

SALUD PARA TODOS: ¿QUÉ TAN LEJOS ESTÁ MÉXICO DE LOGRARLO?



SALUD PARA TODOS: ¿QUÉ TAN LEJOS ESTÁ MÉXICO DE LOGRARLO?



Fátima Masse | @Fatima_Masse
Coordinadora de proyectos, IMCO



Mariana Olvera | @Mariana_Olza
Investigadora, IMCO

- El cambio del Seguro Popular al nuevo Instituto Nacional en Salud para el Bienestar (Insabi) no resuelve las desigualdades que genera el sistema de salud mexicano, pues se mantendrá fragmentado y con recursos repartidos de forma heterogénea.
- El presupuesto y las reservas financieras en salud son insuficientes para alcanzar el número de personal e infraestructura que tienen los países avanzados. En esencia, un mayor número de médicas, enfermeros¹ y clínicas no garantiza el aumento en la calidad de vida de los pacientes, ni la reducción en las tasas de mortalidad en todos los estados.
- Una cobertura ilimitada de enfermedades catastróficas, para una población que está envejeciendo, sin la planeación financiera necesaria, implica que muchos pacientes no accederán a tratamientos por falta de recursos.
- El IMCO propone presentar un plan financiero, transparentando los tratamientos que cubrirá el Insabi, de inicio, y los planes para aumentar su cobertura.

Todos los mexicanos soñamos con un sistema de salud como el de Suecia, Canadá o Inglaterra, que nos dé la tranquilidad de que al enfermarnos tendremos acceso a un buen tratamiento médico, sin tener que vender nuestra casa, renunciar a la posibilidad de estudiar o, en el peor de los casos, caer en la pobreza.

“En tres años, el sistema de salud de México será como los países nórdicos, en el que todos tendrán acceso a servicio médico y medicamentos de calidad gratuitos” dijo el presidente Andrés Manuel López Obrador.² Este objetivo hace referencia a la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.”³

Para alcanzar esta meta, es necesario ir más allá de la simple afiliación a los servicios. En el contexto mexicano, esto implica que toda la población pueda obtener atención sin importar su condición laboral o ubicación geográfica. Dado que el presupuesto público es limitado y hay otras urgencias, también es necesario determinar qué intervenciones estarán cubiertas para todos y cuál es el nivel de protección financiera que se podrá ofrecer. El reto no es menor por el diseño fragmentado y diferenciado de nuestro sistema.

Los sistemas de salud, como el cuerpo humano, son sistemas complejos, que responden a contextos específicos. Por ello, es difícil clasificarlos y compararlos. No obstante, es posible analizarlos con base en sus funciones para detectar oportunidades de mejora.

El objetivo de este capítulo es comparar los cuatro tipos de sistemas en el mundo, así como el financiamiento, la prestación de servicios y los recursos humanos disponibles en México con los de otros países. Con base en este análisis, se deduce que la iniciativa de reforma del sector salud no cambia por completo el diseño del sistema y requiere mayor financiamiento y capital (físico y humano) distribuido de forma estratégica para lograr una cobertura universal de forma equitativa.

TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

La historia de un sistema de salud influye en su funcionamiento actual y, en parte, explica la dificultad para enfrentar sus retos.⁴ Este capítulo es muy corto para narrar la historia completa de los mejores sistemas de salud y el de México. Sin embargo, es

1 Este lenguaje genérico reconoce que ambas profesiones no están limitadas por el género.

2 Jannet López Ponce, “El sistema de salud será como el de Suecia o Canadá, reitera AMLO”, *Milenio*, (2019), <https://www.milenio.com/politica/amlo-reitera-compromiso-anos-sistema-salud-nordico> (Consultado el 18/06/2019).

3 Temas de Salud, “Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas”, OMS, <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

4 En inglés, este concepto se denomina *path-dependency*.

posible hablar de cuatro modelos básicos que generalmente se asocian a su origen:⁵

- **Beveridge:** el Estado se encarga de la prestación de servicios y los paga con impuestos generales. Se asume que el acceso a la salud es un derecho humano, por lo que no hay diferencias en el tipo de servicios cubiertos. Nació en Gran Bretaña, y se observa en España, los países escandinavos y Nueva Zelanda.
- **Bismarck:** instituciones sin fines de lucro proveen los servicios de salud, con un financiamiento conjunto del gobierno, empleadores y empleados. Hay varios pagadores y los servicios son privados. Los beneficios se asocian al estatus laboral. Nació en Alemania, pero también se encuentra en Japón, Bélgica y Suiza.
- **Seguro médico nacional:** combina aspectos de los primeros dos. Como en el modelo Beveridge, el gobierno actúa como un solo pagador y el seguro cubre la mayoría de los procedimientos. Como en el modelo Bismarck, la prestación de servicios suele ser privada. Este es el caso de Canadá, Taiwán y Corea.
- **Privado:** prevalece en países donde no se han desarrollado sistemas masivos. En él, básicamente el acceso a los servicios está determinado por la capacidad de pago. En Estados Unidos prevalecía este modelo hasta antes de la creación del *Affordable Care Act*.

