áreas urbanas y no como una verdadera red presente en todo el territorio.

Con respecto a los obstáculos para la constitución de sistemas públicos universales, se encuentra el "complejo médico industrial" que presiona a los tomadores de decisión al fortalecimiento del modelo hospitalo-céntrico basado en la enfermedad y no en la salud, con el efecto de potenciar un espiral creciente de demanda y consumo; y a que es común que las propias élites trabajadoras en la mayoría de los países latinoamericanos se resistan a perder los beneficios del aseguramiento que generalmente es expresión de sus reivindicaciones de clase y se rehúsen a ser acogidas por un sistema único y universal que garantice la salud de toda la población, independientemente de su papel en la sociedad. Se darían entonces, alrededor de la posibilidad de desarrollar sistemas universales y públicos, grandes contradicciones que expresan los intereses y tensiones particulares de determinados grupos sociales y económicos.

Con excepción de Cuba, los países de América Latina, no mantienen un modelo puro que obedezca a esta visión dicotómica expresada en los párrafos anteriores. Por ejemplo, en Brasil 25% de la población que tiene derecho al SUS prefiere pagar por un seguro complementario privado para atenderse.[426] En Chile, quien fue el primer país en adoptar reformas neoliberales, sólo 18% de la población está cubierta por los seguros privados (ISAPRE) y actualmente se discute sobre la sostenibilidad de éstos. Ecuador, pretende avanzar a un sistema público universal, pero sus entidades de seguridad social se resisten a una real integración. Venezuela, ha sido pionera en la instalación de médicos generales en el hábitat de las personas a través del programa "Barrio Adentro", pero el grueso de dichos médicos siguen siendo cubanos, lo que pone en cuestión su sostenibilidad en el largo plazo. Colombia, el otro paradigma de las reformas neoliberales, actualmente tiene en el parlamento un proyecto de ley que cambia el papel de las aseguradoras privadas substancialmente, a la vez que aumenta el papel del Estado. Por lo tanto, más allá de los discursos, lo real es que en la mayoría de los países de América Latina sigue pesando una historia de fragmentación y segmentación que se explica por los modelos de desarrollo y las presiones de distintos grupos e intereses en sociedades que continúan siendo estratificadas y con amplios sectores aun excluidos de las oportunidades del desarrollo.

Lo concreto es que continua un debate no resuelto entre Estado, mercado y ciudadanía. Las lecciones, señalan que últimamente se ha revalorizado el papel del Estado y hay creciente consenso en funciones que le son indelegables. Por otro lado, el mercado es una realidad en el mundo actual y éste no sólo tiene grandes imperfecciones en el ámbito de la salud, sino que también en los países de América Latina hay amplias zonas y ámbitos donde "no existe mercado". Lo anterior señala que el Estado debe ser rector, aportar recursos públicos suficientes para obviar el gasto de bolsillo, ser responsable de la provisión de los bienes públicos y de la oferta de servicios especialmente en zonas donde jamás habrá interés de participación privada; y, más que nada el gran garantizador de los derechos sociales en salud. El mercado, en un contexto adecuadamente regulado, ha probado ser un buen colaborador en la prestación de servicios en algunos ámbitos y zonas geográficas donde el mercado genera incentivos adecuados. La pregunta entonces más que una disputa inacabable, guarda relación en que ambos hagan "bien su tarea, en los ámbitos donde hay evidencia de agregación de valor", en el contexto de una ciudadanía organizada y empoderada que participa y ejerce real soberanía, a partir de los procesos sociales y políticos particulares de cada pueblo.

Las reformas en salud, no pueden ofrecer "todo para todos y al mismo tiempo", pues no hay país en el mundo que pueda afrontar ese desafío. La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos, el desafío es cómo abordar ese dilema desde la óptica de los derechos humanos. Es indispensable, entonces, definir en qué consiste lo esencial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos sociales en salud que se cumplen, sin que esto implique acotar los beneficios o posibilidades de acceso a una lista o "plan básico" para pobres, lo que es evidentemente resistido por la ciudadanía (la focalización de los recursos en los más pobres sólo se traduce en producir sistemas estratificados, en los cuales los servicios reservados a los pobres tienden a ser de calidad inferior; los servicios para los pobres terminan siendo pobres servicios). Por otra parte están las tendencias de algunos sectores políticos de nuestros países que en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud de todas las personas, tienden a ofrecer "igualad en salud" sin los respaldos de recursos que haga eso posible. Lo anterior, junto a las influencias de los medios de comunicación de masas genera una creciente explosión de expectativas en la población, que se traduce en un real problema político a la hora de tomar decisiones claves tendientes a conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles.

El mercado en la salud, exhibe tantas imperfecciones que bien se le podría caracterizar como "un mercado perfectamente imperfecto". Una de las más importantes limitaciones, se refiere a las asimetrías de información entre los prestadores y los consumidores; a que los beneficios de la atención a la salud no pueden ser vistas estrictamente como bienes individuales o "privados", ya que también afectan a la familia, la comunidad y el resto de la sociedad. Afortunadamente los "prejuicios" de que todo lo estatal es burocrático y de mala calidad y de que lo "privado" es sinónimo de buena calidad y de "lucro ilegítimo en salud", se han ido venciendo en las discusiones políticas, producto de la dura realidad que nos obliga a hacer cooperar los escasos recursos de que disponen nuestros países y de que tanto el Estado, el mercado y el ciudadano han estado cambiando en nuestros países. Por lo tanto, se podría decir, que de la discusión sobre si más Estado o más mercado, afortunadamente, pareciera comenzar un debate –de estadio superior- con relación a cómo lograr un "mejor mercado" y un "mejor Estado", reconociendo que el Estado tiene un papel insustituible, y que el mercado, siendo una realidad innegable en este mundo globalizado, no es la panacea que en algún momento se intentó esgrimir en el campo de la salud. Ya hay en América Latina suficiente evidencia de las negativas consecuencias en salud del debilitamiento de la función del Estado y de ámbitos donde los privados han sido colaboradores apreciados como en la provisión y donde han agregado escaso valor (si es que alguno), como en la intermediación financiera.

Hay cada vez más consenso en los debates políticos sobre que un sistema de salud que se basa exclusivamente en la capacidad de compra o en visiones asistenciales de carácter paternalista, genera inequidad, ineficiencia y disímil calidad. Por el contrario, parece cada vez más atractivo en el debate, sistemas capaces de ofrecer universalidad efectiva partiendo por prioridades de salud definidas sobre la base del encuentro democrático de la opinión técnica (eficacia, eficiencia, costo efectividad, calidad) y la legitimidad ciudadana, los que pueden promover, de manera vigorosa, los derechos humanos en salud. Los derechos en salud transforman a las personas de objetos pasivos del consumo o de la asistencia, a sujetos dotados de un poder que pueden ejercer con mayor simetría e igualdad, por lo tanto, este debate es parte de uno mucho más profundo que tiene que ver con la democratización de nuestras sociedades. La comprensión de la salud como "derecho humano", posibilita una discusión política más amplia sobre cómo comprender los temas sectoriales insertos en procesos más globales de la agenda pública, en el contexto de la discusión sobre el modelamiento de las políticas, el modelo de desarrollo y sus repercusiones sobre los ámbitos sociales.

Por su propia naturaleza, las necesidades en salud son potencialmente infinitas. El hecho de satisfacer una necesidad no limita el surgimiento de otras. Más bien ocurre lo contrario. Como finalmente todos hemos de enfermar y morir, el evitar una enfermedad aumenta, el riesgo de sufrir alguna otra. Si bien las necesidades son potencialmente infinitas, los recursos para atenderlas no lo son. La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud, hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo lo anterior, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada cual se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Este último punto es clave y está surgiendo progresivamente en los debates políticos. La pregunta que muchos se hacen, radica en cómo hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones, cómo hacer realmente protagonista a las personas, e incluso, muchos también se hacen la pregunta de si eso es siquiera posible.

Este tema tiene interesantes aristas en los análisis políticos pues en la formulación de planes de salud está tomando cada vez más relevancia la opinión ciudadana –por ejemplo, el tema de la violencia intrafamiliar o los temas de género. La pregunta que se hacen los grupos más sensibles de la "clase política" es cómo –en el contexto de los cambios en salud- establecer los mecanismos institucionales para una adecuada participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas en salud. Dicho de otro modo, cómo un programa de ampliación de cobertura puede ser a la vez "técnicamente correcto y socialmente legítimo". Especialmente, cuando en muchas sociedades el sistema sanitario –sus valores y objetivos- han pasado a formar parte de la "identidad" que esa misma sociedad tiene de sí misma.

Toda sociedad debe elegir, sobre la base de principios políticos y éticos, el modelo de sistema de salud al que aspira. Al definir las fórmulas de acceso a la atención de la salud existen para ello diferentes criterios: capacidad de pago, asistencialismo, derechos ciudadanos. Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades y aún más en relación con las expectativas, la decisión de qué criterio a seguir tendrá gran influencia sobre la

distribución de los beneficios de la atención. Esto se constituye en una de las cuestiones más importantes y complejas en la formulación de las actuales políticas de salud. En nuestros países el criterio a veces es el poder de compra, el mecanismo para racionar los servicios es el precio y la atención a la salud se concibe como una mercancía más. Otro criterio es, simple y llanamente, la exclusión, como aquellos sistemas de seguridad social limitados a ciertos grupos privilegiados de la población. Cuando el criterio es el asistencial-paternalista, los mecanismos de racionamiento suelen ser barreras burocráticas, listas de espera, horarios restringidos y mal trato a los usuarios.

El criterio de derechos ciudadanos, representa un salto cualitativo respecto a los anteriores, pues no se restringe a algún grupo en particular, sino que tiene vigencia universal al incluir a todos los residentes de un país. Ello no significa que carezca de un mecanismo de administración de la escasez. La diferencia es que éste deriva de la construcción de consensos en torno a la evidencia sobre eficacia, eficiencia y legitimidad social. Si realmente se considera a la protección de la salud como un derecho humano, la priorización sobre la base de la construcción de consensos de priorización puede convertirse en uno de los criterios -técnicamente aceptado, éticamente válido y socialmente posible de legitimar- de distribuir los servicios para lograr el máximo bien común. Ya no sólo la eficacia (criterio asistencial clásico), ya no sólo la eficiencia (criterio económico de la mera contención de costos), ya no sólo la presión social (criterio político).

El tema de la construcción social de consensos, es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que amerita, quizás por la insuficiencia de nuestra cultura democrática. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana, tendrá necesariamente la obligación de darle un papel fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas.

El Estado ha tenido y seguirá teniendo un papel muy importante que jugar dentro de los sistemas de salud. Así lo exigen los imperativos éticos, los reclamos de justicia social, la dinámica económica, los propios atributos especiales de la atención a la salud y la tendencia de los debates políticos de los últimos años. Pero dicho papel no tiene por qué ser burocrático o asistencialista. Ciertamente, el logro de derechos en salud requiere potenciar liderazgo del Estado para alcanzar los propósitos de la equidad, la calidad y la eficiencia. En la redimensión de las funciones esenciales del Estado, resalta su papel de garante de los derechos ciudadanos, factor de cohesión social y articulador de la solidaridad colectiva. Esto no es contradictorio con un sistema donde se logre ámbitos de complementación que superen la vieja polarización entre lo público y lo privado, en un marco de responsabilidad pública y de solidaridad social. Las lecciones de Chile y Colombia justamente apuntan a identificar las áreas donde el Estado es insustituible y en las cuales el mercado es regresivo (sea porque en nuestros países hay extensas zonas donde el "mercado competitivo" no existe y no existirá, sea porque los requerimientos de regulación en algunos ámbitos son tan altos que no lo justifican). Las lecciones aprendidas, no justifican sin más una transferencia generalizada de servicios y el sistemático desmantelamiento del aparato público de protección social. Conociendo la realidad latinoamericana, hay un cúmulo de razones éticas, humanitarias o de simple sentido común que argumentan a favor de mantener los mecanismos esenciales, desde el Estado, que permitan a millones de personas no caer en la miseria material o moral.

La función del Estado está condicionada también por la evolución de la noción de lo público, referida a "lo que es de todos y por ende interesa a todos" o bien común. Esta renovada noción de lo público alude también a las instancias y actores que adoptan las decisiones de interés común y protegen, producen y distribuyen dichos bienes públicos. La cuestión clave que levanta este enfoque es que la acción colectiva no solamente se trata de la afirmación y garantía estatal de derechos ciudadanos sino que también involucre la definición, producción y distribución de bienes públicos deseables desde la sociedad. Bajo la perspectiva anotada, adquieren relevancia otros valores y prácticas que bien pueden ser calificados de públicos, pero que no han sido los estatales tradicionales. Esto implica que lo público "es mucho más ancho que lo meramente aparato de gobierno" (otros actores de la sociedad pueden cumplir funciones públicas). Igualmente, se reafirma la sociedad como actor de las decisiones y de la producción de bienes públicos, y se reivindican necesariamente los valores, derechos y responsabilidades de los ciudadanos como sujetos en la formación de la opinión y la voluntad pública.

El crecimiento que se observa de lo público no estatal estimula la participación e interacción de los actores sociales en la gestión de políticas públicas. La multiplicidad de mecanismos e iniciativas de participación directa de la sociedad y de las comunidades en la gestión de políticas públicas afianzan, a su vez, la posibilidad de expansión y profundización de la democracia y la ampliación de la legitimidad de la representación de las instituciones políticas y de la administración pública. Todo ello ha dado lugar a un replanteamiento, tanto del papel del Estado como del mercado y de la sociedad civil, lo que está teniendo una lógica influencia en los cambios que están viviendo nuestros sistemas sanitarios.

En los debates políticos de América Latina, también está la controversia sobre el modelo de atención. En todo el mundo se ha ido construyendo un consenso en torno a la efectividad de la estrategia de la atención primaria, aspecto que cabe evaluar y potenciar cuando ya se ha cumplido más de treinta años desde la conferencia de Alma Ata. Luego de que se tendiera a confundir dicha estrategia con "servicios pobres para pobres", se vuelve a valorar la urgencia de reponer el "viejo espíritu" de dicha conferencia. Es así, que parte importante de los debates también radica en cómo fortalecer una atención primaria en la que se conjuga un enfoque integral del ser humano en su contexto psíquico y social; una alta resolutividad de los problemas de salud de las personas y las poblaciones; una acción multisectorial sobre los determinantes de salud, y un empoderamiento de las personas y las comunidades en relación con ejercer un mayor protagonismo en torno a sus derechos y responsabilidades en el ámbito de la salud.

El reconocimiento de mayor efectividad de dicho modelo obliga a revisar la organización de la atención también en el sector privado y cómo puede compatibilizarse un modelo construido desde la atención ambulatoria y comunitaria con las presiones de la industria, y con la posibilidad de escoger prestador por parte de capas sociales que valoran dicha opción. Para ello será clave con-

sensuar la necesidad de aceptar un escenario en el que la calidad y el precio estén regulados. Esto último es la única posibilidad de lograr hacer complatible la cobertura garantizada y la posibilidad de escoger.

La libertad absoluta y desreglada, propia de visiones ortodoxas del libre mercado de bienes y servicios, no es compatible con un ciudadano resguardado ante las imperfecciones de dicho mercado. Las capas más ricas de nuestros países valoran el poder escoger a su prestador y hacerlo sin restricción de ninguna especie; esto sólo es un "privilegio" para sectores muy minoritarios de la población, y el debate político surge sobre si es aceptable un nivel de segmentación tan inequitativo y si es sostenible para sectores más amplios (capas medias) un modelo de atención que tiene conocidas consecuencias en el aumento del gasto sanitario, ya que no se puede ignorar que hay grupos sociales que a medida que aumenta su poder adquisitivo comienzan a presionar políticamente para acceder a mayores niveles de "libertad de elección" en el acceso a servicios de atención de mayor calidad.

Pero el tema de las "libertades" en salud es mucho más profundo que el mero acto de elegir prestador. La verdadera "libertad" radica en la posibilidad de las personas de acceder a los servicios y ser realmente protagonistas en participar comunitariamente en el cuidado de la salud de su colectivo". Esto implica el derecho de las personas de ser informadas, de acceder al conocimiento en materias sanitarias –conocimiento que no puede ser "botín secreto" de determinadas profesiones-, y de tener los mecanismos para participar en el diseño e implementación de las políticas públicas y de exigir que se les den las herramientas para enfrentar personal y colectivamente los principales problemas de salud.