La principal diferencia entre modelos es el tipo de financiamiento y la elegibilidad, es decir, las personas que tienen acceso a los servicios. Destacan tres implicaciones de esta categorización. 1) Hay ejemplos de países con acceso universal en los tres primeros modelos. 2) La mayoría de los países tienen un grado de combinación de estos modelos, es difícil encontrar casos puros. 3) Cambiar la inercia con la que se formaron los sistemas de salud requiere de cambios en la normatividad, en la relación que tienen las instituciones y sus trabajadores, así como una inversión alta de capital político, por nombrar algunos elementos. Por esto, aunque las reformas en salud son posibles, suelen tomar muchos años, incluso cuando hay voluntad política para ejecutarlas.⁶

Las instituciones de salud de cada país responden a contextos particulares. Por ejemplo, Japón y España son de los países con mayor esperanza de vida en el mundo, pero Japón tiene un sistema tipo Bismarck, donde por ley los hospitales se deben administrar como organizaciones sin fines de lucro, mientras que en España hay un sistema de salud socializado con hospitales públicos y privados. Por ello, es muy difícil clasificar a los diferentes sistemas o hacer comparaciones uno a uno.⁷

Hasta 2010, el sistema de salud mexicano se consideraba un sistema privado puesto que más del 50% del gasto total en salud era privado⁸. Actualmente, se puede decir que es un sistema mixto formado por tres grandes subsistemas: uno para quienes tienen acceso a la seguridad social que sigue el modelo Bismarck, otro para la población sin seguridad social que sigue el modelo Beveridge y otro privado, que en términos de gasto es casi tan importante como los otros dos juntos. Destaca que en los subsistemas públicos las funciones están verticalmente integradas. Es decir, el Gobierno administra, financia, recauda las cuotas de la seguridad social y presta los servicios (cosa que difiere del modelo Bismarck tradicional).⁹

Decir que en el corto plazo nuestro sistema de salud será como el de Suecia, el de Canadá o el de Inglaterra puede ser engañoso por la forma en que los sistemas están estructurados. Lo que es posible decir es que el objetivo es lograr resultados en salud similares a los de los sistemas más avanzados (por ejemplo, en esperanza de vida, gasto de bolsillo o calidad en los servicios), y evaluar si la ruta que plantea este Gobierno para llegar a estos objetivos es adecuada, considerando el financiamiento, la prestación de servicios y los recursos disponibles.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento es crucial para la cobertura universal. Éste debe ser sostenible para garantizar que los que necesitan medicamentos, consultas o procedimientos, los obtengan sin costo en el punto de servicio. También debe cubrir actividades de promoción de la salud, prevención, detección temprana y rehabilitación. La manera en que se obtengan y asignen recursos para convertirse en servicios, tendrá implicaciones sobre la equidad (buscando solidaridad, por ejemplo, entre sanos y enfermos), la eficacia (por ejemplo, que logren un impacto positivo en la salud) y la eficiencia (evitar desperdicios o recursos ociosos) del sistema de salud.

En países avanzados, los habitantes pagan por adelantado los servicios a través de dos vías: impuestos generales (como en el modelo Beveridge) o contribuciones para la seguridad social (como en el modelo Bismarck). En México, coexisten ambos

5 Mimi Chung, "Health Care Reform: Learning from Other Major Health Care Systems", *PPHR*, (2017), <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (Consultado el 10/06/2019).

6 David Wilsford, "Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way", *Journal of Public Policy* 14, no.3 (1994), 251-283, <https://www.jstor.org/stable/4007528?read-now=1&seq=2#page> (Consultado el 18/06/2019).

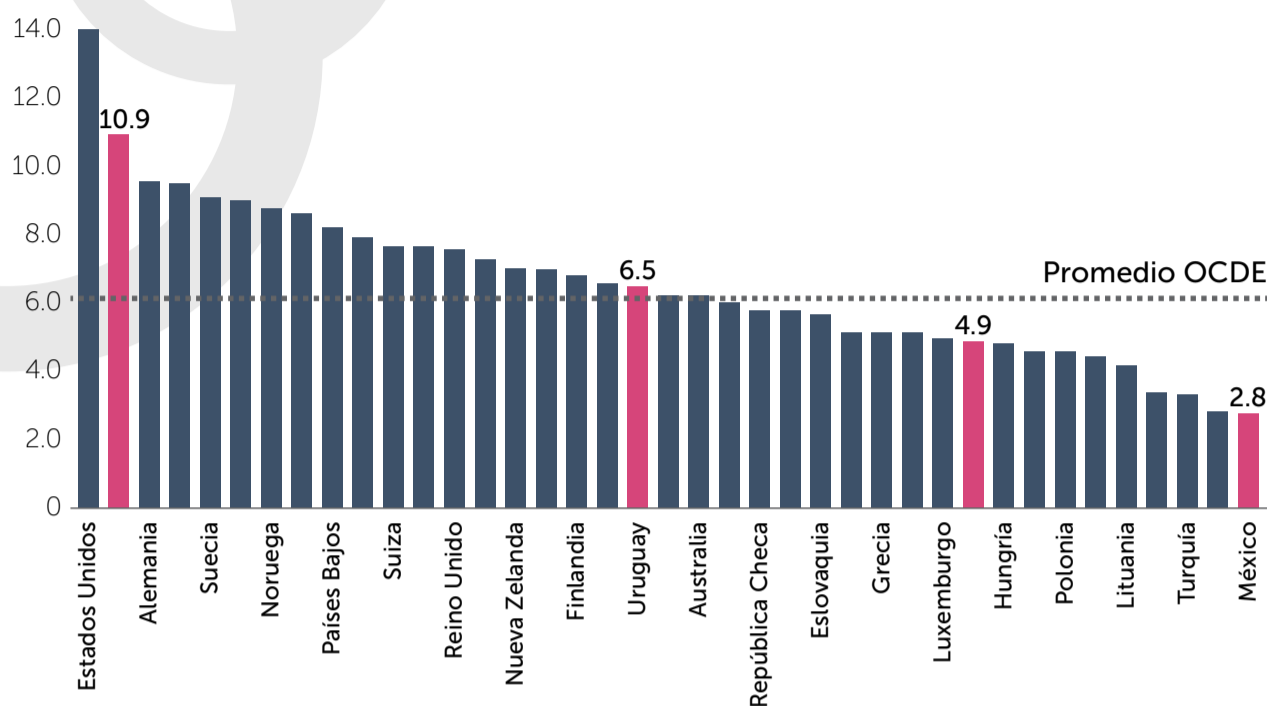
7 Las tipologías de los sistemas de salud han evolucionado con el tiempo. La que aquí se presenta se enfoca en el origen. Sin embargo, existe un número importante de estudios que clasifica a los sistemas de salud por diferentes características, como mezcla de instituciones público-privadas para prestación de servicios, elegibilidad y tipo de financiamiento, entre otros. Algunos de estos estudios son: Frenk y Donabedian, 1987; Bureau, Blank y Pavolini, 2015; Reibling y Wendt, 2019.

8 OCDE Data, "Health expenditure and financing 1999- 2017", OCDE, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#> (Consultado el 09/10/2019).

9 María E. Bonilla y Nelly Aguilera, *The Mexican Social Protection System in Health* (Washington DC.: World Bank, 2013), 3, <http://documents.worldbank.org/curated/en/960791468045021860/The-Mexican-social-protection-system-in-health> (Consultado el 18/06/2019).

tipos de financiamiento público para cubrir casi el 52% del gasto total en salud. No obstante, el bajo nivel de gasto público que tiene nuestro país, en comparación con economías avanzadas y pares (ver Gráfica 1), se refleja en un gasto privado del 48% del gasto total en salud, del cual un 85% corresponde a gasto de bolsillo (o sea el 41% del gasto total en salud).¹⁰

Gráfica 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB para diferentes países (2017)



Fuente: Elaborado por el IMCO con datos de la OCDE y el Banco Mundial.

Nota: Los datos de Cuba, Uruguay y China se obtuvieron de la base de datos del Banco Mundial.

El Centro de Investigación Económica y Presupuestal A.C. (CIEP) estima que México podría cubrir de forma universal un paquete de 13 servicios esenciales¹¹ si el gasto público ascendiera a 3.7% del PIB.¹² No incluye los costos de atención de las enfermedades más atendidas en México, como infecciones respiratorias agudas o intestinales, ni gastos de infraestructura o contratación de personal. Esto implica que el gasto público debe aumentar al menos un punto porcentual, tal y como lo prometió el presidente López Obrador, para lograr tener cobertura universal solo en ciertos padecimientos.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En México, hay prestadores públicos y privados (ver Figura 1). En el sector público hay dos sistemas. Uno es el de seguridad social, donde los sistemas están centralizados y la prestación la ofrecen clínicas y hospitales de cada institución. Otro es el sistema para población sin seguridad social, financiado por el Sistema de Protección Social en Salud -cuyo brazo operativo es el Seguro Popular- donde los servicios hoy están descentralizados, en manos de los Gobiernos estatales. Algunos servicios públicos son subrogados (contratados a privados) como las pruebas de laboratorio o el uso de tomógrafos¹³. En el sector privado hay médicas auto empleadas, una red de consultorios adyacentes a farmacia (CAF), y hospitales que concentran el 28% de las camas censables totales¹⁴.