La gran incógnita y controversia que se abre, especialmente en las capas medias de nuestros países, es cómo se podrán compatibilizar modelos organizados de atención –salud administrada- con la voluntad de las personas de asumir mayor protagonismo. Un camino de solución se abre tras la constitución de redes amplias de prestadores, diseñadas en torno a protocolos conocidos de atención, con reglas del juego transparentes y respetadas, y con la entrega de espacios efectivos de responsabilidad a las propias personas y comunidades.

Sigue pendiente el debate sobre el actual modelo de desarrollo de nuestros países y el sistema sanitario. Hay quienes sostienen que el modelo de desarrollo seguido en casi todos los países de América Latina, es incompatible con el concepto definido por la OMS con relación a la salud como grado óptimo de bienestar integral, debido a que el modelo en sí generaría inequidades, debilitamiento del tejido social y afectaría la calidad misma de los vínculos entre los seres humanos y entre las personas y el medio ambiente. Estas visiones proclaman la necesidad de un nuevo modelo de desarrollo que haga sustentable una visión holística de la salud, no centrada en lo curativo, sino en la resolución de las determinantes sociales al conseguirse estadios superiores de justicia social, mayor riqueza del tejido social y mayor armonía entre desarrollo económico y respeto por el medio ambiente. El problema es que esta última visión, aún no ha logrado aglutinarse tras un proyecto político viable, que pueda entrar a competir con el modelo imperante.

Con respecto a las condiciones políticas para abordar cambios en salud, hay que considerar entre algunas variables: las prioridades de un período de gobierno; la agenda de cambios que este tenga; la disponibilidad de allegar más recursos al sector por parte de la hacienda pública, la percepción ciudadana con respecto a los servicios de salud y las situaciones de crisis que pudieran abrir ventanas de oportunidad. En el caso de México, el actual sexenio afronta una impresionante agenda de cambios en múltiples áreas (*Pacto por México*), tales como educación, telecomunicaciones, energía, impuestos, etc. Todas ellas de gran complejidad técnica y política, lo que pudiera confabular contra las expectativas de cambios profundos en el sector salud durante el período. En paralelo, hay ventanas de oportunidad, dado que por una parte se hace insostenible seguir aumentando los recursos para salud sin un correlato en su eficiencia, control y rendición de cuentas y por otra, se avecina una crisis de sostenibilidad, ya anunciada públicamente, en la principal institución mexicana de seguridad social, el IMSS.

Sobre la constitución de un fondo mancomunado, las principales preguntas a responder en México, guardan relación con: la disponibilidad de las actuales instituciones de seguridad social, particularmente del IMSS, a que se constituya un fondo único. La clave del éxito estará en el espacio y condiciones políticas para que el gobierno pueda dar ese complejo paso y de que en la negociación las instituciones vean espacios de ganancia al menos en el largo plazo, como pudiera ser en el ámbito de la sostenibilidad financiera.

Con respecto a la integración funcional de las instituciones en el nivel de la prestación de servicios, el tema sindical cobra vital importancia. Es obvio que las dirigencias de los trabajadores se deban preguntar sobre "qué ganamos" prestando "más servicios" a quienes no son nuestros usuarios o derecho habientes. En ese tópico será clave, no sólo transparentar costos y tarifas de transferencia, sino también avanzar hacia contratos laborales en la salud que se asocian al desempeño y a resultados, de modo que los equipos y unidades que aumenten su producción por "prestar servicios" a otra instituciones reciban los incentivos correspondientes.

En el debate aparece como una de las alternativas, que el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) se constituya en la entidad que acoja a las demás instituciones con financiamiento público, constituyéndose en la práctica en la base de en un sistema único e integrado de salud, a la manera del proceso vivido en Costa Rica con la Caja Costarricense de Seguridad Social. Al respecto, uno de los topes más complejos es el despejar la cuestión relativa a cuál sería la capacidad real de ejercer el papel de rectoría por parte de la Secretaría de Salud, en el caso de que el IMSS asumiera un papel aún más preponderante que el actual. Es evidente que una alternativa como la señalada requeriría que se discutieran los siguientes complejos supuestos: la separación efectiva de la prestación de servicios de atención de las otras funciones, tales como pensiones y otros beneficios sociales; la relación de gobernanza entre la Secretaría de Salud y el IMSS. No será fácil resolver los tópicos que guardarían relación con las herramientas efectivas que debiera tener la Secretaría de Salud de gobierno y control sobre el IMSS. Unos probablemente postularían una gran autonomía del IMSS, mientras que otros una clara subordinación administrativa. Al mismo tiempo habría que resolver el papel de la Secretaría de Salud en el control presupuestario de esta mega institución, asignando al IMSS recursos financieros con

base a objetivos sanitarios, capitación y desempeño; los recursos financieros adicionales que se requerirían para dar a todos los ciudadanos iguales beneficios en salud; la relación de una institución con historia centralizada y vertical con un Estado federal y descentralizado; y los mecanismos para que Estado y ciudadanía puedan ejercer control político y social ante una institución de enormes dimensiones. Lo señalado con anterioridad, probablemente implica complejas y delicadas cuestiones de poder y de posicionamiento institucional no fáciles de resolver. En el escenario señalado, de no haber esas u otras herramientas de gobernanza, es probable que la Secretaría de Salud vea reducido su papel al ámbito de los bienes públicos y tenga dificultades aún mayores que las actuales para el ejercicio de su función rectora. No cabe duda, que estos tópicos pueden constituirse en el principal escollo a alternativas que propician el avance de la universalidad constituyendo al IMSS en el eje del sistema.

Quizás el mayor desafío, esté en la posibilidad de que exista el espacio político para generar cambios de magnitud en salud, pues en paralelo se despliega una amplia agenda de reformas en otras áreas muy sensibles como es educación e hidrocarburos por citar algunas que se están acometiendo en este período. Esa puede ser la principal dificultad… pero también una ventana de oportunidad, para avanzar paso a paso en cimentar desde los cimientos (modelo de atención, rectoría, etc.) cambios sustentables en salud.

México tiene una tradición de participación pública en salud muy sólida que tiene como responsabilidad perfeccionar. Para ello cuenta con el privilegio de una rica historia, poderosas instituciones y personas con el conocimiento y el liderazgo necesario.

A MODO DE RECOMENDACIONES

Osvaldo Artaza[clxviii]

- ¿Dónde hay acuerdos?
- ¿Por dónde avanzar, que priorizar?
- ¿Qué aspectos políticos son los esenciales de despejar?

No hay un claro consenso a nivel de la imagen que distintos sectores tienen del modelo ideal al que México debería aspirar. Por una parte hay quienes piensan que el modelo final debería ser un Servicio Único de Salud que integre estructuralmente las funciones de financiamiento y prestación de servicios con una fuerte actuación del Estado, ofreciendo a la población un plan de salud de carácter integral con la sola exclusión de aspectos tales como la cirugía estética, y en las cuales la participación de privados se abre sólo a entidades sin fines de lucro de forma regulada y no competitiva. Por otra, están los que plantean un sistema mixto, con diversa participación del mercado, que se base en articuladoras en competencia que ofrezcan el plan de salud acotado a lo que efectivamente se pueda financiar y garantizar, definido por la institución rectora. Asimismo, hay planteamientos más "pragmáticos" que se enfocan en temas críticos del corto y mediano plazo, como los aportados por la "Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud" elaborado por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES), del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), o el esfuerzo de construcción de consensos que implica el documento de propuesta del Centro de Estudios Espinosa Yglesias.

Un tema definitivamente no resuelto guarda relación con la participación del sector privado, donde hay, sin duda, una importante controversia. Más allá de la discusión sobre la forma de participación del sector privado lo que es evidente es "que mientras se discute, el sistema de salud mexicano avanza inexorablemente a la privatización por opción cotidiana de las personas cada vez que resuelven sus necesidades en los médicos de las farmacias u optando, en paralelo a su derechohabiencia en la seguridad social, a seguros privados", por lo que urge regular la actual participación del sector privado, sobre todo de los servicios de primer contacto en farmacias y del papel que juegan en la actualidad los seguros privados de salud. En ese sentido, es interesante leer el aporte que la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) hace en esta publicación, donde señalan su disposición a asumir una función de apoyo complementario, sin afán sustitutivo del papel del Estado, en el aseguramiento en salud.

La experiencia internacional presentada en la publicación señala lecciones negativas con respecto a la participación del sector privado en el aseguramiento o articulación del financiamiento, debido a la mayor capacidad de cabildeo y presión que éste tiene con respecto a las competencias de rectoría en nuestros países. Pero, a su vez, la mayoría de los países cuenta con un importante apo-

clxviii Asesor de Sistema y Servicios OPS/OMS México.

yo del sector privado en la prestación de servicios, siendo entonces un desafío esencial para la entidad rectora, que dicha oferta trabaje integrada al sistema prestador público y que esté supeditada a los objetivos sanitarios del país.

Dada la divergencia en "imágenes finales" o de miradas paradigmáticas, hay un evidente riesgo de que se genere un fenómeno "suma cero" y que diversas posturas prefieran el "status quo" que cambios que se identifiquen con una u otra visión.

Sobre los desafíos y pendientes que México tiene en el ámbito de su sistema de salud, los diversos actores recomiendan que se sigan construyendo amplios consensos a fin de continuar con políticas públicas de Estado que sean persistentes en el tiempo, que sean sujetas a revisiones independientes periódicas y a perfeccionamientos continuos basados en la evidencia. Construir consensos implica aceptar la diversidad, resolver los conflictos a través de las formas e instancias propias del juego democrático, reconocer el liderazgo de la autoridad sanitaria nacional y enfocarse en aquellos aspectos que son críticos y esenciales para la mejoría del sistema.

La experiencia internacional señala al respecto dos cosas. La primera es la conveniencia de avanzar hacia pactos políticos amplios (como se está intentando actualmente a través del denominado "Pacto por México") específicos para el área de la salud que pongan más relieve sobre los objetivos a alcanzar –más allá de un sexenio- que en los instrumentos para lograrlo. Finalmente, la segunda es la necesidad de identificar los aspectos técnicos que son "ejes críticos" para lograr pasos intermedios de alto impacto que son etapas previas para todos las visiones, por diversas que éstas sean. En esa línea de pensamiento se pueden plantear como tópicos esenciales para cualquier modelo o visión ideológica los siguientes:

El fortalecimiento de la rectoría:

Fortalecimiento de competencias en la función rectora por parte de la Autoridad Sanitaria tanto a nivel nacional como de los estados. Este fortalecimiento implica cambios legales y normativos, financiamiento y competencias aseguradas para cumplir con las funciones de salud pública y para la conducción y regulación de todo el sistema, tanto a nivel de la federación como de cada estado.

Esto tiene implicancias muy concretas:

a) Cambios legales y reglamentarios que faculten al Consejo Nacional de Salud a nivel federal y a los Consejos Estatales de Salud (o las estructuras que se diseñen para ello), para que de manera vinculante puedan ejercer rectoría en la planificación, coordinación y evaluación de la inversión, de la infraestructura, de la tecnología, del abasto de medicamentos y del recurso humano sobre todas las instituciones del sector (incluyendo mejor rectoría sobre la formación de RR.HH en salud). Con respecto a la planeación sectorial, es evidente que hay que actualizar y profundizar los "planes maestros" en infraestructura con mirada sectorial agregando a todas las instituciones incluso la oferta privada, a modo de identificar las brechas de oferta y realizar planes rectores de crecimiento sobre el sector en su conjunto. A su vez, hay que fortalecer el papel del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), en todo el sector para que su participación sea más amplia que la de sólo "orientar" en el ámbito de la introducción de tecnología;

b) Cambios legales y reglamentarios que posibiliten un sistema común de manejo de la información, tanto para la toma de decisiones en salud pública, como para la planeación de los servicios (padrones de afiliados, ficha clínica electrónica, desempeño de los servicios, costos medios de prestaciones, dotaciones de RR.HH, etc.);

c) Cambios legales y reglamentarios que generen "igualdad de norma e igualdad de fiscalización" en materia de la calidad de los servicios. Esto implica un solo sistema de acreditación obligatoria para todas las instituciones, con base en un mismo cuerpo normativo y un sistema homogéneo de fiscalización para instituciones públicas y privadas, lo que no limita que puedan persistir sistemas voluntarios de certificación de carácter complementario que ofrezca el mercado nacional o internacional al respecto;

d) Cambios en relación con el recurso humano. Por una parte debe fortalecerse la función rectora de la Autoridad Sanitaria en definir el número y perfil de los profesionales, así como resguardar la calidad de los mismos y su distribución en el territorio. Por la otra, será necesario avanzar en homologar las condiciones de las y los trabajadores de la salud, de modo que faciliten una integración real del sistema. Una carrera sanitaria debe equilibrar estabilidad, salarios y calidad de vida laboral, con mérito, competencias, desempeño y satisfacción de los usuarios, capacitación e incentivos al trabajo en lugares alejados, riesgosos o de alto nivel de pobreza. Esta homologación gradual es esencial para obtener eficiencia en costos y para posibilitar la disposición de los RHS al trabajo inter institucional;

e) Cambios legales que mejoren la regulación de los seguros privados de salud. El mercado de seguros complementarios en México es amplio y en crecimiento, en un contexto de baja regulación. Esta debe fijar, al menos el tipo de cobertura que evite preexistencia y exclusiones, resguardos y transparencia del mercado, así como, idealmente, obligar a efectuar periódicamente exámenes preventivos, entre otras materias que deben ser incorporadas a la regulación.

f) Cambios legales que avancen aún más en separar el papel de la seguridad social en materia de pensiones y otras prestaciones sociales y económicas de la prestación de servicios de salud. Se debe tender a que –al igual que la Secretaría de Salud- la prestación de servicios de cada institución se realice de manera descentralizada en cada Estado para facilitar el papel rector y articulador de los Consejos Estatales de Salud.

g) Generación de evidencia y competencia sobre mecanismos de pago o combinación de ellos que superen las limitaciones de los pagos históricos y alineen el financiamiento con el desempeño y resultados sanitarios, que sean similares en todas las instituciones, tanto en los mecanismos de asignación como en los de rendición de cuentas. En esa línea, particularmente con relación al Seguro

Popular se requiere simplificar, flexibilizar y transparentar el sistema de asignación de recursos, evitar la multiplicidad de fuentes, vías y programas que hacen más compleja y costosa la transacción, y desarrollar mecanismos que permitan controlar el uso de los recursos financieros de cada estado de manera homogénea, transparente y con rendición de cuentas a la ciudadanía.

El fortalecimiento del primer nivel de atención:

Todos los actores institucionales y académicos declararon igual propósito de ampliar la cobertura y resolución del primer nivel de atención. Sin duda, éste es el mayor ámbito de consenso sobre el cual se debe avanzar:

a) Diseño e implementación de un modelo de atención común para todo el sector centrado en las personas, con base en el primer nivel de atención, de cobertura universal, que sea común para todas las instituciones. Este modelo debe señalar: (i) las actividades sobre población, ambiente y personas a desarrollar; actividades de carácter integral en la acción intersectorial y con participación social sobre los determinantes sociales y en la anticipación del daño; las acciones deben incluir salud mental y bucal otorgando oferta continua las 24 horas; ii) infraestructura básica que se debe contar por número de personas a cargo; iii) equipo de salud, en número y con competencias adecuadas para la población que el equipo de salud tiene a su cargo; iv) tecnología y arsenal terapéutico; v) normas de relación con el nivel especializado que aseguren la atención continua. Junto a lo anterior, deben diseñarse mecanismos de control y cuenta pública por parte de cada institución.

b) Con base en ese modelo se debe: i) privilegiar el desarrollo de infraestructura en el primer nivel de atención limitando el crecimiento hospitalario a lo indispensable; ii) propender (generar los incentivos necesarios) para crear equipos de salud competentes y motivados, con médicos egresados y de permanencia continua (no pasantes), en los centros de primer nivel. Generar las condiciones para que las universidades orienten efectivamente la currícula en los planes de formación de pregrado con enfoque preventivo basado en la atención primaria y que formen médicos especialistas en atención de primer nivel y generar las condiciones por parte de las instituciones de salud para que garanticen el arraigo de dichos RR.HH en el primer nivel de atención.

c) Desarrollar mecanismos de asignación de recursos y de control que aseguren que una proporción creciente del financiamiento vaya a soportar este modelo de atención, fijando mínimos y planificando incremento en el tiempo. Es esencial en lo anterior tener una línea establecer una meta a mediano y largo plazo.