10 OCDE Data, "Health spending (gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud) 2017", OCDE, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

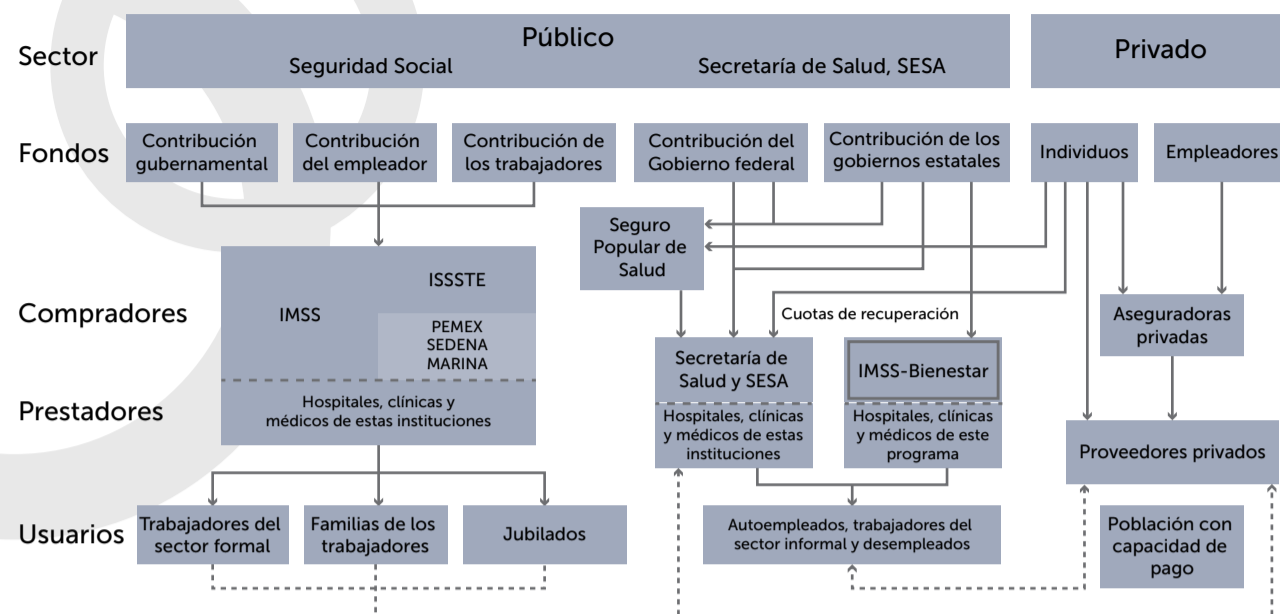
11 Incluyen métodos anticonceptivos, cuidados prenatales, vacuna pentavalente, neumonía, tuberculosis, VIH, paludismo, hipertensión, diabetes, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y depresión.

12 El costo total de las 13 intervenciones equivale al 4.6% del PIB. Sin embargo, de acuerdo a recomendaciones internacionales la composición del gasto debería ser un 80% público y un 20% privado. Por ello, el gasto público debería ser de 3.7 puntos porcentuales.

13 CompraNet Contratos, "Contratos 2016- 2019", CompraNet, <https://sites.google.com/site/cnetuc/contrataciones>

14 Cálculo de los Registros Administrativos del Inegi (2018).

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México

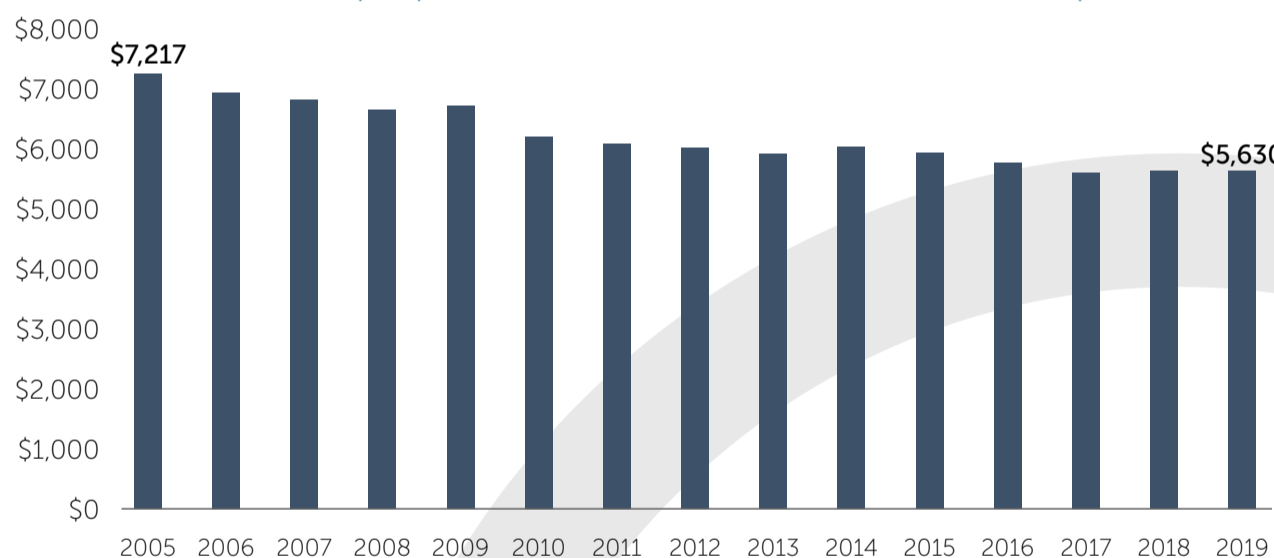


Fuente: Elaborado por el IMCO con información de Octavio Gómez-Dantes, et al., 2011¹⁵.

Nota: Esta estructura no contempla los cambios propuestos para el Seguro Popular, pues al cierre de esta edición no se habían aprobado los cambios a la Ley General de Salud.

La creación del Seguro Popular fue un paso en la búsqueda de cobertura universal. El objetivo era que la mayoría de los mexicanos tuvieran protección financiera para gastos en salud. Sin embargo, con este programa la afiliación ha crecido más rápido que el presupuesto, provocando que el gasto público per cápita haya caído un 22% entre 2005 y 2019 (ver Gráfica 2). Esto se ha traducido en largos tiempos de espera, escasez de medicamentos y deterioro de la percepción de calidad¹⁶.

Gráfica 2. Gasto federal por persona con acceso a instituciones de salud (pesos constantes)



Fuente: Elaborado por el IMCO con datos del Presupuesto de Egresos de Federación y el Coneval.

Nota: No se hacen diferencias por tipo de afiliación. Se dividió el presupuesto en la función salud entre el número de personas con acceso a instituciones de salud. El último dato de acceso a servicios de salud se levantó en 2016. Se asume que este dato no cambia entre 2016 y 2019.

Bajo el supuesto de que el diseño del Seguro Popular provoca diferencias en salud, el 3 de julio Morena envió una iniciativa a la Cámara de Diputados para implementar cambios en el sector.¹⁷ De aprobarse, la apuesta será transformar el sistema de salud mexicano en uno parecido al seguro médico nacional, donde el gobierno sea el único pagador. No obstante, no es claro qué niveles de gobierno prestarán los servicios de quienes no tienen seguridad social. A continuación, se enlistan los puntos más relevantes de la iniciativa:

15 Octavio Gómez-Dantes et al., "Sistema de Salud en México", *Salud Pública de México* 53, supl. 2, (2011), <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf> (Consultado el 08/10/2019).

16 IMCO, *Pequeños pasos para Transformar el Sector Salud* (Ciudad de México: IMCO, 2018), <https://imco.org.mx/temas/pequenos-pasos-transformar-al-sistema-salud/> (Consultado el 18/06/2019).

17 Gaceta Parlamentaria, "Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de las Leyes General de Salud, de Coordinación Fiscal, y de los Institutos Nacionales de Salud del miércoles 3 de julio de 2019", *Gaceta Parlamentaria*, año XXII, no. 5314, <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/64/2019/jul/20190708.html#Iniciativa18> (Consultado el 06/08/2019).

- Sustitución del Seguro Popular por el **Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi)** que se hará cargo de las unidades médicas locales¹⁸, aplicará el programa IMSS-Bienestar y concentrará la adquisición de insumos.
- **Eliminación de la regla para distribuir recursos federales** entre las entidades y de la fórmula para estimar la aportación de recursos estatales.
- Ajustes en el mecanismo financiero para cubrir enfermedades catastróficas, picos de demanda y falta de infraestructura (bajo el nuevo nombre de **Fondo para la Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos**).

Al momento de preparar este capítulo, no es claro cómo se implementará el Insabi, cuáles serán los detalles en los convenios que firme la Federación con los estados, ni cómo se distribuirán los recursos federales. Sin embargo, con la centralización se abre la posibilidad de mejorar la rectoría de los servicios dirigidos a la población sin seguridad social. A pesar de ello, no se corrigen tres fuentes de desigualdad: el uso transparente de recursos, la fragmentación y las diferencias en recursos.

Transparencia. Una de las críticas del gobierno actual es que el Seguro Popular se ha prestado a fraudes y opacidad. No obstante, la iniciativa no incorpora mecanismos adicionales de transparencia para garantizar el uso del presupuesto en servicios de salud. Además, eliminar la regla para distribuir recursos federales permite que haya discrecionalidad para beneficiar a ciertas entidades. Si no es claro cuánto deben aportar las entidades, es posible que se generen incentivos para que éstas aporten una cantidad mínima de recursos propios.

Fragmentación. El sistema seguirá fragmentado. El Insabi no financiará desde el principio todos los padecimientos, como lo hacen el IMSS y el ISSSTE. El artículo 77 bis 1 de la iniciativa dice que "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, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención, así como a los medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud". También dice que el reglamento deberá definir los criterios para los alcances y progresividad de la prestación gratuita. Por ejemplo, se desconoce si el Insabi cubrirá fallas renales o todos los tipos de cáncer.

Recursos. De inicio, cada subsistema mantendrá diferentes niveles de recursos disponibles que podrían continuar las disparidades en la atención (ver Tabla 1). Aunque el Seguro Popular es el que tiene las mayores tasas de recursos, no es posible medir y comparar la calidad de los servicios en cada entidad. Esto se suma a un fenómeno de concentración de recursos, que se describe en la siguiente sección, y que muestra que la mayoría del personal especializado se ubica en la Ciudad de México (CDMX).

Tabla 1. Tasa de insumos por 10 mil derechohabientes, para cuatro subsistemas de salud

Insumos	IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	IMSS-Bienestar
Médicas generales	3.5	4.2	7.0	2.7
Médicas especialistas	6.9	9.3	8.1	0.6
Enfermeros	18.6	19.8	29.1	10.3
Camas Censables	6.0	5.1	7.3	2.0

Fuente: Elaborado por el IMCO con datos de la Secretaría de Salud, 2017.