Palabras finales

Lo que se señaló en los párrafos anteriores, sin ánimo exhaustivo, señala áreas en donde sí se encuentran menores niveles de disenso, a la vez que contribuyen a lograr un importante impacto en la población.

En la publicación se señalan también los esfuerzos por el fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Salud, lo que se constituye en un elemento esencial para el logro del acceso universal. Asímismo, los directivos hospitalarios del país, señalan su voluntad a integrarse y a colaborar, en el contexto de un sistema de salud que fortalezca su primer nivel de atención para el logro de la universalidad.

Dado que los cambios son "más políticos que técnicos" y que se requiere del compromiso del gobierno en su conjunto para realizarlos (especialmente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público), es necesario seguir debatiendo sobre cómo resolver las necesidades de salud de los mexicanos sin olvidar que no se parte de cero y que existe una rica historia de éxitos y aprendizajes.

Sin duda son grandes los desafíos, pero México tiene una historia, personas y competencias para lograr mayores avances y constituirse, así como en otros ámbitos, en líder de las Américas en el logro de derechos ciudadanos en materia de salud.

Por décadas México, con visión de Estado, ha buscado mejorar su sistema de salud. El Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno de México se ha propuesto para los años 2013/2018 alcanzar el acceso universal en salud. En las palabras del Presidente de México, Enrique Peña Nieto:

> "Si bien se han logrado avances significativos [...] todavía existen amplios sectores de la población que en los hechos no pueden ejercer su derecho a la salud, a la protección de su salud. Esta condición no sólo acentúa su vulnerabilidad, sino que profundiza la desigualdad social. Precisamente por ello, el derecho a la protección de la salud y la atención médica de calidad son elementos esenciales para alcanzar el México incluyente que queremos tener, que queremos alcanzar. Y que constituye en sí mismo una de las cinco grandes metas nacionales que mi Gobierno se ha trazado [...] Por todas estas razones, uno de los objetivos centrales del Gobierno de la República es el asegurar el acceso a servicios de salud para todos los mexicanos. Para conseguirlo, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece cinco estrategias que quiero compartir con ustedes. La primera. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Segunda. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud de los mexicanos. Tercera. Elevar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Cuarta. Asegurar el acceso efectivo a servicios de calidad en la salud. Y finalmente, quinta estrategia. Promover la cooperación internacional en salud [...] El Plan Nacional de Desarrollo es la hoja de ruta que habremos de seguir los próximos años para cimentar las bases de un sector salud más sólido y con mayor capacidad para atender a las familias mexicanas. Somos conscientes de que los desafíos demográficos y epidemiológicos son grandes, pero también de que México cuenta con el talento, el capital humano y la capacidad institucional para enfrentarlos y superarlos. Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud [...] Así es. Para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es un derecho laboral"[clxix].

clxix Discurso del Presidente Peña Nieto en la Clausura de la Trigésima Segunda Asamblea General Ordinaria de Asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. el 27 de junio del 2013, disponible en: http://www.presidencia.gob.mx

Hoy es urgente seguir mejorando el sistema de salud, las razones están a la vista: el elevado gasto de bolsillo es señal inequívoca de que el acceso a servicios de calidad aún es limitado; los cambios epidemiológicos en México se están precipitando a gran velocidad exigiendo cambios en el modelo de atención; el nivel de inversión en salud ha aumentado en los últimos años y se exige una mayor eficiencia en el uso de los recursos, que estén más ligados a desempeño, impacto y con mayor rendición de cuentas; finalmente, la situación financiera del IMSS obligará a replantear muchos aspectos del actual estado de cosas. En fin, hay razones, hay voluntad y capacidad para emprender ya el futuro.

Esta publicación, escuchando las diversas propuestas y planteamientos, pretende contribuir a ese propósito del Presidente, de su Secretaria de Salud, Dra. Mercedes Juan, y ciertamente de la gran mayoría de los ciudadanos.

Con el objeto de aportar a esos objetivos, la Representación de la OPS/OMS en México invita a seguir contribuyendo en la construcción de evidencia y acuerdos con la participación de diversas personas y grupos sobre protección social en salud que contribuyan, desde el diálogo, el respeto y la rigurosidad técnica, a formular políticas públicas de Estado que sigan avanzando en la senda para alcanzar la cobertura y acceso universal efectivo en salud.

Referencias

1 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC: OPS; 1994

2 Muñoz F. López-Acuña D. Halverson P. Guerra de Macedo C, Hanna W. Larrieu M, *et al*. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2000;8(1/2):126–34.

3 Sojo, A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2673-2685, 2011.

4 Artaza O. (2004). Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión andina. ORAS-CONHU, Lima, Perú.

5 Vargas, I. Vasquez, M. L. Jane, E. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4): 927-937, jul-ago., 2002.

6 Drago, M. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. Serie Políticas Sociales N° 121. CEPAL; 2006.

7 Laurell, A. Herrera, J. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(2):137-148, Mayo - Agosto, 2010.

8 Suarez, J. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(3)248-254.

9 26 Conferencia Sanitaria Panamericana. Extensión de la protección social en salud. Iniciativa conjunta. Washington: OPS, OIT; 2002.

10 Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino a la cobertura universal. OMS; 2010.

11 WHO Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage Plan of Action [sitio en Internet]. [citado 2012]. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing

12 Martínez S. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública 2007;33(3).

13 Sen, A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.

14 OMS. Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra: OMS; 2000.

15 Lopez, J.H., y G. Perry. Inequality in Latin America: Determinants and Consequences. Policy Research Working Paper 4504. World Bank Latin America and the Caribbean Region Office of the Regional Chief Economist. Washington DC: Banco Mundial; Feb 2008.

16 Goñi, E., J.H. López, y L. Serven. Fiscal Redistribution and Income Inequality in Latin America. Policy Research Working Paper 4487. Development Research Group Macroeconomics and Growth Team. Washington DC: Banco Mundial; Jan 2008.

17 Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards a new model for health systems reform in Latin America. Washington, DC: World Bank; 1995.

18 OPS/OMS. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2007.

19 OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

20 OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos y Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie Renovación de la APS en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2008.

21 Asamblea General de Naciones Unidas. GA/11326. Diciembre, 2012. Disponible en http://www.un.org/news/press/docs/2012/ga11326.doc.htm

22 ILO, WHO. The Social Protection Floor. Geneva; 2009.

23 OIT, OPS. Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre la extensión de la protección social en salud. Washington, D.C. 2005.

24 Figueras, Musgrove, JP. Carrin, G. Durán, A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia?

25 OPS-OIT. Ampliación de la Protección Social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Documento. CSP26/12. 16 Jul 2002.

26 CEPAL. Cohesión Social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Documento. CEPAL. Naciones Unidas. 2007. Santiago de Chile.

27 OPS. Informe de la Salud en el Mundo. Ginebra. OPS; 2010

28 Urriola R. Economía y salud aportes y experiencias en América Latina. OPS, Santiago de Chile, agosto de 2011.

29 Deneulin Séverine and Nicholas Townsend. Public goods, global public goods and the common good. ESRC Research group on wellbeing in developing countries. WeD Working Paper 18. UK, 2006.

30 Burnett Sean. Financing the Health Care System: Is Long-term Sustainability Possible?. Centre canadien for policy alternatives; 2008.

31 Reich R (editor) Public-private partnerships for public health. Harvard Center for Population and Development Studies. USA; 2002.

32 Bridges John. Stated preferences method in health care evaluation: an emerging methodological paradigm in health economics. Applied Health economics and health policy; 2003: 2 (4) 213-224.

33 Pinto Prades J. L. y F. I. Sánchez Martínez. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. Centre de Recerca en Economia i Salut – CRES Ministerio de Sanidad y Consumo, España. s/f.

34 Wilkinson Richard and Kate Pickett. The impact of income inequalities on sustainable development in London. A report for the London Sustainable Development Commission. 2010.

35 LaVeist Thomas A., Darrell J. Gaskin, Patrick Richard. The economic burden of health inequalities in the United States; September 2009.

36 Organización Panamericana de la Salud. "Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades". Washington, D.C.: OPS; 2010.

37 Ministerio de Salud de Chile (Minsal). Estudio verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas. Minsal; 2009.

38 Ministerio de Salud de Chile (Minsal). Estudio costo-efectividad de intervenciones en salud. Minsal, 2010.

39 Fantino B. et G. Ropert: le Systéme de santé en France. Dunod, Paris. 2008.

40 Peter C Smith. Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. Centre for Health Economics University of York; September 2009.

41 Sorenson Corinna, Michael Drummond, Panos Kanavos. ENSURING VALUE FOR MONEY IN HEALTH CARE. The role of health technology assessment in the European Union. Observatory Studies Series No 11. WHO 2008.

42 OPS- ASDI. Guía metodológica para la caracterización de la Exclusión Social en Salud. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. OPS/OMS, Washington. 2006.

43 Levcovitz E. y C. Acuña. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. En Revista Gerencia y Políticas de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana Vol.2 N° 5, Dossier pág. 10-32. (2003).

44 Wineke AM van Lent, Relinde D de Beer, Wim H van Harten. International benchmarking of specialty hospitals. A series of case studies on comprehensive cancer centres. BMC Health Services Research 2010, 10:253 doi:10.1186/1472-6963-10-253.

45 Davis Karen, Cathy Schoen, and Kristof Stremikis How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally Mirror, Mirror on the Wall. USA, 2010.

46 Hollander Marcus J., Jo Ann Miller and Helena Kadlec. Evaluation of Healthcare Services: Asking the Right Questions to Develop New Policy and Program-Relevant Knowledge for Decision-Making. Managing Smartner 2010.

47 Minsal. Estudio costo-efectividad de intervenciones en salud. Minsal, Santiago de Chile. 2010.

48 Minsal. Estudio verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas. Minsal, Santiago de Chile. 2009.

49 Carey David, Bradley Herring and Patrick Lenain. Health care reform in the United States. Economics department working paper No. 665. OCDE 2009.

50 Smith Peter. L'impact de la facturation des soins aux usagers. OCDE 2009.

51 OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010 "Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal". Ginebra; 2011.

52 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). La Hora de la Igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir. Trigésimo tercer período de sesiones de la CEPAL. Brasilia 1° de junio de 2010.

53 Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reform have failed in Latin America. Health Policy. 2005; 71:83–96.

54 Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Publica.2000; 8(1/2):13–20.

55 Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ. 2008; 336:536–8.

56 Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health Policy Plan. 2001;16 (3):221–30.

57 Zakus J, Lysack C. Revisiting community participation. Health Policy Plan.1998; 13(1):1–12.

58 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC: OPS; 1994.

59 Martín-García M, Ponte-Mittelbrunn C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006;20(1 supl):192–202.

60 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC: OPS; 1994.

61 Sandoval H. Mejor salud para los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. Cuad Med Soc. 2004; 43(1):5–20.

62 Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2000;8(1/2):126–34

63 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC: OPS; 1994.

64 Martín-García M, Ponte-Mittelbrunn C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006;20(1 supl):192–202.

65 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington DC: OPS; 1994.

66 Pérez J, Bentacourt J, Suárez P. Descentralización y sistemas de salud en Amé-rica Latina. Revista de Ciencias Sociales. 2006; 12(1):36–45.

67 Vásquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de re-forma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit. 2002; 16 (1):30–8.

68 Vergara C. El contexto de la reformas del sector salud. Rev Panam Salud Pública. 2000; 8(1/2):7–12.

Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saude Publica. 2002; 18(4):905–25.

69 Celedón C, Noé M. Reforma del sector salud y participación social. Rev Panam Salud Pública. 2000; 8(1/2):99–104.

70 Ugalde A, Homedes N. Descentralización de los sistemas de salud en América Latina. Gac Sanit. 2002; 16(1): 18–29.

71 Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(3):210–20.

72 Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva. 2008;4(1):31–56

73 Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009; 25(1): 84–92.

74 Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Rev salud pública (Bogotá). 2004; 6(2):107–39.

75 Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, 2010.

76 Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

77 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de La Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

78 Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2007.

79 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008, la atención primaria de salud más necesaria que nunca, 2008.

80 Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago Chile OPS, 2011.

81 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization/OMS, Regional Office for Europe; 1991.

82 Evans T, Whitehead M. Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth, M. (Eds). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. OPS Publicación Científica y Técnica No. 585. Washington DC: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2001.

83 Braveman P & Gruskin S. Defining equity in health J Epidemiol Community Health, 2003 (57): 254-258.

84 Ruiz G. El dilema de la Promoción de la Salud en América Latina: los casos de Argentina y de Brasil (en francés en el original). Tesis de Doctorado, Université de Montreal, Qc. Canadá, 2011. Disponible en: https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/5421/6/Ruiz_Gabriela_2011_These.pdf

85 Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cadernos de Saúde Pública. 1997, 13(2): 325-330.

86 Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, políticas de protección social y restricciones financieras y políticas. Ciência & Saúde Coletiva 2011 16(6): 2673-2685.

87 OMS/WHO. Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud (documento de trabajo), Conferencia Mundial sobre los Determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro: OMS/WHO; 2011.

88 Akerman M, Cavalheiro C, Bógus C, Chioro C & Buss PM. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: L A. Galvão, J Finkelman, S Henao. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.

89 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS; 2010.

90 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago de Chile OPS/OMS; 2011.

91 Artaza. O Gobernanza y financiamiento para hospitales en redes. Economía y Salud. 2011 OPS/ OMS Chile.

92 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal.

93 Sheikh M, Boerma T, Cometto G. Duvivier R., Human resources for universal health coverage: a call for papers. Bull World Health Organ 2013;91:84–84A.

94 OPS, "Consulta regional recursos humanos en salud: desafíos críticos", Reunión Regional de los Observatorios de RHS, Toronto, 2005.

95 Ansoleaga E, Artaza O, Suarez J. Personas cuidando personas: Dimensión humana y trabajo en salud. Organización Panamericana de la Salud Chile 2012.

96 Construcción de métricas comunes para la estimación de recursos humanos para la salud Informe regional. Comunidad colaborativa de recursos humanos para la salud. Nigenda G y Ruiz F. Editores. Colombia 2012.

97 Vázquez Martínez FD. Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en servicio social en México. Rev Panam Salud Pública. 2010; 28(4):298–304.

98 CSP27/10 sobre metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, durante la 27.a conferencia sanitaria panamericana, 59.a sesión del comité regional, Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007.

99 Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Un compromiso compartido. Organización Panamericana de la salud. Washington 2012

100 Informe de avance metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. CSP28/INF/3 (Esp.) Página 45,49 Organización Panamericana de la Salud 2012.

101 Ansoleaga E, Artaza O, Suarez J. Personas cuidando personas: Dimensión humana y trabajo en salud. Organización Panamericana de la Salud Chile 2012.

102 Estudio Comparativo de las Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de la Salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington. D.C.; OPS,2012.

103 Gómez, I. Salud Laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Univ. Psicol. Bogotá. 2007. Vol. 6 (1). p. 105-113.

104 Ansoleaga, E. & Castillo, A. (2011). Riesgo psicosocial laboral y patología mental en trabajadores de hospital. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 29, 372-379.

105 Gómez, I. (2007). Salud Laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Univ. Psicol. Bogotá*, Vol. 6.

106 Houtman, I. & Kompier, M. (2001). *Trabajo y Salud Mental. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: OIT

107 Neffa, J. (2003). *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.

108 Gil, PR (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), 169-173.

109 Karasek R, Theorell T. Stress productivity and the reconstruction of working life. . ed. Ney York: Basics Books; 1990.

110 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996 Jan;1(1):27-41.

111 Gómez, I. (2007). *Salud Laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo.* Univ. Psicol. Bogotá, Vol. 6.

112 Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, (SESMA). *Apuntes Técnicos sobre Enfermedades Profesionales – Subdepto.* s.l. : Salud en el Trabajo. Sesma, 2002.

113 Blanch, J. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales Bajo la Nueva Gestión. Universidad Autónoma de Barcelona.

114 Proyecto WONPUM 2012-14: Trabajar en Servicios Humanos bajo la Nueva Gestión Pública/ Working in Human Services under the New Public Management. REFERENCIA: PSI2011-23705. IP: JM Blanch, UAB (España). Equipo internacional de trabajo: http://psicologiasocial.uab.es/colaborando/es

115 Blanch, J. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales Bajo la Nueva Gestión. Universidad Autónoma de Barcelona.

116 Ansoleaga, E. Asociaciones entre riesgo psicosocial laboral y salud mental en trabajadoras y trabajadores de un hospital público de alta complejidad en Chile (Informe no publicado).