Nota: Para el Seguro Popular solo se consideran los insumos de la Secretaría de Salud.

Seis ex secretarios de salud criticaron esta iniciativa de ley, en parte por el riesgo que representa regularizar la situación laboral de 80 mil médicas con recursos del mecanismo financiero para atender enfermedades catastróficas, el cual ha evitado el empobrecimiento de más de 300 mil familias afectadas. Para entender de dónde viene esta crítica, se debe describir el mecanismo financiero.

En la arquitectura original del Seguro Popular, se creó el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud para administrar el Fondo para la Protección de Gastos Catastróficos y el Fondo de Previsión Presupuestal. El primer fondo tiene el objetivo de financiar el tratamiento de enfermedades de alta especialidad (por ejemplo, VIH o cáncer cervicouterino). El segundo fondo tiene dos objetivos: 1) cubrir diferencias imprevistas de demanda por alguna emergencia epidemiológica y 2) financiar infraestructura médica de atención primaria y de especialidades básicas. En las reglas de operación del Fideicomiso, hay una subcuenta para cada uno de estos objetivos. Sin embargo, en la iniciativa de ley se pretende juntar estos tres objetivos en un solo fondo denominado el **Fondo para la Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos**. Si desaparecen las subcuentas, surge el riesgo de destinar una cantidad menor al tratamiento de enfermedades catastróficas y esto podría afectar desproporcionadamente a las familias más pobres. Si se aprueba la iniciativa, no se podrá dimensionar este riesgo hasta que se aprueben las reglas de operación del nuevo fondo.

18 Para esto se deberá firmar un convenio entre las entidades interesadas y la Federación. Según la iniciativa, las entidades seguirán recibiendo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA del Ramo 33) y del Ramo 12 que les corresponden.

RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

México es el miembro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con la menor tasa de médicas y enfermeros, incluso por debajo de países similares como Chile¹⁹. A pesar de ello, con los datos que publica la Secretaría de Salud, nuestro país alcanza el estándar mínimo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cumplir con los ODS en países de ingreso medio alto²⁰.

Las estadísticas de salud son deficientes²¹ y no coinciden con las cifras de médicas que presentó el presidente en la conferencia matutina del 13 de julio de 2018. Sin embargo, con datos de la Secretaría de Salud es posible identificar que el personal de salud en el sector público no se distribuye de forma homogénea al interior del país. Por ejemplo, 23 de las entidades no cumplieron con el estándar de enfermeros (tres por cada mil habitantes).

Para dimensionar los costos y requerimientos de personal se construyeron tres escenarios, asumiendo que uno de los objetivos del Gobierno federal es reducir brechas estatales en el sector público: 1) Todas las entidades cumplen con el estándar de la OMS²², 2) Todas las entidades tienen tasas por cada mil habitantes equiparables con las de la CDMX²³ y 3) todas las entidades alcanzan el promedio de la OCDE.

Tabla 2. Suma nacional del déficit de personal y los costos de nómina para emparejar e incrementar el capital humano en las entidades (2017)

	Todas las entidades cumplen mínimo que sugiere la OMS	Todas las entidades con niveles similares al de la CDMX	Todas las entidades con niveles similares al promedio de la OCDE
Médicas generales	Sin cambios	28,458	24,573
Médicas especialistas	Redistribución de 2,315	255,380	138,467
Enfermeros	16,692	389,743	733,653
Nómina adicional médicas generales	Sin cambios	\$11,471,883,941	\$9,905,762,246
Nómina adicional médicas especialistas	\$0	\$120,930,180,374	\$65,568,356,904
Nómina adicional enfermeros	\$4,250,675,458	\$99,249,114,358	\$186,827,020,800
Costo total al año	\$4,250,675,458	\$231,651,178,674	\$262,301,139,950

Fuente: Elaborado por el IMCO con datos de la OMS, 2016, la OCDE, 2017, y la Secretaría de Salud, 2017.

Notas: (1) No se consideran costos para reubicar personal. (2) Se asume que todo el personal de salud que reportó la Secretaría de Salud para 2017 tiene base, pues no es posible distinguir los tipos de contratación. (3) Los salarios se obtuvieron del Tabulador de la Secretaría de Salud²⁴, y se usó el salario bruto más bajo de cada categoría, multiplicado por 12. (5) Valores monetarios en pesos de 2017. (6) En médicas generales también se incluyen pasantes, en médicas especialistas se cuenta a los residentes.

Bajo los supuestos de este cálculo (Tabla 2), los costos adicionales para que todas las entidades tengan una plantilla de personal similar a la CDMX serían de 231 mil 651 millones de pesos, lo que representa un incremento del 41% del presupuesto 2019 para la función salud. En diciembre de 2018, el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (el mecanismo financiero del Seguro Popular) contaba con un monto disponible de casi 93 mil millones de pesos.²⁵ Incluso si se destinara la totalidad de sus recursos para contratar más personal, no alcanzaría para tener una plantilla de médicas y enfermeros parecida a la de países avanzados y pondría en riesgo a los pacientes más pobres que hoy reciben tratamientos costosos de esa fuente.

En camas de hospital las disparidades son similares a las que se observan en capital humano y subsanarlas requiere de una inversión considerable (ver Tabla 3). Por su parte, aunque los medicamentos son clave para el tratamiento de enfermedades, hoy no hay datos para identificar la magnitud de las brechas.

19 OCDE Health Status, "Care Resources 2017", OCDE, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

20 OMS, *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals* (Ginebra: WHO Document Production Services, 2016), 6, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-?sequence=1> (Consultado el 06/08/2019).

21 Fátima Masse e Ivania Mazari, "Enfermar y Morir en México", en *Índice de Competitividad Estatal 2018* (Ciudad de México: IMCO, 2018), <https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2018/11/05.-Enfermar-y-morir-en-Me%CC%81xico.pdf> (Consultado el 18/06/2019).

22 Con base en la estimación de la OMS (2016), se calculó la densidad de médicas y enfermeros para los países de ingresos medio alto. Para separar la tasa de médicas entre generales y especialistas, se calculó una relación dos a uno.

23 GBD 2016 contributors, "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations", *The Lancet* 391, no. 10136, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30994-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30994-2/fulltext) (Consultado el 09/10/2019). La CDMX no solo tiene la mayor concentración de recursos, sino también es la entidad con el segundo mejor desempeño en el HAQ.

24 SSA, Tabulador de sueldos de las ramas médica, paramédica y grupos afines, mayo 2018, http://www.dgrh.salud.gob.mx/Servicios/TABULADOR_2018.pdf (Consultado el 06/08/2019)

25 SHCP, Información sobre Fideicomisos, Mandatos y Análogos que No Son Entidades, con Registro Vigente al 31 de diciembre de 2018.

Tabla 3. Suma del déficit de camas censables para emparejar e incrementar la infraestructura en las entidades (2017)

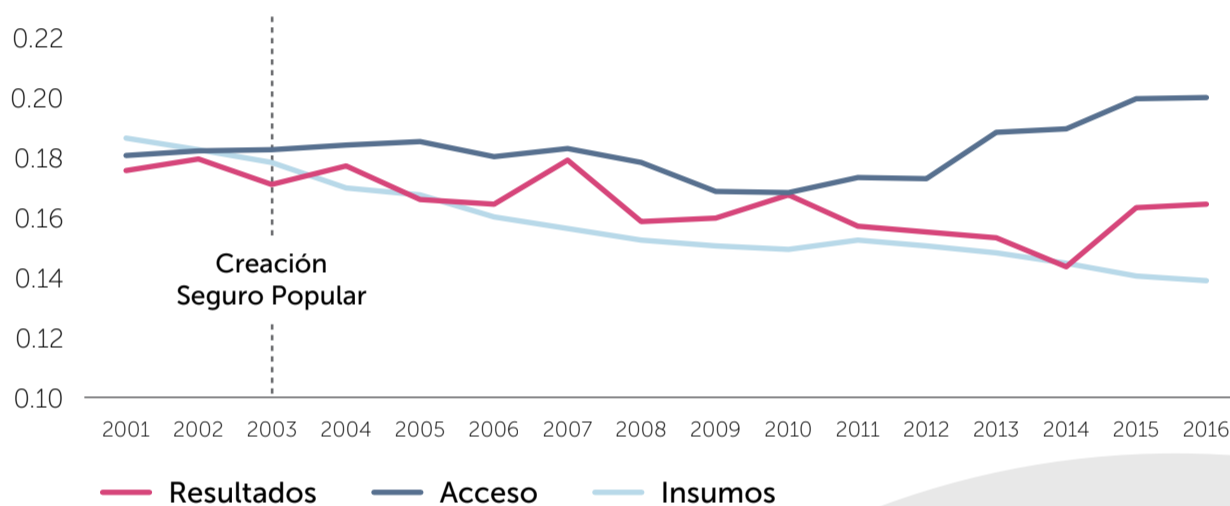
	Todas las entidades con el nivel de Nuevo León	Todas las entidades con el nivel de CDMX	Todas las entidades con el nivel promedio de la OCDE
Número de camas	6,982	122,794	276,838
% del total de camas en 2017	8%	138%	311%

Fuente: Elaborado por el IMCO con estimaciones basadas en los datos de la Secretaría de Salud, 2017.

Notas: (1) Como primer escenario se tomó el nivel de camas de Nuevo León, que es la entidad con mejor desempeño en el Índice de Acceso y Calidad a los Servicios de Salud del GBD. (2) No se incluyen costos, ya que depende de la infraestructura en cada estado. Es necesario revisar la capacidad de las unidades médicas actuales, para elaborar un plan de mejora e incremento en la medida de lo posible.