117 European Agency for Safety and Health at Work (2007) *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health.* http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118

118 OIT (2010) *Riesgos emergentes y Nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*, Ginebra.

119 European Agency for Safety and Health at Work (2007): Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, Luxembourg.

120 Eurofound (2012), Fifth European Working Conditions Survey, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

121 OIT (2010). Riesgos emergentes y Nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación, Ginebra , Pág. 11.

122 OIT (2010). Lista de Enfermedades Profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT. Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, núm. 74. Disponible en: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed.../wcms_204788.pdf

123 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007) *Managing musculoskeletal disorders,* Dublin 18, Ireland; European Agency for Safety and Health at Work

(2010): OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU. Facts and figures

124 European Agency for Safety and Health at Work (2009): *European Risk Observatory Report: OSH in figures: stress at work. Facts and figures,* pág. 9

125 European Agency for Safety and Health at Work (2009) *European Risk Observatory Report: OSH in figures: stress at work. Facts and figures,* pág. 10.

126 Moon, S.D. & Lauter S.L., eds. (1996) *Beyond biomechanics: psychological aspects of musculoskeletal disorders in office work*. Bristol, PA: Taylor & Francis 1996.

127 Freudenberger H J (1987) *L'épuisement professionnel: « la brûlure interne »*. Otawa: Gaëtan Morin Ed.; 1987.

128 Seligmann-Silva, E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. En: René Mendes *Livro - Patologia do Trabalho* - 2 vol. - 3a. Edición, 2013.

129 Maslach, C. (1982) *The cost of caring*, New York, Prentice Hall ed.; Maslach, C. y Leiter, M. P. (1997) *The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

130 Gil Monte, P (2003) El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy – Año 1, nº 1- Agosto 2003 – p. 19-33.

131 Grau, A.; Flichtentrei, D; Suñer, R.; Prats, M.; y Braga, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215-230 N.º 2 - Marzo-Abril.

132 Hochschild, A. (1983): *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press; Rafaeli, A., & Sutton, R. (1989). *The expression of emotion in organizational life*. In B. M.

133 Según datos de la Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (2012), la proporción de trabajadores del sector salud que deben "ocultar sus sentimientos" es muy alta en comparación con las medias de la población general: 12% de los hombres y el 9% de las mujeres de la población general contra el 41% de los hombres y el 37% de las mujeres de sector salud. European Agency for Safety and Health at Work. Fifth Working Conditions Survey - Overview Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1182.htm

134 Takashi Haratani (1998) *Karoshi: Muerte por Exceso de Trabajo*. En: OIT- Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo 3a. ed. Madrid, OIT Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

135 Virtanen, M., Heikkilä, K., Jokela, M, Ferrie, J.E, Batty, G.D., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2012) Long working hours and coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 176 (7), pp. 586-596.

136 Health Canada: *Best advice on stress risk management in the workplace*. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/stress-part-1/index-eng.php

137 Health Canada. Best advice on stress risk management in the workplace. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/stress-part-1/index-eng.php.

138 Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs (2007*) Employment conditions and health inequalities. Employment Conditions Knowledge Network,* Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/themes/employment conditions/en/

139 Chappell, D. & Di Martino, V (2006), (2006) *Violence at work*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

140 Di Martino, V. (2000) Violence at the Workplace: the Global Challenge. ILO. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (Safe Work*) International Conference on Work Trauma*, Johannesburg, 8 - 9 November 2000.

141 Di Martino, Hoel & Cooper (2003). *Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail*. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg, 2003:12.

142 EU-OSHA- European Agency for Safety and Health at Work: (2012) *Fifth Working Conditions Survey* - Overview Publications Office of the European Union, Luxembourg. (2007) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007; (2005) *Fourth European Working Conditions Survey* (2005); (2000*) Third European Survey on Working Conditions 2000.*

143 EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work: (2012) *Fifth Working Conditions Survey* - Overview Publications Office of the European Union, Luxembourg. (2007) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007; (2005) *Fourth European Working Conditions Survey* (2005); (2000*) Third European Survey on Working Conditions 2000.*

144 ILO, WHO, ICN & PSI (2002) *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.* Organización Internacional del Trabajo (ILO) /Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) / Organización Mundial de la Salud (WHO) /Internacional de Servicios Públicos (PSI); ILO, WHO, ICN & PSI (2003) *Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study*. Organización Internacional del Trabajo (ILO) /Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) / Organización Mundial de la Salud (WHO) /Internacional de Servicios Públicos (PSI).Ginebra.

145 OMS. *La depresión*. Nota descriptiva N°369, Octubre de 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

146 OMS. *Fundamentos de la OMS Para Entornos Laborales Saludables: Bases, Prácticas y Literatura de Apoyo.* Ginebra; 2010.

147 Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P., Burr, H., Tüchsen, F., Bonde, J. (2006)Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders En: *J Epidemiol Community Health* 2006;60 (pp 771-775).

148 Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of posttraumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of work and organizational psychology*, 11 (1), 87-112. Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2004) Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. En: *British Journal of Guidance & Counselling*, Vol 32, N 3, 2004 (pp. 335-356)

149 Pezé (2008) *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés*; Pearson, Paris, 2008.

150 Tetelbom Stein, A, De Carli, E, Casanova, F, Pan, MS: (2004) Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. Em: *Rev. Psiquiatr. Rio grande do Sur, 26'*(2): 158-166, mai./ago. 2004

151 Paula Lima, E & Ávila Assunção, A. (2011) Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. bras. epidemiol*. vol.14 n.2 São Paulo Jun. 2011.

152 Mealer, M., Shelton, A., Britt Berg, Rothbaum, B. & Moss, M (2007) "Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 175, No. 7 (2007), (pp. 693-697).

153 Marcelino, D. , Figueiras, M.J. & Claudino, A. (2012) Impacto da exposição a Incidentes Críticos na saúde e bem-estar psicológico dos Tripulantes de Ambulância. Em: Psic., Saúde & Doenças, vol.13 no.1 Lisboa.

154 Floen, S. K. (2007) Ask Psychiatric diagnoses, trauma and suicidiality**,** *Ann.Gen. Psychiatry*; 6: 12.

155 Dejours, C y Begue, F. (2009) *Suicide au travail: que faire?* PUF, Francia.

156 Wlosko, M. (2013) "Malestar y sufrimiento en el trabajo: De la fragilización a la catástrofe psíquica".

En: Ana Magnólia Mendes, Álvaro Roberto Crespo Merlo & Rosangela Dutra De Moraes (Comps): *O Sujeito no Trabalho*. *Entre a Saude e a Patología*. Coleção de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, Editora Juruá, Curitiba, Brasil. ISBN: 978-85-362-4094-7. (págs. 149-175).

157 Recensement des suicides et tentatives de suicide à France Télécom – Orange en 2009 et 2008.

Recensement des suicides et tentatives de suicide à France Télécom Orange, en 2010 et 2011. En: http://www.observatoiredustressft.org/i

158 Dejours, C. (2007) *Conjurer la violence. Travail, Violence et Sante***.** Ed. Payot, Paris.

159 Wlosko, M y Ros, C. (2010): "La organización de trabajo como generadora de violencia laboral en enfermería**".** En: Ana Magnólia Mendes (Comp.*): Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica*. Ed. Editora Mackenzie São Paulo. ISBN: 978.85.7916045-5 (pp. 173 a 198).

160 Dejours, C. (2006) *La banalización de la injusticia social***.** Topía, Buenos Aires.

161 Aubert, N. &De Gaulejac, V. (1994). *El costo de la excelencia*, Paidos, España; Dujarier (2010) *L´idéal au travail*. Presses Universitaires de France, Paris.

162 Dejours, C.(2006) Entre désir de travailler et psychopathologie du travail: le piège de l'évaluation. *En: in Boukobza, C.: La psychanalyse, encore,* ERES, 2006 p. 193-204; Dejours, C. (2004) Travail, modernité et psychanayse. En: *Revue Res Publica* n° 38 Août 2004 Dossier *"Le travail après la fin du travail"*.

163 ILO, WHO, ICN & PSI (2002) *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.* Organización Internacional del Trabajo (ILO) /Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) / Organización Mundial de la Salud (WHO) /Internacional de Servicios Públicos (PSI); ILO, WHO, ICN & PSI (2003) *Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study*. Organización Internacional del Trabajo (ILO) /Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) / Organización Mundial de la Salud (WHO) /Internacional de Servicios Públicos (PSI).Ginebra.

164 EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work: (2012) *Fifth Working Conditions Survey* - Overview Publications Office of the European Union, Luxembourg.

165 Wlosko, M. & Ros, C.: *Prevalencia de Violencia Laboral en el sector servicios*. Investigación realizada en la Universidad Nacional de Lanús (2010-2012). Wlosko, M., Ros, C., Macias, G. y Muskats, S. (2013) *Violencia Laboral: Un estudio de prevalencia en poblaciones laborales del sector servicios.* Aprobado para exponer en el XXIX Congreso Latinoamericano de Sociología ALAS, Chile 2013.

166 OIT (2010) *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*. 2010.

167 WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017). Executive Summary and Survey Findings, Geneva, April 2013 http://www.who.int/occupational_health/en/# Ingreso julio 2013.

168 OIT (2012) *Panorama Laboral 2012*, Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2012.

169 Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. Employment conditions and health inequalities. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007. http://www.who.int/social_determinants/themes/employment conditions/en/ accessed 8 Sept 2009.

170 Appay, B. e Thébaud-Mony, A. (1997) *Précarisation sociale, travail et santé*; Paris; IRESCO.

171 Linhart, D. (2008) *Pourquoi travaillons-nous? Un approche sociologique de la subjectivté au travail ;* Toulouse; Eres.

172 Berman, S. (1995) *Trabajo Precário y Salud Mental*; Córdoba; Narvaja Editor.

173 Seligmann-Silva, E. (1997) *A Interface Desemprego Prolongado e Saúde Psicossocial*. In: Silva Filho, J. F. da e Jardim, S. (orgs.) *A Danação do Trabalho - Organização do trabalho e sofrimento psíquico***,** Rio de Janeiro, Te Corá Ed., 1997-; p 19-63.

174 Nigenda Gustavo, Ruíz José Arturo. Recursos humanos en el sector salud: un acerca-miento con enfoque de género. México 2007.

175 Pautassi, Laura. El empleo en salud en Argentina. En Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina. Coord. Por Maria Nieves Rico y Flavia Marco. Argentina: Siglo XXI ed.; 2006. p.151-192.

176 Ansoleaga, E. Artaza, O. Suárez, J. eds. Personas que Cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2012.

177 González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia y México. Banco Mundial; 2000.

178 Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington, DC: BID; 2000.

179 Colegio Médico de Chile. Municipalización, buscando la verdad. Revista Vida Médica; 1983; 34(2).

180 Unger JP, De Paepe P, Cantaurias GS, Herrera OA. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. PLoS Med. 2008; 5(4): 542-547.

181 Ídem. p. 10.

182 Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. Rev Panam Salud Pública. 1997; 2(5): 342-351.

183 Barrientos A. Health policy in Chile: the return of the public sector? Bulletin of Latin American Research. 2002; 21(4): 442-459.

184 Jiménez J. Chile: sistema de salud en transición a la democracia. Santiago: Editorial Athena; 1991.

185 Artaza O, Castillo R, Fábrega R, Quinteros M. Capítulo 28 (pág. 519-530) en Gestión Hospitalaria IV Edición Gestión Hospitalaria" Temes –Mengibar. Ed. McGraw-Hill Madrid 2007.

186 Fondo Nacional de Salud. Una mirada a fondo a la modernización del FONASA, Santiago: FONASA; 1999.

187 Fondo Nacional de Salud. FONASA: ¿una reforma en marcha? Santiago: FONASA; 1999.

188 Fondo Nacional de Salud. Una mirada a fondo a la modernización del FONASA. Santiago: FONASA; 1999.

189 Fondo Nacional de Salud. FONASA: ¿una reforma en marcha? Santiago: FONASA; 1999.

190 Artaza O., Castillo R., Fábrega R., Quinteros M. Gestión del Cambio: Presentación de dos casos chilenos. Gestión Hospitalaria. 4ª Ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 2007, p. 519-529.

191 Mensaje N° 1-347 A S.E. Presidente de la H. Cámara de Diputados enviado con la firma del Ministro de Salud Dr. Osvaldo Artaza Barrios y del Presidente de la República Ricardo Lagos Escobar en Abril del 2002 (Biblioteca del Congreso).

192 Musgrove P.WHO assessment of health systems performance. Lancet. 2003; 361:1817-1820.

193 Jiménez J. La salud pública en Chile. Revista Vida Médica. 1985:3681.

194 Jiménez J. Evolución y reforma del sistema de salud en Chile. CPU Documento de trabajo No. 31/94, septiembre 1994.

195 Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington DC: BID; 2000.

196 Colegio Médico de Chile. Municipalización, buscando la verdad. Revista Vida Médica; 1983; 34(2).

197 Martínez Félix, García Andrea Paola. Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Fedesalud; 2012.

198 Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Actividades 2011-2012 al Honorable Congreso de la República. Bogotá; Julio de 2012.

199 Martínez, Félix. La Inequidad en Salud: Reflejo y Consecuencia de la Inequidad Social. En: de la Protección Social, Universidad de Antioquia. Análisis de la Situación de Salud de Colombia 2002 – 2007; Vol. VI. Bogotá: Imprenta Nacional; 2010. p. 35-60.

200 De Groote Tony, *et al*. Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25 (1): 106-117.

201 Banco Mundial, World Development Report 1998/1999: Knowledge for Development, Washington D. C.: Oxford University Press; 1999.

202 Bossert T., *et al.* Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. Health policy plan. 1998; 13 (1): 59–77.

203 Stocker K., *et al*, The exportation of managed care to Latin America, N Engl J Med, 1999; 340, (14):1131–6.

204 Restrepo H.E., Valencia H. Implementation of a new health system in Colombia: is this favourable for health determinants? J. Epidemiol Community Health. 2002; 56 (10): 742–43.

205 Van der Gaag J., Barham T. Health and health expenditures in adjusting and non-adjusting countries, Soc Sci Med. 1998; 46 (8): 995–1009.

206 Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto de Ley Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones presentado al Congreso de la República, Marzo de 2013.

207 Rodríguez, Óscar. Avances y dificultades del Sistema de Salud para los pobres. En: ¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.

208 Martínez Félix, *et al.* El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana. La problemática de la población dispersa, Bogotá: FEDESALUD; 2005.

209 Defensoría del Pueblo, La Tutela y el Derecho a la salud. 2006-2008. Bogotá, 2009.

210 Gañán Jaime, Los Muertos de la Ley 100: Prevalencia de la Libertad Económica sobre el Derecho Fundamental a la Salud. Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC) [Tesis Doctoral]. Colombia: Facultad de Derecho de la Universidad Externado de Colombia; 2010.

211 Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud. Periodo 2003 -2005. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007.

212 Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2011. 20 Años 1992 – 2011. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2012.

213 Acosta Naydu, *et al.* Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. Santafé de Bogotá: Cendex/Fundación Corona/Fundación Ford; Agosto de 1999.

214 Martínez Félix. Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital. en D. Restrepo y M. Hernández (eds.). Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. La seguridad social en la encrucijada. Vol. VII. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud/ Centro de Investigaciones para el Desarrollo/ Facultad de Ciencias Económicas/ Universidad Nacional de Colombia/ Oficina de Comunicaciones CID; 2012.

215 Arévalo Decsi, Felix Martínez (eds.). ¿Ha mejorado el acceso en salud? En: Colección la Seguridad Social en la encrucijada. Vol. 1. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo/ Universidad Nacional de Colombia/ Ministerio de Salud; 2002.

216 Peñaloza Enrique, *et al.* Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. Bogotá: CEJA/BID/Fundación Corona/Fundación Social/ Cendex/ Pontificia Universidad Javeriana; 2002, 145 p.

217 Morelli Sandra. Reflexiones sobre el control en el sector Salud. Economía Colombiana. Revista de la Contraloría General de la República. 2012: 336: 111-114.

218 Fernández Germán. Federación Médica Colombiana revela distorsiones financieras y contables por parte de las EPS. Economía Colombiana. Revista de la Contraloría General de la República. 2012; 336: 99-100.

219 Corte Constitucional. Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Sentencia T-760 de 2008. Julio de 2011. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. República de Colombia. Corte Constitucional. Fondo Nórdico para Derechos Humanos. Banco Mundial. Colombia 2012.

220 Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, Nota Técnica, Universidad Nacional de Colombia Concurso de Méritos con Precalificación, Núm. 01, 2010, Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES), Bogotá, Marzo 15 de 2011.

221 CID Universidad Nacional. Consideraciones para nuevos ordenamientos (ranking) de IPS. Ordenamiento (Ranking) de Entidades Promotoras De Salud – EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS. Bogotá: Ministerio de Protección Social; Junio de 2010.

222 Mills A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. Health Policy Plan. 1998; 13(1): 32–40.

223 Broomberg J. Health Care Markets for Export? Lessons for developing countries from European and American experience, Londres: LSHTM; 1994.

224 El diagnóstico de la salud en Colombia análisis desde precios de medicamentos y recobros. Economía Colombiana. Revista de la Contraloría General de la República. 2012: 336.

225 PRF-2011, Contraloría Delegada para Investigaciones, Juicios Fiscales y Jurisdicción Coactiva, Contraloría General de la República.

226 *IMS* HEALTH, Pharmaceutical intelligence, 2010, http://www.imshealth.com/portal/site/ims

227 Zapata Juan Gonzalo, *et al*. Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia. Bogotá: FEDESARROLLO; 2012. Anexo 18.

228 INS. Situación actual de las enfermedades transmisibles en Colombia y propuesta organizativa. En: Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. 2000; 5 (14).

229 Gómez Rubén Darío. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia. *1985-2001*. Bogotá: Revista Facultad Nacional de Salud Pública/ Universidad de Antioquia; 2008.

230 Rodríguez García Jesús (coord.). Carga de Enfermedad Colombia 2005. Bogotá: Cendex/ Universidad Javeriana; 2008.

231 Martínez Sandra. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los Sistemas de Salud. Salud Pública de México. 2011; 53 Supl. 2: 78-84.

232 Martínez Félix, Óscar Rodríguez. Evaluación de la política de gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas. En: D. Restrepo y M. Hernández, *op. cit.*

233 Banco Mundial, Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. en Organización Panamericana de la Salud. Economía de la salud. Perspectivas para América Latina. Publicación Científica, 1989; 517.

234 Acosta O. *et al*. Equidad en el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano, Bogotá: Gente Nueva; 2007.

235 Barón Gilberto. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003, Bogotá: Impresol Ediciones Ltda; 2007.

236 Stiglitz Joseph E. Caída Libre: El libre mercado y el hundimiento de la economía mundial. Madrid: Editorial Taurus; 2010.

237 Rodríguez Óscar. Prólogo. En: Félix Martínez y Andrea Paola García, *op. cit*.

238 ONU, Estrategias Nacionales de Desarrollo. Guías de Orientación de Políticas Públicas. Nueva York: Naciones Unidas/ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; Junio de 2007.

239 Ivo Anete Brito Leal. A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. São Paulo em Perspectiva. 2004 ; v. XVIII (2).

240 Donzelot, Jacques. L'invention du social Essai sur le déclin des passions politiques, Paris : Fayard ; 1994, citado por Ivo, *op. cit.*

241 Rosanvallon Pierre. La nouvelle question sociale. Répenser l´État providence. Paris: Le Seuil; 1995, citado por Ivo, *op. cit.*

242 Castel Robert. Les métamorphoses de la question sociale. Unechronique du salariat. Paris: Fayard; 1995, citado por Ivo, *op. cit.*

243 Castaings Juan. Economía Política de la Política Económica. en: José Luis Calva (coord.). Democracia y Gobernabilidad. Agenda para el Desarrollo. 2007: 15.

244 Norton Andy, *et al.* Social Protection Concepts and Approaches. Implications for Policy and Practice in International Development. Londres: Centre for Aid and Públique Expenditure/ Overseas Development Institute; 2001.

245 Lautier Bruno. Las condiciones políticas de la universalización de la protección social en América Latina. En: Yves Lebonniec y Óscar Rodríguez (eds.). Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un Nuevo Sistema de Protección Social. Colección Estudios sobre protección social. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo/ Universidad Nacional de Colombia; 2006.

246 Ocampo José Antonio. Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. Revista de la CEPAL. 1998; 65: 7-14.

247 Rodríguez Óscar. Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social. en: Amparo Hernández y Carmen Rico de Sotelo. Protección social en salud, en América Latina y el Caribe. Bogotá: Universidad Javeriana; 2011. p. 35-68.

248 PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del sur: progreso humano en un mundo diverso. Ottawa: Gilmore Printing. 2013.

249 Webb, R. Diálogo con el poder. Entrevista a Hay una explosión del emprendedurismo rural" El Comercio, 5 de Mayo del 2013, Pág. a6.

250 Amat y León, Carlos. El Perú nuestro de cada día2ª edición. Lima: Universidad del Pacifico; 2012.

251 Hall, Thomas. Health Manpower in Peru: A Case Study in Planning. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1969.

252 INEI. Evolución de la pobreza en el Perú al 2011. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; mayo del 2012.

253 MINSA. Encuesta de Salud Escolar Perú 2010. Perú: Ministerio de Salud; 2011.

254 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud Coordinado y Descentralizado. Ley N° 27813, 2002.

255 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Ley. N° 27867, (2002).

256 Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad. Resolución Ministerial N° 464-2011, MINSA, (2011).

257 Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud R.M. N° 771-2004, MINSA, (2004)

258 Ley de Creación del Seguro Integral de Salud. Ley Nª 27657, (2007).

259 Norma Técnica de salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas. RM Nª 478.2009, MINSA, (2009).

260 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Ley Nª 29344, (2009).

261 Giedion Úrsula *et al*. Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid: Fundación Mapfre; 2010.

262 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud). Ley N° 27056, (1999).

263 Recursos Humanos en Salud al 2011: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Minsa Perú; 2011.

264 Gómez Dantés, Octavio *et al*. Sistema de salud de México. Salud Pública de México. 2011; vol.52 (S2): S220-S232.

265 *Ibidem.*

266 Dávila Torres, Gorge, Miguel Ángel Rodríguez Díaz Ponce, Santiago Echeverría Zuno. El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, retos y propuestas de política. México: FCE, Editorial Alfil; 2012.

267 Gómez Dantés, Octavio etal. *op.cit*. p.s221.

268 Elizondo Mayer–Serra, Carlos. El derecho a la protección de la salud". Salud Pública de México. Marzo-abril 2007; 49: 144-155.

269 Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, Miguel A. Lezana, y Felicia Marie Knaul. Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico. The Lancet. 2006; 368 (9546): 1524–34.

270 Jaramillo Cardona, Martha Cecilia. La descentralización en Salud en México. Avances y Retrocesos. Revista Gerencia y Salud. 2007; 6(13): 85-11.

271 Banco Mundial. Decentralized Service Delivery for the Poor. Mexico: The World Bank, 2006.2 vol. IL. – (Report No. 35692).

272 Consultar: Seguro Popular. Cobertura Médica del Seguro Popular. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=291

273 Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-junio de 2012. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/inforres2012.pdf

274 Bonilla-Chacín y Nelly Aguilera. The Mexican Social Protection System in Health. Washington D.C.: The World Bank, UNICO Studies Series 1; enero 2013.

275 Inter-American Conference on Social Security. Health Systems and Insurance Report, 2006-2010 Health Reforms in the Americas. marzo 2011, pp 22.

276 Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: la reforma estructural del Sistema de Salud en México, México: Secretaría de Salud; 2004.

277 Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-junio de 2012. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/inforres2012.pdf

278 Nigenda G. Ruiz J. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Instituto nacional de Salud Pública. 2010.

279 Nigenda G, Ruiz J, (2006) "enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral", en Salud Pública de México, vol. 48, núm. 1, pp. 22-9, disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n1/v48n1a05.pdf>.

280 Frenk J, Robledo C, Nigenda G, Vázquez A, Ramírez C y Arredondo A. "Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México". Salud Pública de México. 1998 vol. 30, núm. 5, pp. 691-699.

281 Nigenda G. Ruiz J. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Instituto nacional de Salud Pública. 2010.

282 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad. Consulta de resultados. Tabuladores estatales. 2011. [Consultado el 1 de marzo de 2013] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ registros/vitales/consulta.asp?c=11800&s=est#

283 Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral para América Latina y El Caribe 2012. 1ra. Ed. Lima: OIT-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2012. pp.112.

284 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de suicidio de los Estados Unidos Mexicanos 2010. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2012.

285 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud, 2007.

286 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010* [ENOE]. México: INEGI-STPS; 2011.

287 UGT. Aragón. Manual de Riesgos psicosociales en el mundo laboral. Secretaría de Acción Sindical, Salud Laboral y Medio Ambiente. P. 124 Consultado el 7 de julio de 2013) en: http://www.ugtcai.org/portada/manual.pdf

288 Amable M. La precariedad laboral y su impacto a la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España. [tesis doctoral]. España: Universitat Pompeu Fabra Unitat de Recerca en Salut Laboral del Departament de Ciències Experimentals i de la Salut; 2006.

289 Delclós J, Betancourt O, Marqués F, Tovalín H. Globalización y Salud Laboral. Opinión. Arch Prev Riesgos Labor 2003; 6(1):4-9.

290 Ahumada GE, Noriega M. (2010) *Trastornos físicos y psíquicos, asociados al trabajo en enfermeras de un hospital psiquiátrico infantil*. Salud de los Trabajadores. 2010; 18(2): 96-106.

291 Samaniego N. Empleo y precariedad laboral en México. En: Cordera R, Murayama C, editores. Los determinantes sociales de salud en México.1ra. ed. México: FCE-UNAM-Programa Universitario de Estudios de Desarrollo; 2012. pp.432-460.

292 Hernández CI, Hernández-Mendoza E, Ramírez-Páez JA. Burnout y síntomas somáticos en enfermeras de una institución de salud del Distrito Federal. Rev Enferm IMSS. 2005; 13(3): 125131.

293 Beltrán C, Pando M, Torres T, Salazar JG , Torres T, Aldrete MG y Pérez B. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara México. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(2).

294 Samaniego N. Empleo y precariedad laboral en México. En: Cordera R, Murayama C, editores. Los determinantes sociales de salud en México.1ra. Ed. México: FCE-UNAM-Programa Universitario de Estudios de Desarrollo; 2012. pp.432-460.

295 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Dinámica Poblacional, 2009. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados. México: INEGI-CONAPO; 2011.

296 Borges, A. Personal de enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Notas y reflexiones. Salud de los trabajadores 1998; 6(2): 113-119.

297 Arenas-Monreal L; Hernández-Tezoquipa I, Valdez-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Autocuidado de médicos y espacio laboral. Salud. pub. Méx. 2004; 46(2): 326-332.

298 Villalobos, G. Epidemiología de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa; Ciencia y Trabajo. 2004; 6(14): 107-201.

299 Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral para América Latina y El Caribe 2012. 1ra. Ed. Lima: OIT-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2012. pp.112.

300 Organización Internacional del Trabajo. Riesgos Emergentes y Nuevos Modelos de Prevención en un Mundo de Trabajo en Transformación. 1ra. Ed. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2010. pp.22 [Consultado el 19 de enero de 2012] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf

301 Elizondo Mayer –Serra, Carlos. *op.cit*.

302 Secretaría de Salud/OPS-OMS. Evaluación del desempeño de la función rectora en los Sistemas Estatales de Salud. Informe de Resultados.

303 Gakidou, Emmanuela, Rafael Lozano, Eduardo González-Pier, Jesse Abbott-Klafer, Jeremy T. Barofsky, Chloe Bryson-Cahn, Dennis M. Feehan, Diana K. Lee, Hector Hernández-Llamas, and Christopher J. L. Murray. Assessing the Effect of the 2001–06 Mexican Health Reform: An Interim Report. The Lancet. 2006; 368 (9550): 1920–35.

304 Bonilla-Chacín y Nelly Aguilera. *op. cit*.

305 Lozano, Rafael, Patricia Soliz, Emmanuela Gakidou, Jesse Abbott-Klafter, Dennis M Feehan, Cecilia Vidal, Juan Pablo Ortiz, Christopher JL Murray. Evaluación comparativa del desempeño de los Sistemas Estatales de Salud usando cobertura efectiva. Salud Pública de México. 2007; 49 supl 1: LIS53-S69.

306 Soberón G. El cambio estructural en la salud. Salud Publica Mex 1987;29:127-140.

307 Soberón G, Valdés-Olmedo C. Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México? Salud pública Méx vol.49 suppl.1 Cuernavaca Jan. 2007.

308 Salas Abarca Patricia. El papel rector del Ministerio de Salud: una visión desde el nivel local de la CCSS. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc [revista en la Internet]. 2002 Jul [citado 2012 Dic 05]; 10(2): 57-64. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000200005&lng=es.

309 López YL, González C, Gallego BN, Moreno AL. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. Biomédica 2009;29:567-81

310 Ruales J. Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Colombia 2004; 22(número especial):21-32.

311 Robles-Guerrero, Luis Ricardo. Importancia de la función normativa de la Autoridad de Salud Nacional para el control de problemas de salud pública. An. Fac. med., Lima. Dic. 2011, vol.72, no.4, p.291-296.

312 OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Sección del 23 de julio de 1997, Tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.

313 López-Acuña, D. The Nature of Health Sector Reform in the Americas and its Significance for PAHOs Technical Cooperation, PAHO Annual Managers Meeting, 2000.

314 Marín, José. Fortalecimiento de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias en las reformas del sector salud. Revista Panamericana de salud pública. 8 (1/2). 2000.

315 OPS/OMS. "La Función de Rectoría en Salud y el Fortalecimiento Institucional de las Autoridades Sanitarias Nacionales y Subnacionales", Capítulo 2 La Salud Pública en las Américas. Washington DC: OPS/OMS, 2002.

316 Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.

317 Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, DC: OPS; 2007; 82 p.

318 World Health Organization. Report on the WHO meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship functioning health systems (HFS/FAR/STW/00.1). Geneva, Switzerland, 10–11 September 2001;7

319 Organización Panamericana de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional; Desempeño y Fortalecimiento; Edición Especial N° 17. Washington, DC: OPS; 2007; 70 .

320 Baqueiro, A. H. (2007). Características y contribuciones de las organizaciones civiles del VIH-sida en la ciudad de México. Perfiles latinoamericanos: revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, (30), 39-78.

321 Vega Romero, R., & Torres Tovar, M. (2011). El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Revista Cubana de Salud Pública, 37(2), 0-0.

322 Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. salud pública de México, 44(6), 554-564.

323 Vega, *op cit*.

324 Cuadra-Hernández, S. M., Zarco-Mera, Á., Infante-Xibillé, C., & Caballero-García, M. (2012). La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: una intervención para abatir el estigma; México, 2005-2009. Salud colectiva, 8(2), 191-204.

325 Arredondo, A., Orozco, E., Luna, G., & Aldaz, V. (2006). Equidad e Inequidades en salud en México: niveles, tendencias y evidencias en el contexto de la reforma. Salud en Tabasco, 12(2), 415.

326 Ibarra, I., Martínez, G., Aguilera, N., Orozco, E., Fajardo-Dolci, G. E., & González-Block, M. A. (2013). Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. salud pública de México, 55(3).

327 Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México. Hacia un Sistema Nacional de Salud. México, D.F., 1983.

328 Fujigaki Lechuga A Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982 – 1988, , Tomo I, p 241-243, SSA, México 1988.

329 Conferencia Sanitaria Panamericana La extensión de la protección social de la salud en las Américas, Declaración conjunta, OPS-OIT, 2002.

330 Martínez Narváez G. Un Sistema en Busca de Salud. Fondo de Cultura Económica, págs. 236 -238 México, junio, 2013.

331 El Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Soberón G, ed. Díaz Alfaro S. Zertuche Muñoz F, Kaplan M. Ruiz Massieu J.F, Laguna J. Valadés D., Rocha Bandala J.F. Manterola

Martínez A. Rodríguez de Arizmendi G Izundegui A. Presentación p-10 Editorial Miguel Ángel Porrúa México, 1983.

332 Frenk Julio. Economía y Salud, Propuestas para el avance, Visión de Conjunto, FUNSALUD, México, 1993, p 30.

333 Donabedian, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev. de Salud Pública de México, Vol. 35, Núm. 3, 1993.

334 Ruelas, E. y Col.: Sobre la garantía de la calidad. Conceptos, acciones y reflexiones. Mimeo, México, 1992.

335 Knaul F. Arreola H Justicia financiera y gastos catastróficos en salud. Impacto del Seguro Popular en México. Salud pública de México, 2005 vol. 47, suplemento 1, p-7,

336 Durán González L. I, "Eficiencia en la prestación de servicios de salud". Rev. salud pública de México.1992 vol. 34.

337 Bennett S. Mills A. The public/private mix in the national health systems and the role of the ministries of health. School of hygiene and Tropical Medicine, London, 1991.

338 Evans G, R. Universal Health Insurance in Canada achievements, limits, stresses, threats and scope for improvement. 1er Congreso Internacional de Medicina y Salud Hacia una Cobertura Universal de servicios de Salud, memoria 22-24 de abril 2009. OPS-UNAM. México, p. 65.

339 *Ibidem* p.66.

340 Murray CJL, Knaul F, Xu K, Musgrove P, Kawabata K Defining and measuring fairness of financial contribution. WHO, Global Program on Evidence. Working Paper, no 24 Ginebra, WHO 2000.

341 Alexander S Preker, Xingxhu Liu, E Velensky. Public End, Private Means. Strategic Purchasing of Health Services. World Bank. Washington D.C.

342 Martínez Narváez G. Un Sistema en Busca de Salud. Fondo de Cultura Económica, págs. 236 -238 México, junio, 2013

343 Martínez Narváez G. Un Sistema en Busca de Salud, Fondo de Cultura Económica, págs. 397 – 452, México, junio 2013.

344 http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

345 Traducción de los autores basada en: Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, and Neal A. Vanselow, Editors; Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine, 1996.

346 López S., Puentes E. Observatorio de la salud pública en México 2010. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud; 2011.

347 Lohr KN, ed. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

348 Muñóz O. (Coordinador). Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal. México: Coneval, 2012.

349 Auditoría Superior de la Federación, Grupo Funcional Desarrollo Social. Secretaría de Salud, Sistema Integral de Calidad en Salud. Auditoría de Desempeño: 11-0-12100-07-0422. DS-045. Disponible en: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0422_a.pdf; consultado el 27 de mayo de 2013.

350 Auditoría Superior de la Federación, Grupo Funcional Desarrollo Social. Secretaría de Salud, Sistema Integral de Calidad en Salud. Auditoría de Desempeño: 11-0-12100-07-0421. DS-046. Disponible en: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0421_a.pdf; consultado el 27 de mayo de 2013.

351 Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Evaluación externa SICALIDAD 2012. Informe Final. México, D.F.: Secretaría de Salud. Consultado el 27 de mayo de 2013, disponible en:

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/sicalidad/

352 Fajardo, G. Oficio enviado a los secretarios de salud estatales el 1 de agosto de 2012.

353 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud, México, D.F. CONEVAL, 2012.

354 Salud Pública de México / vol. 52, suplemento 1 de 2010.

355 Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L,

Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

356 Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC). Informe Final. INSP y SSa, 2012.

357 Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.

358 Alberquilla Menéndez-Asenjo A, Fuentes Leal C, Severiano Peña S. Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/05/2013.

359 Martínez G. Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano. Fondo de Cultura Económica, México, 2013 pág. 416-423

360 J. Geyman, *The Corrosion of Medicine: Can the Profession Reclaim its Moral Legacy?* Monroe, Common Courage Press, 2008.

361 Labra M. (2002), La reinvención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud, en Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):1041-1052.

362 Tetelboin, C. (2003), La Transformación neoliberal del Sistema de Salud. Chile: 1973-1990. Reformas de Primera Generación, UAM-Xochimilco, México, 267 p.

363 Tetelboin, C. (2012), Sistema de salud, desarrollo y derechos en Chile. Una cuestión a construir, en Amelia Cohn Org., Reformas de salud y desarrollo en América Latina: desafíos para la articulación entre derecho a la salud y desarrollo, BANDES/Centro Celso Furtado, Río de Janeiro, Brasil, en prensa.

364 Hernández, M. (2003), El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina, en Rev. Cubana de Salud Pública 29(3):228-235.

365 Restrepo, J. (2004), Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados en salud, en Rev. Gerencia y Políticas de Salud, v.3, fasc. 6:8-34.

366 Groote, T., De Paepe, P. y Unger, J. (2007), Colombia: prueba en vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo, en Rev, Fac. Nac. Salud Pública, 25(1):106-17.

367 Abrantes, R. y Almeida, C. (2002), Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México, en Cad. De Saúde Pública, Río de Janeiro; 18(4):971-989.

368 Laurell, A.C. (2012), Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México, Investigación y Políticas, Programa CLACSO-CROP, Buenos Aires.

369 Londoño, J. y Frenk, J. (1997), Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, en Rev. Salud y Gerencia, 15:5-28.

370 Banco Mundial (1993), Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en Salud, Washington, USA, capítulos 2, 3 y 5.

371 Muñoz, F., López A., D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S. y Zeballos, J. (2000), Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud, en Rev. Panam. Salud Pública, 8(1/2).

372 Laurell, A.C. (1993), La salud: de derecho social a mercancía, en Laurell, Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, Fundación Friedrich Ebert, México.

373 Iriart, C., Merhy, E., Waitzkin, H., (2000), La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma, Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 16(1):95-105.

374 Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G., et. al. (2012), capítulo IV, Golpes de Estado sobre la sanidad, en La sanidad está en venta; y también la salud, Icaria Ed., España.

375 Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P., Restrepo, M. (2008), La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud, volumen 3, número 2. www.medicinasocial.info

376 Laurell, C. (2005) La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los dere-

chos sociales y la satisfacción de necesidades humanas, en Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).

377 López O. y Blanco J. (2008) Caminos divergentes para la protección social en salud en México, Salud Colectiva, Buenos Aires, 4(3):319-333, Septiembre - Diciembre. Márquez D. (2012), Observatorio Económico. La Jornada, 3 de noviembre.

378 Muntaner, C., Armada, F., Chung, H., Mata R., Williams, L., Benach, J. (2008), Barrio Adentro en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos, en Rev. Medicina Social, vol.3, N°4. (www.medicinasocial.info).

379 Lévy, J. y Malo, M. editores (2010), De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate, Venezuela, IAES.

380 Levy S. (2003), Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002-2003. Diario Oficial de la Federación, México, 30 de junio.

381 Heredia, N. (2013), La prevención en las políticas y acciones de la salud en Bolivia, ponencia, Foro Vigencia y pertinencia de la prevención en la atención primaria y la salud comunitaria, UAM-X, 26 de febrero.

382 Tetelboin, C. (2006), Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina, En Jarillo, E. y Enrique Guinsberg (coords.), La Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos, Lugar Editorial, Bs. As. , Argentina.

383 Linares N. y López O. (2009) Los efectos de las transformaciones del sistema público salud sobre la equidad en México, 1995-2002. Salud Colectiva, Vol. 5(2):237-257, mayo-agosto.

384 Jusidman C. y Marín O. (2008), Universalismo y estándares mínimos de garantía para los derechos económicos, sociales y culturales. Incide-social A. C. Ponencia presentada en el IX Seminario de política social. Las perspectivas del universalismo en México, Guadalajara, 18 y 19 de noviembre.

385 Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948), Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución de la Asamblea General 217 A (iii), del 10 de diciembre.

386 Organización de Naciones Unidas (ONU) (1966), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI), del 16 de diciembre.

387 Organización de Estados Americanos (OEA) (1988), Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, 17 de noviembre.

388 Doyal L. Gough I (1991), A theory of human needs. Londres: Mc Millan. IMSS (2012), División de Información en Salud. México, D.F.

389 Sen A. (2002), ¿Por qué la equidad en salud?, en Rev. Panam. Salud Pública 11(5/6):302-309.

390 López O. y Blanco J. (2010ª), Avances y límites para hacer realidad el derecho a la protección de la salud en México. Cuadernos de Derecho y Ciencia. Derecho a la protección de la salud. 1(1):53-67.

391 Juan, Mercedes (2013), consultada el 3 de abril del 2013 en:

http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2013-04-02_6238.html,

392 Banco Mundial (2012), consultada el 3 de abril del 2013. En: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/annual_report_2012_sp?mode=window&backgroundColor=%23222 222.

393 Bonilla ME, Aguilera N. (2013), The Mexican Social protection System in Health. The World Bank, Washington D.C.

394 Secretaría de Salud (2011), Boletín de Información Estadística en Salud. México D.F. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2011 http: //www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/inforres2012.pdf, consultado el 10 de abril de 2013.

395 Bárcena, A. y Serra, N., editores (2012), Reforma Fiscal en América Latina. ¿Qué fiscalidad para qué desarrollo?, CEPAL, CIDOP, Santiago, Chile.

396 López O. y Blanco J. (2010b), Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En: Peña F. y Parra B. (Coord.) La medicina social en México. II. Globalización neoliberal, ALAMES-MX/Ed. Eón/ENAH, 55-64.

397 Ribe H, D Robalino, I Walker (2012), From right to reality: incentives labor market and the challenge of universal social protection in Latin America and the Caribbean. World Bank. Washington D.C.

398 Gutiérrez J (2013). Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. Salud Pública Méx, vol. 55(2): 153-154.

399 Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental, 26(4): 1-16.

400 Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E (2006). Treatment and adequacy on treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. American Journal of Psychiatry, 163(8), 1371-78.

401 Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M.E., Aparicio, V., Galván, J. (2013). Evaluación del Sistema de Salud Mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención de la salud mental? Revista Panamericana de Salud Pública, 33(4): 252-8.

402 Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. (1995) World mental health: problems and priorities in low-income countries. Oxford: Oxford University Press.

403 Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., López, E.K. y González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. Revista Mexicana de Psicología, 15(2): 177-185.

404 Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, M.C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychological Medicine, 35: 1773-1783.

405 Benjet, C., Borges, G. y Medina-Mora, M.E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. Journal of Psychiatric Research, 44: 732-740.

406 Organización Mundial de la Salud (2009). Financiación de la salud mental. Ginebra, OMS, versión al español. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental.

407 Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), (2013). Universalidad en los servicios de salud en México. Salud Pública Mex, 55:EE1-EE64.

408 World Health Organization (2003). Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package.

409 World Health Organization and WONCA (2008). Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO.

410 Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. British Journal of Psychiatry. 2007, 190:521-528.

411 Global Mental Health Group (2007). Scaling up services for mental disorders-a call for action. Lancet, 370:1241-1252.

412 Esperanza Delgado, Doroteo Mendoza, MEXFAM, "Necesidad de acceso a la planificación familiar como derecho humano fundamental", en Coalición por la Salud de las Mujeres, Todos los derechos para todas y todos: Diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en www.lacoalicion.org.mx

413 "AMIS: Seguridad Social Universal: Propuesta de colaboración del sector asegurador privado. Líneas estratégicas para el diálogo sectorial", Ciudad de México, AMIS. 2013.

414 OCDE – Estadísticas de Salud, "Total expenditure on health as % of GDP" & "Total expenditure on health per capita", www.oecd.org

415 CONAPO – Esperanza de Vida y Mortalidad Infantil por Entidad Federativa. 2005. www.conapo.gob.mx

416 G. Martínez, N. Aguilera, D. Chernichovsky – "The Mexican Healthcare System and the Emerging Paradigm in Modern Systems", Nov-2008.

417 OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.

418 Lobato LVCL, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. En: Gio-

vanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.107-140.

419 Giovanella L. Feo O. Faria M. Tobar S. (orgs.) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

420 Laurell AC. Acceso Universal: Sistemas Únicos vs Aseguramiento. In: Sistematizando Lecciones y Experiencias en la Construcción de Sistemas Únicos de Salud, Ministerio de Salud de Bolivia: La Paz; 2011.

421 Feo O. Repensando la Salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Maracay, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2003.

422 Almeida CM. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(4): 905-925.

423 Giovanella L. Feo O. Faria M. Tobar S. (orgs.) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

424 Roemer M. National health systems of the world. New York: Oxford University Press; 1991.

425 Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review.

426 OPS. Redes Integradas de Servicios de salud: El desafío de los hospitales. OPS Santiago de chile 2011.

Anexos

ANEXO 1. INDICADORES BÁSICOS Y TABLA COMPARATIVA DE PAÍSES

TABLA 15. INDICADORES BÁSICOS[clxx]

Indicadores demográficos							
País	Población (miles de personas)	Crecimiento poblacional anual	Tasa cruda de natalidad por mil habitantes	Tasa global de fecundidad hijos/mujer	Esperanza de vida al nacer		
					Total	Hombres	Mujeres
Chile *	17,423	0.9	14	1.8	79.3	76.2	82.4
Colombia *	47,551	1.3	18.9	2.3	74	70.4	77.7
España **	46,059	0.36	10.05	0.41	82.1	79.1	84.9
México *	116,147	1.1	18.5	2.4	77.2	74.8	79.6
Perú *	29,734	1.1	19.6	2.2	74.3	71.7	76.9

Indicadores de mortalidad			
País	Tasa de mortalidad infantil(1)	Tasa de mortalidad materna(2)	Tasa de mortalidad genera l(4)
Chile*	7.4	18.3	4.8
Colombia*	20.1	72.9	6.9
España**	3.23	6(3)	8.3
México*	14.1	51.5	6
Perú*	16	93	6.8

Indicadores de recurso, acceso y cobertura					
País	Médicos por 10 mil habitantes 2009	Enfermeras por 10 mil habitantes 2009	Camas hospitalarias por mil habitantes 2009	Gasto nacional en salud como % del PIB (2011).(5)	
				Público	Privado
Chile *	15.8	15.1	2	5	3.4
Colombia *	16.5	8	1.4	3.5	1.5
España ***	40	51	3.2	6.9	2.6
México *	22	25.4	1.7	3	3.1
Perú *	9.3	9.5	1.5	2.7	2.3

(1) Defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos; (2) Por 100,000 nacidos vivos; (3) Cifra para 2010. Banco Mundial; (4) Defunciones por mil habitantes; (5) Cifra para España correspondiente a 2010

clxx Fuente: * Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2012
** Instituto Nacional de Estadística. España
*** Banco Mundial. Datos para 2010

II. TABLA 16. CARACTERISTÍCAS DE 5 PAÍSES CON ESQUEMAS ESTRUCTURADOS O EN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD

Marco constitucional	
Definición expresa en las cartas magnas nacionales orientadas a la garantía de la protección de la salud de la población	
México	Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Artículo 4o. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.
Chile	Artículo 19. No. 9 El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;
Colombia	Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
Perú	Artículo 7°. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
España	Artículo 43. 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Marco regulatorio específico	
Disposiciones instrumentales de los marcos constitucionales, regulaciones particulares sobre cobertura universal y sus mecanismos de operación.	
México	Ley General de Salud Ley del IMSS Ley del ISSSTE Condiciones Generales de Trabajo PEMEX Regulaciones específicas para las Fuerzas Armadas
Chile	Ley No. 18.469. Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud Ley N°18.933. Crea la Superintendencia de instituciones de salud previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE Ley No. 19.966. El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente.
Colombia	Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Perú	Ley No. 26842. Ley General de Salud Ley No. 29344. Marco de Aseguramiento Universal en Salud
España	Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad. Ley 16/2003, del 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 33/2011, del 4 de octubre, General de Salud Pública

Marco programático / Políticas públicas específicas	
Enunciado específico en los instrumentos programáticos nacionales de los cuales se desprenden políticas públicas	
México	Plan Nacional de Desarrollo Programa Nacional de Salud (En proceso de integración) Programas Institucionales de Salud (En proceso de integración) Programas de Salud de las Entidades Federativas
Chile	Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 Estrategia Nacional de Salud 2011-2020
Colombia	Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Pacto social y mandato ciudadano Plan Nacional de Salud Pública
Perú	Plan Nacional Concertado de Salud
España	Además de ejercer como autoridad sanitaria, el departamento competente del gobierno autonómico es responsable de la regulación y la planificación estratégica (incluida la planificación de la atención sanitaria), mientras que el servicio de salud de cada región se encarga de la planificación operativa, la gestión de la red de servicios y la coordinación de la prestación sanitaria.

A n e x o s

Modelo de aseguramiento	
México	Sistema Mixto bajo dos modalidades: Público: Divide a la población en asegurada y no asegurada *La población con acceso a la seguridad social es aquella que cuenta con un empleo formal y es atendida, fundamentalmente por instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA. *La población que no tiene un empleo formal y que carece de un esquema de aseguramiento es atendida por la Secretaría de Salud, las Secretarías Estatales de Salud (Servicios Estatales de Salud) y el IMSS Oportunidades y proveedores diferentes en los Estados a través del financiamiento otorgado por el Seguro Popular. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) participa también en la atención a este núcleo de población. Privado: Población con o sin un esquema formal de empleo que obtiene la atención a la salud a través de seguros privados o directamente a través del gasto de bolsillo.
Chile	Sistema de aseguramiento mixto regulado bajo dos modalidades: Pública: Cubre al 80% de la población. Fondo Nacional de Salud de Chile. FONASA a través de: * Ministerio de Salud (MINSAL) y sus 29 organismos dependientes (entes descentralizados del Ministerio con función de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial. *Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) *A través del Sistema Municipal de Atención Primaria los beneficiarios de FONASA reciben la atención primaria de manera gratuita. Desarrolla esencialmente las acciones a través de cinco Programas: Salud del niño y el adolescente, Salud del Ambiente, Salud Materno perinatal, Salud del Adulto y odontológica y Programa de Laboratorios. *Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas *Fondo Nacional de Salud de Chile. FONASA. Divide a los incorporados en 4 categorías en función del nivel de ingreso (A-D) *Superintendencia de Salud *Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) Privada: Cubre al 17.5% de la población *Instituciones de Salud Previsional. (ISAPRE) *Seguros privados que administran las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que las eligen *Pagan a los centros respectivos por la atención primaria recibida. Gasto de Bolsillo: 5% de la población

Colombia	Sistema de salud mixto. La afiliación al sistema es obligatoria, bajo dos modalidades: Régimen Contributivo: Cubre al 39.4% de la población en 2010. Para este régimen se crearon intermediarias encargadas del aseguramiento y de la conformación de las redes prestadoras de servicios, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Incorpora a los asalariados, pensionados, así como a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. Régimen Subsidiario: Cubre al 51.4% de la población en 2010. Para este régimen se crearon intermediarias encargadas del aseguramiento y de la conformación de las redes prestadoras de servicios, denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Incorpora a todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por la Seguridad Social. La identificación de la población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Otros esquemas de seguridad social: Cubren al 4.9% de la población; es el caso del Magisterio, las fuerzas militares, la policía nacional, las universidades públicas y los trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos.
Perú	Sistema de salud mixto: Público: * Régimen contributivo directo: Corresponde a la seguridad social a través del Seguro Social en Salud (EsSalud) que atiende a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a los trabajadores informales a través de seguros potestativos (Según la ENAHO 18% de la población para 2009), así como los Servicios de las Fuerzas Armadas, adscrita al Ministerio de Defensa (Marina, Aviación y Ejercito), la Sanidad de la Policía militar, seguros universitarios y escolar privado (5.4% de la población). Cubren a los miembros de las corporaciones y sus familiares * Régimen contributivo indirecto o subsidiado: Ministerio de Salud (MINSA) y Gobiernos Regionales y Locales, ofrecen servicios de salud para la población no asegurada, a través del Seguro Integral de Salud (SISS, que cubría al 36.6% de la población en 2009). Privado: En el que se incorporan las EPS, aseguradoras privadas, clínicas privadas especializadas y no especializadas, entre otras. Gasto de Bolsillo: 40% de la población en 2009
España	De conformidad con lo establecido en la Constitución, los principios y criterios sustantivos que dan concreción al derecho a la protección a la salud de los ciudadanos españoles son: 1. Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicio sanitarios en el momento del uso. 2. Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos. 3. Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas. 4. Prestación de una atención integral de salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. 5. Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos de la Salud en el Sistema Nacional de Salud.

Esquema de financiamiento. Modelos de obtención y aplicación de recursos financieros para la salud / Identificación de sistemas de financiación / Mezcla público - privado	
México	Mixto. Público: * Seguridad Social: Se financia con aportaciones del Gobierno Federal (impuestos), aportaciones de los trabajadores y los empleadores (incluyendo al propio Estado) * Secretaría de Salud e IMSS Oportunidades: Financiadas con impuestos generales * Sistemas Estatales de Salud: Reciben recursos a través del mecanismo de redistribución de impuestos generales contenido en la Ley de Coordinación Fiscal a través del denominado Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA) conocido también como el Ramo 33. Adicionalmente reciben recursos de la Secretaría de Salud Federal a través de convenios de concertación de acciones para el logro de propósitos específicos pactados por las partes para la contribución al logro de país. En algunos casos reciben aportaciones específicas por parte de los Estados autorizados por los congresos locales. Reciben, adicionalmente, recursos del Seguro Popular en tanto se integran como proveedores de servicios para la población afiliada por éste. * Seguro Popular de Salud: Este seguro está financiado bajo un esquema tripartita con aportaciones 1) del Gobierno Federal, 2) de las entidades federativas y 3) contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica. * La Cuota Social (CS) por persona beneficiariaes equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario en el Distrito Federal. Se actualiza anualmente con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. La Aportación Solidaria Federal (ASF) por persona afiliada, equivale a 1.5 veces el monto de la Cuota Social. Se integra, además, una Aportación Solidaria Estatal. Un muy escaso porcentaje de personas participan con una cuota, que es anual y progresiva conforme a su nivel de ingreso familiar. Asimismo, el Seguro Popular cuenta con un mecanismo de reaseguramiento a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que financia la atención de enfermedades e intervenciones de alto costo. Privado: * Una proporción de alrededor del 3% del gasto en salud corresponde a la afiliación de población a algún seguro privado de gastos médicos. * El gasto no programado o gasto de bolsillo es casi del 48% del gasto total en salud
Chile	Mixto. Público: * FONASA: Recibe aporte fiscal, así como las cotizaciones de los trabajadores que lo eligen como seguro de salud, con dos modalidades de atención: 1. Atención institucional (establecimientos públicos en los que se paga de acuerdo al nivel de ingreso del beneficiario) 2. Libre elección. Prestadores privados a través del mecanismo de copago. Solo acceden los beneficiarios de mayores ingresos. Privado: * ISAPRE * Seguros privados que administran las cotizaciones obligatorias de quienes les eligen. Municipios: Para la provisión de servicios de atención primaria los municipios aportan en relación directa con sus ingresos y en proporción variable, a los centros de salud que ellos mismos administran.
Colombia	Mixto Régimen contributivo: Aporte conjunto, obrero (4%) y patronal (8.5%), de 12.5% del ingreso de los trabajadores asalariados y pensionados. Los trabajadores independientes deben pagar el total de la contribución que es del 12.5% de su ingreso. Los recursos se reúnen en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que redistribuye a las EPS y ARS según la cantidad de afiliados. Régimen subsidiado: Un y medio punto porcentual del régimen contributivo a través del FOSYGA. Recursos fiscales transferidos a los municipios vía la descentralización y los aportes que los municipios hacen de sus propios recursos.
Perú	Mixto: La Ley Marco de Aseguramiento Universal además de definir con claridad de las instituciones prestadoras de servicios de salud para la población, homogeneiza a las instituciones o subsectores vinculados a la cobertura como Administradoras de Fondos de Aseguramiento (AFA) en Salud y crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento con el fin de supervisar a las AFA Régimen contributivo directo: Se financia con una cuota del 9% del salario de los trabajadores activos y del 4% para el caso de los jubilados. Cuando el asegurado decide acceder a servicios mixtos, EsSalud y EPS, el financiamiento se distribuye en 6.75% para EsSalud y 2.25% para las EPS. Régimen contributivo indirecto o subsidiado: El Ministerio de Salud se financia a través de impuestos generales (79%), cuotas de recuperación (15%), así como de donaciones y transferencias (6%). El SIS es financiado hasta en un 94% con recursos del presupuesto general y el restante con donaciones y otras contribuciones. Privado: El financiamiento es a cargo de los usuarios, a través de esquemas de seguros y/o gasto de bolsillo
España	La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud. La asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral en España es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos e incluida en la financiación general de cada comunidad autónoma.

Políticas o procesos de instrumentación. Mecanismos de ejecución de estrategias para alcanzar la cobertura universal	
México	La seguridad social establece esquemas de aseguramiento completos que incorporan enfermedades, maternidad, invalidez, vida y riesgos de trabajo. Es importante destacar que los Gobiernos estatales y municipales proveen servicios de salud a sus trabajadores, bien a través de la creación de organismos creados específicamente para ello (como el caso del ISSSEMYM en el Estado de México) o a través de convenios específicos con instituciones públicas o privadas de salud. La población no asegurada tiene como principal mecanismo para garantizar la atención a la salud al Seguro Popular de Salud, creado a partir de la modificación en 2003 a la Ley General de Salud (Art 77 Bis). Los recursos del Seguro Popular se destinan a financiar: Prestación de servicios de salud contenidos en un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Incorpora 284 intervenciones 1. Salud pública vacunación para menores de 14 años (incluye edades de 0 a 14 años) 2. Vacunación adicional para adolescentes (mayores de 14 años) adultos y adultos mayores 3. Acciones preventivas 4. Atención ambulatoria consulta de medicina general/familiar 5. Consulta de especialidad 6. Odontología 7. Atención en urgencias 8. Atención en hospitalización 9. Acciones de cirugía general El tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo que se financian a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos de las siguientes categorías: 1. Cáncer cérvico-uterino 2. VIH/SIDA 3. Cuidados intensivos neonatales 4. Cataratas 5. Cáncer de niños y adolescentes 6. Trasplante de médula ósea 7. Cáncer de mama 8. Trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos Esta previsión presupuestal está destinada al desarrollo de infraestructura y equipamiento para atención primaria, así como las diferencias imprevistas en las demandas de servicios en los Estados. El Seguro Médico para una Nueva Generación: Incorpora a niños nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006. Ofrece atención completa e integral.

Chile	Plan AUGE (Ley No. 19.966) Fortalece la universalidad de acceso a prestaciones de salud, considerando que las variables que restringen el acceso real a las prestaciones son: oportunidad, calidad y financiamiento Las Garantías Explicitas son: Acceso: obligación de FONASA y las ISAPRE de asegurar las prestaciones de salud. Oportunidad en la atención: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. Calidad: otorgamiento de la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado. Protección financiera: contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones. La Ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones, 69 enfermedades incluidas hasta el 2012 y se prevé la incorporación de 11 más en 2013 (cáncer de vejiga, ovario, colon y óseo, además de la enfermedad maniaco-depresiva, la depresión adolescente, el glaucoma, el lupus, el trastorno cardíaco, el hipotiroidismo y la úlcera péptica). Cada tres años el MINSAL debe proponer una lista de patologías o condiciones por sus prestaciones asociadas para ser incorporadas al AUGE. El Ministerio de Hacienda los evalúa y expresa en términos de una "Prima Universal" ligada al crecimiento del producto geográfico bruto del país, propuesta que es validada, en su caso por un Consejo Consultivo que evalúa la factibilidad y conveniencia de la incorporación de patologías, previo a la firma conjunta por los ministerios de hacienda y salud.
Colombia	El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud -POS, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidente o maternidad. Tanto las EPS como las ARS ofrecen el Paquete Obligatorio de Salud, determinado por el CNSSS, captan de los afiliados sus contribuciones al sistema, reciben del FOSYGA una Unidad de Pago por Capitación por cada afiliado y cada persona de su grupo familiar (cónyuge e hijos menores de 25 años) y contratan con una red de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la entrega de servicios de salud a sus afiliados. El POS vigente, definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios y más de 730 medicamentos para la atención de cualquier condición de enfermedad o patología para usuarios de todas las edades. Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud. Los Hospitales se han ido transformando en entidades autónomas que venden sus servicios a las EPS y a las ARS. Existen cuotas moderadoras (regulan la utilización de los servicios y estimulan el uso racional) y copagos. Las personas identificadas en el nivel 1 del SISBEN están exentas del pago, de copago y de cuotas moderadoras.

Perú	La Ley Marco de Aseguramiento Universal prevé como principios del aseguramiento : • Solidaridad • Equidad • Universalidad • Justicia Social El eje de la universalización de los beneficios en salud es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que es la Lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como mínimo, son financiadas a todos los asegurados por las instancias aseguradoras, públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explícitas de calidad para todos los beneficiarios. Es una cartera de servicios profesional, recuperativa y rehabilitadora, basada en estudios técnicos de caga de enfermedad por región, en estudios de costo- efectividad y sustentada en estudios de costos uniforme, con estimaciones de corto y mediano plazo. Su definición inició en el 2009 y se consolidará en el 2014. El PEAS se estructuró en 2012 por 140 condiciones asegurables y que son susceptibles de ser financiadas mediante esquemas de aseguramiento. Se espera alcanzar 185 condiciones en el periodo de 2014 al 2016 y que los beneficios se extiendan al total de las regiones del país. Las condiciones asegurables, de conformidad con el plan de beneficios del PEAS se pueden agrupan en: • Población sana • Condiciones obstétricas y ginecológicas • Condiciones pediátricas • Condiciones neoplásicas (tumorales) • Condiciones transmisibles • Condiciones no transmisibles El Plan de beneficios del PEAS es el documento que define las prestaciones y garantías explícitas a ser brindadas en el aseguramiento universal y contiene: • Listado de condiciones • Listado de diagnósticos • Listado de garantías explícitas • Prestaciones a financiar
España	El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud, que es el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.

Política expresa orientada a la cobertura universal **Enunciados específicos de política pública orientados a la búsqueda de la cobertura universal**	
México	Modificación a la Ley General de Salud (Art 77 Bis) Seguro Popular de Salud Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gíneco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Artículo 77 bis 2.- Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título. Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal. Artículo 77 bis 3.- Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.
Chile	LEY N° 18.469 Publicada en el Diario Oficial de 23.11.85 ARTICULO 1°.- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse. ARTICULO 2°.- Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16 y 28. ARTICULO 3°.- Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República. ARTICULO 4°.- Se establece un Régimen de Prestaciones de Salud, denominado en adelante el Régimen, sujeto a las disposiciones de esta ley. Sus beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en esta ley en las condiciones que ella establece. Ley No. 19.966. El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios. Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan. Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes. Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.

Colombia	La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral con los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud. El concepto de aseguramiento se puede definir en la forma siguiente: Aseguramiento: Es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. (Salud, Pensiones, Riesgos profesionales). Estos seguros: 1. Buscan cubrir a toda la población, y no solamente a quienes tienen una relación laboral ya sea por contrato de trabajo formal o por prestación de servicios. 2. Pueden ser provistos por instituciones públicas o privadas, bajo la coordinación y regulación del Estado. 3. Los de salud y Riesgos pueden incorporar actividades de prevención
Perú	El lineamiento de política 3 del Plan Nacional Concertado de Salud de 2007, se denomina "Aseguramiento de la Cobertura Universal" y tiene como objetivo estratégico: lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad. Plantea: 1. Incrementar el aseguramiento a través del Seguro Integral de Salud a 11 millones de ciudadanos. 2. Afiliar al 80% de la población a un seguro de salud con cobertura de plan de salud. 3. Afiliar al 40% de la población independiente no asalariada a un seguro de salud con cobertura del plan garantizado. La Ley Marco de Aseguramiento Universal (Ley 29344), del 2008, tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud con el propósito de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Norma, además, el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. Por ello, la propuesta de aseguramiento universal pretende: 1. Extender la cobertura de los asegurados (Acceso). Reconociendo que hacia 2008 el 48% de la población carecía de algún tipo de protección. 2. Ampliar la cobertura de beneficios (protección financiera). A partir de la definición explícita de un plan obligatorio de beneficios en salud con cobertura de condiciones asegurables como mínimo por cualquier entidad aseguradora, atendido por distintos prestadores, denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). 3. Garantizar la calidad de la atención.

Funciones de Rectoría y Provisión de Servicios	
México	La Constitución define que la autoridad sanitaria nacional es el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General (encabezado por éste) y el Secretario de Salud. La rectoría del sector recae en la Secretaría de Salud, instancia del poder ejecutivo que se enfrenta, sin embrago a condiciones, fundamentalmente de índole legal, que restringen su quehacer. Las instituciones de seguridad social siguen un esquema vertical, centralizado y operan mecanismos específicos y casuísticos de coordinación entre sí y con las instancias de atención a población no derechohabiente. La Secretaría de Salud descentralizó a las entidades federativas a partir de mediados de los años 90 del siglo pasado, la tarea de prestación de servicios a la población de su responsabilidad, con lo que se crearon 32 Secretarías de Salud que apoyan la responsabilidad que como autoridad sanitaria local recae en la figura de los gobernadores. Sin embargo la creación de estas instancias genera, salvo en contadas excepciones la conjunción en una sola figura de las funciones de rectoría, financiación y prestación de servicios. Los municipios desarrollan acciones de salubridad local, no necesariamente vinculados en esquemas de trabajo planificados en conjunto con la autoridad estatal aunque son coadyuvantes en la tarea de prestación de servicios bajo modelos no siempre explícitos.
Chile	El Ministerio de Salud ejerce la conducción del Sector y define políticas, planes y normas de conformidad a la orientación del gobierno y de conformidad al Código Sanitario. Cinco organizaciones autónomas estructuran el sector: 1) El Sistema Nacional de Salud que comprende 29 servicios regionales que integran una red de hospitales y clínicas de segundo y tercer nivel. 2) El FONASA que reúne, administra y distribuye los recursos, 3) El Instituto de Salud Pública (ISP). Institución de referencia para los temas de salud pública. Supervisa los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos 4) Central de Abastecimiento (CENABAST). Instancia intermediaria en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS (regulador de mercado) 5) Superintendencia de Salud. Integrada por las superintendencias de Fondos y Seguros Provisionales de Salud (que fiscaliza las actividades de las ISAPRE, FONASA y el Régimen de garantías Explícitas) y la de Prestadores (vigila la actividad de prestadores públicos y privados). Por otra parte, el MINSAL regula y supervisa la provisión de servicios de atención de primer nivel que otorga el Sistema Municipal de Atención a la Salud.
Colombia	La función de dirección y regulación está en manos del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y de las administraciones territoriales (departamentos y municipios). "El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno nacional y del Ministerio de Salud. Los niveles territoriales (departamentos, distritos y municipios) tienen funciones de dirección y organización de los servicios de salud en sus respectivos ámbitos y deben responder por el Plan de Atención Básica. Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del FOSYGA). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S.

Perú	Según la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, ésta es la máxima autoridad sanitaria y el ente rector del Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Salud indica que el gobierno es el responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es responsabilidad compartida por individuos, sociedad y Estado. El sistema de salud está compuesto por 5 subsistemas que brindan servicios de salud: 1) Ministerio de Salud (MINSA). Ofrece servicios de salud para la población no asegurada. En el caso de Lima, el propio MINSA atiende a este núcleo de población. 2) Gobiernos Regionales y Locales. Ofrecen servicios de salud para la población no asegurada. 3) Seguro Social en Salud (EsSalud) Adscrito al Ministerio del Trabajo. Atiende a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a los trabajadores informales a través de seguros potestativos. 4) Servicios de las Fuerzas Armadas, adscrita al Ministerio de Defensa (Marina, Aviación y Ejercito), así como la Sanidad de la Policía militar. Cubren a los miembros de las corporaciones y sus familiares. 5)Sector Privado.
España	Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido competencias en materia sanitaria. Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias. La administración central del estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA -, la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. La asunción de competencias sanitarias por las comunidades autónomas aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza: equidad, calidad y participación.

Sistema de monitoreo y evaluación. Mecanismos establecidos para la valoración de los alcances e impactos de la cobertura universal	
México	A la par del proceso de integración del presupuesto con base en resultados, la administración pública aplica el Sistema de Evaluación del Desempeño, a través del cual monitorea los principales indicadores de resultados de los programas públicos, entre los cuales destacan los de salud. Por otra parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que permita mejorar la toma de decisiones en la materia. El CONEVAL tiene como funciones principales: 1. Normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y 2. Establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.
Chile	Existe un Sistema de Evaluación y Control de la Gestión dependiente de la Dirección de Presupuestos que tiene como función contribuir al mejoramiento de la eficiencia en la asignación y en el uso de los recursos públicos a los diferentes programas, proyectos e instituciones, propiciando además una mejor gestión de éstas y la transparencia en el uso de los recursos públicos y la rendición de cuentas.

Colombia	El Departamento Nacional de Planeación es el encargado de la preparación, del seguimiento de la ejecución y la evaluación de resultados de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector público. De acuerdo a lo establecido por el decreto 1832 de 2012, tiene entre sus principales funciones "Diseñar y organizar los sistemas de evaluación de resultados de la administración pública, y difundir los resultados de las evaluaciones tanto en lo relacionado con políticas como con proyectos de inversión."
Perú	La Resolución Ministerial 026-2013 del MINSA aprueba las metas e indicadores del desempeño, la obligación de su publicación en el portal de transparencia del ministerio, así como la realización del seguimiento y evaluación de los mismos. Estas acciones tienen como marco el Decreto Supremo no. 027-2007-PCM que establece en su artículo primero la condición rectora del Poder Ejecutivo para definir objetivos prioritarios y contenidos principales de política pública, así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión para lograr una adecuada prestación de servicios, a través de la Oficina de Planeamiento y Gestión Institucional de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Esta oficina depende del Viceministerio de Políticas y Evaluación Social.
España	La Agencia de Evaluación y Calidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas de España es un organismo público regulado por la Ley 28/2006 que tiene, entre otros, los siguientes objetivos: Promover la cultura de evaluación y de calidad de los servicios e impulsar su práctica en la gestión pública. Elaborar y proponer metodologías, realizar actividades de acreditación y certificación, en los términos previstos en el presente Estatuto, y fomentar la implantación de sistemas de información e indicadores, para la evaluación y la gestión de la calidad. Realizar trabajos de evaluación y análisis de políticas y programas públicos. Fomentar la mejora de la calidad de los servicios públicos como compromiso con la ciudadanía.

Transparencia gubernamental Modelos de rendición de cuentas a la sociedad	
México	El Instituto Federal de Acceso a la Información obliga a todas las instituciones públicas a la creación de portales de transparencia a través de los cuales los ciudadanos tienen posibilidad de solicitar toda la información pública disponible. Ha sido creado y opera de conformidad a lo establecido en la "Ley Federal de transparencia y acceso a la información Pública".
Chile	El Consejo para la Transparencia es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por la ley de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información del Administración del Estado.
Colombia	Proyecto de Ley número 156 de 2011 Senado, 228 de 2012 Cámara: "Por medio de la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones".
Perú	Ley No. 27806.- Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública.
España	El proyecto de La Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, cuyo Texto fue aprobado por el Consejo de Ministros el 27 de julio de 2012, es una pieza fundamental en el propósito de fortalecer las instituciones púbicas de salud y recuperar la confianza en éstas. Se encuentra en un proceso de consulta pública.

ANEXO 2. LISTADO DE PARTICIPANTES EN LOS FOROS

FORO AVANZANDO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EFECTIVA EQUITATIVA Y SOLIDARIA, CIESS 4 de Abril 2013

Raquel Abrantes
Romeo Adalid Martínez Cisneros
Nelly Aguilera Aburto
Raúl Anaya
Héctor Arreola Ornelas
Osvaldo Artaza Barrios
Frinne Azuara Yarzabal
Israel Banegas González
Shoshana Berenzon
Maureen Birmingham
Martha Caballero
Lucía Cárdenas
María Fernanda Casanueva
Juan Manuel Castro Albarrán
Florentino Castro López
Jesús Chávez Mayol
Hilda Dávila
Daniela Díaz
Luis Durán Arenas
Luis Rubén Durán Fontes
Francisco Zirahuen Garrido Latorre
Octavio Gómez Dantes
Leobardo Gómez Torres
María Luisa González Rétiz
Carlos Gracia Nava
Juan Pablo Gutiérrez Reyes
Esmeralda Gutiérrez Reyes
Antonio Heras
Alberto Hernánez Escorcia
Reynaldo Holder
Blanca Aurora Ibarra Delgado
Clara Juárez Ramírez
Silvia Loggia
Oliva López Arellano
Karla López Castañeda
Malaquías López Cervantes
Javier Lozano
Rafael Lozano Ascencio
Gabriel Manuell Lee
Alba Moguel Ancheita
Onofre Muñoz Hernández
Ciro Murayama Rendón
Francisco Zirahuen Neváez Carvajal
Héctor Peña Baca
Noel Pérez Benítez
Ricardo Pérez Cuevas
Ofelia Poblano Verastegui
Rodrigo Reina
Marcos Rodríguez
Miguel Rodríguez
Álvaro Salas
Raffaela Schiavon
Roberto Tapia Conyer
José Antonio Tapia Cruz
Carolina Tetelboin Henrion
Carlos Tena Tamayo
Manuel Urbina
Soledad Urrutia
Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Marcela Vázquez
Leticia SandraVega
Julio Siede

TALLER PARA HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD CIESS 05 de Abril 2013

Juana Eloisa Aguilar Romero
Héctor GerardoAguirre
José Luis Aké Sosa
Mayra Alarcón Cerón
Esperanza Elena Alatorre Martínez
Antonio Albarrán García
Oscar Alfaro Zebadua
Rosalinda Altamira Mendoza
Víctor Manuel Álvarez del Castillo Munguía
Alfredo Altamirano Martínez
Rubén Álvarez Gil
Ma. Elena Álvarez Lobato
Raúl Anaya
Martín Antonio Manrique
Heberto Arboleya Casanova
Sara Carmina Armenta Meneses
Carlos Javier Arnaiz Toledo
Carlos Agustín Arnaud Carreño
María del Rosario Arrazola Flores
Héctor Arreola
Osvaldo Artaza
Felipe Asís González
Rigoberto Astorga del Toro
Jorge Arturo Aviña Valencia
Ernesto Alonso Ayala López
Erick Azamar Cruz
María del Pilar Baeza Zamudio
César Javier Bañuelos Arzac
Pablo Barradas Canales
Alberto Bazan Soto
Luis Miguel Bedia Sánchez
Shoshana Berenzon
Francisco Javier Bermudez Alarcón
Hugo Bernal Toriz
Maureen Birmingham
Xochitl Gabriela Briseño Gómez
Hugo Caballero Novara
Julio Cacho
Fernando Francisco Calderón Juárez
Roberto Camara Ahijo
Miguel Camarillo Valencia
Gustavo Carbajal Aguilar
Octavio Carranza Bucio
Ramón Carvallo Herrada
Carlos Jesús Castañeda González
Miguel Ángel Castellanos Salgado
Rafael Castillo Arriaga
Alberto Moctezuma Castillo
Luis Antonio Castro Áviles
María Almendía Castro Macedo
Ernestina Castro Medrano
Marco Antonio Castro Velázquez
César A. Cedillo Domínguez
Miguel Ángel Célis López
Asunción Eugenia Cervantes Salgado
Máximo Chagoya
Rafael César Chávez Domínguez
Francisco Javier Cong Barreiro
Gabriel Cortez Verónica
Eduardo Covarrubias Iñiguez
Noemi Cruz Arredondo
Mauricio Cruz Sánchez
José Emmanuel Cruz Serafín
Berenice Cruz
Carlos Fredy Cuevas García
Marcela de Cossio
Hermilo de la Cruz Yañez
Juan Antonio de la Fuente Pineda
Marco Antonio de la Fuente Torres
Roberto del Valle Flores
Concepción Domínguez González
Luis Rubén Durán Fontes
Ernesto Durán Rivera
Jorge Elliot
Emilio Escobar Picazo
Pedro Mario Escudero de los Ríos
Carlos Enrique Espadas Villajuana
Pedro Espinosa Aguilar
Salvador Ilizaliturri Salinas
María de la Luz Iracheta Garez

José Alfonso Espinoza Gonzalez
Victor Manuel Estrada Salgado
Guillermo Fajardo Ortiz
Ana Laura Falcón Salinas
Patricia Flores Galicia
Marco Antonio Flores Pérez
Jesús Flores Robles
Vicente Enrique Flores Rodríguez
Juan Carlos Fuente Zuno
Irma Galicia Cabello
Juan Antonio Gallardo Faure
Felipe de Jesús García Hernández
Liliam Irasema García Pérez
Nestor García Prugue
Eduardo Garduño Cuenca
Enrique Garduño Salvador
Julio Garibaldi Zapatero
Martín Horacio Garrido Garduño
Ricardo Gaspar Escobar
Miroslava Godínez
Antonio Gómez Castro
Omar Gómez Cruz
Emeterio Leobardo Gómez Torres
José Jaime González Hernández
Luis Antonio González Ramos
Maria Luisa González Retiz
Saúl Guillen Navarro
Ma. De Lourdes Gutiérrez García
José Luis Gutiérrez Ledesma
Isauro Gutiérrez Vázquez
Gerardo Aureliano Gutiérrez Zavala
Enrique de Jesús Hanff Vázquez
Álvaro Hernández Martínez
Francisco Hernández Torres
José Miguel Hinojosa Lezama
Reynaldo Holder
Samuel G. Horta Mendoza
Luis Guillermo Ibarra Ibarra
Alejandro Ibarra Orozco
Héctor Murguía
Silvia Navarrete Calatayud
José Manuel Jiménez Arenas

José Alfredo Jiménez Douglas
Irma Jiménez Escobar
Juana Jiménez Sánchez
Juan López Mercedes
Oscar Antonio Jurado Espinal
Serbio Kelly Barraza
Jazmy Laborie Nassar
Gabriel Laguna
María del Rocio Lima Carcaño
Gustavo López Caballero
Manuel López Kneeland
Raúl López Roque
Manuel López
Sergio Lozada Andrade
Magdalena Ocampo
Idalid Márquez Villordo
Juan C. Martí
Luis Antonio Martínez Estrada
Antonio Martínez García
Francisco Javier Martínez García
Arizbeth Martínez García
Dina Martínez Mendoza
Miguel Ángel Martínez Pérez
Oscar Arturo Martínez Rodríguez
J. Guadalupe Maza de la Torre
Alejandro Méndez Pimentel
Gloria Isela Mendoza Frías
María de la Luz Mendoza Sologuren
Lindbergh Mendoza Villalobos
Mario Edgardo Meneses Mena
Magnolia Deniss Meza Falcón
Francisco Millán Velasco
Arturo Mompín Ramírez
Juan Arturo Montemayor
Ricardo Horacio Evaristo Montoya Pulido
Julio César Mora Pérez
Ana Hilda Morales Aranda
Guillermo Morales Martínez
Carlos G. Morris Garza
Yuritzi Zhizhiki Pacheco Chávez
Francisco Javier Padilla del Toro
Rafael Navarro Meneses

Francisco Navarro Reynoso
José Refugio Navarro Robles
Gabriela Navia Tapia
Isabel Nieves Venegas
César Antono Noyola Salazar
Miguel Ángel Ocaña Amaro
Anette Ochmann Ratsch
Fernando Ochoa Bernal
Ramón Ochoa Palomares
Lucy Ojeda Lara
Lucía Susana Orduña
Javier Oswaldo Ortega Hernández
Benjamín Ortega Romero
Eduardo Manuel Ortigosa Corona
Lorenzo Pacheco Bautista
Manuel Iván Rodríguez Aguirre
Alfonso Rodríguez Villegas
Jorge Rogelio Girón
Tomás Gabino Romero Palacios
Cristobal Ruíz Gaytán López
Sergio Ruiz Montero González
Sagrario Sánchez García
Rafael Sánchez Varela
Fredy Santiago Santiago
Carlos Lino Sosa Manzano
Mario Tafolla García
Mario Tenorio Pastrana
Norma Arcelia Tovar Zamora
José Humberto Uribe Téllez
Jorge Valencia Solano
Carlos Vásquez Noriega
Rafael Velázquez Barragán
Luis Miguel Vidal
Martha Villegas Jiménez
Rolf Herbert Willy Meiners y Huebner

Enrique Padilla Gutiérrez
Adrián Peña Sánchez
Alfredo Renan Peniche Quintana
Linda Natali Pérez Díaz
Mauricio Pichardo Cuevas
Donato Pineda Ocampo
Lizeth Michell Pintor Guzmán
Vicente Plata Melo
Julio C. Polanco García
Sandra Pulido Galván
José Bernabé Ramírez Cabrera
José Alejandro Ramos Rodríguez
David Arturo Revilla Macías
David Arturo Revilla Macías
Alejandro Robles Nucamendi
Justino de Jesús Rocha Márquez
Marco Anibal Rodríguez Vargas
José Rogel Romero
Juan Carlos Rolon Díaz
Bonifacio Rugerio Escobar
Cristobal Ruiz
Héctor Ignacio Sánchez Peña
Javier Santacruz Varela
Juan Carlos Sauceda Jiménez
Verónica Sosa Delgado Pastor
Gilberto Tena Alavez
Ernesto de la Torre Vega
Cristina Uptón Alvarado
Soledad Urrutia
Celia Valerzo
Vitelo Velasco Murillo
Santiago Alberto Vértiz Flores
Américo Villarreal Anaya
Martín Viveros Alcaraz
Jaime Zaldivar Cervera

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

9 789275 317860