La Figura 4 muestra las diferencias estatales en tres variables del sistema de salud: acceso efectivo a instituciones de salud, insumos (infraestructura y personal) y resultados (diferentes tasas de mortalidad y embarazos adolescentes). Se observa que a raíz de la creación del Seguro Popular se disminuyeron las disparidades estatales en insumos. No obstante, desde 2010 esto dejó de asociarse con menores brechas de acceso efectivo en salud o diferencias en mortalidad. Una hipótesis podría ser que los resultados y el acceso dependen de la eficiencia del personal, decisiones estratégicas respecto a la oferta de servicios y la disponibilidad de medicamentos. Por ello, si bien emparejar la cantidad de personal e infraestructura es deseable, no garantiza mejores resultados en salud.

Gráfica 3. Coeficientes de Gini para acceso, insumos y resultados en salud



Fuente: Elaborado por el IMCO, calculado con datos del Índice de Competitividad Estatal, 2018.

Nota: Se construyeron coeficientes de Gini para el sector con indicadores del Índice de Competitividad Estatal 2018. Resultados incluye: mortalidad infantil por enfermedades respiratorias, suicidios, mortalidad por diabetes y enfermedades hipertensivas, mortalidad infantil y embarazos adolescentes; Acceso incluye: a las personas que reportan en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo contar con acceso a instituciones de salud, no es afiliación; Insumos incluye: camas censables, médicas y enfermeros.

CONCLUSIÓN

Tres mensajes surgen de este análisis. 1) Para lograr un acceso universal es necesario una mayor inversión en capital humano y físico, pero con base en un análisis preciso, según las necesidades de la región y los recursos disponibles. 2) Tomará tiempo acumular este capital, sin considerar cómo se irá complicando el perfil epidemiológico conforme envejezca la población. 3) Es necesario elaborar y transparentar planes estratégicos para subsanar de forma gradual las carencias de los estados, empezando por los más afectados, sin poner en riesgo la vida de pacientes con enfermedades catastróficas que hoy se están atendiendo.

Con y sin Seguro Popular, el sistema de salud de México está fragmentado, sus recursos se distribuyen de una forma heterogénea a lo largo del país y carece de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Esto genera disparidades que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud para muchos de sus habitantes.

IMCO PROPONE

Para avanzar y reducir brechas en el sistema de salud de México, el IMCO propone las siguientes recomendaciones:

- » **Reflejar en el presupuesto que el sector salud es prioridad.** Esto implica incrementar el gasto de la función salud por lo menos en 1% del PIB, expandir el espacio fiscal para este fin y evitar fugas por corrupción o reasignación de recursos para otras funciones de Gobierno.
- » **Definir reglas claras para distribuir recursos de salud entre las entidades.** Esto garantiza que la decisión se tome de forma imparcial y con base en criterios técnicos.
- » **Definir cómo operará el Fondo para la Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos.** Evaluar las implicaciones económicas y legales de cambiar las reglas del Fideicomiso de Protección Social en Salud y del Fondo de Protección en Salud Contra Gastos Catastróficos. Presentar un plan financiero, transparentando los tratamientos que cubrirá el **Insabi** y los planes para aumentar su cobertura.
- » **Hacer un diagnóstico preciso sobre las causas que detonan diferencias en el acceso a los servicios de salud a nivel regional.** Con ello, se podrán tomar decisiones más estratégicas sobre cómo redistribuir y/o incrementar el capital humano y físico según el perfil epidemiológico de cada región, así como diseñar programas de alojamiento y transporte para acercar a los pacientes a los servicios más sofisticados²⁶. También, se sugiere promover campañas de capacitación a médicas generales y enfermeros e incentivar la certificación voluntaria para médicas generales.²⁷
- » **Diseñar y medir indicadores sobre los resultados de salud.** En un contexto de austeridad, es fundamental garantizar la efectividad y costo-eficiencia del gasto en salud. Para ello, es necesario contar con indicadores de calidad en los servicios, lo cual requiere homologar los procesos de captura de datos, retomar los esfuerzos para la implementación del expediente electrónico y generar incentivos para que el sector privado reporte información confiable.

26 Mase y Mazari, "Enfermar y Morir en México", ICU 2018.

27 IMCO, *Pequeños pasos para Transformar el Sector Salud*, 33-34.

BIBLIOGRAFÍA

Bonilla, María E. y Nelly Aguilera. *The Mexican Social Protection System in Health*. Washington DC.: World Bank, 2013. <http://documents.worldbank.org/curated/en/960791468045021860/The-Mexican-social-protection-system-in-health> (Consultado el 18/06/2019).

Burau, V, R.H. Blank, y E Pavolini. *Typologies of Healthcare Systems and Policies*. Londres: The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance, 2015.

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). *Sistema Universal de Salud, Retos de cobertura y financiamiento*. Ciudad de México: CIEP, 2018. <https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>

Chung, Mimi. "Health Care Reform: Learning from Other Major Health Care Systems". *PPHR*, (2017). <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (Consultado el 10/06/2019).

CompraNet, "Contratos 2016- 2019", CompraNet Contratos, <https://sites.google.com/site/cnetuc/contrataciones> (Consultado el 00/00/0000).

Frenk, Julio y Avedis Donabedian. "State intervention in medical care: types, trends and Variables". *Health Policy and Planning* 2, no. 1, (1987), <https://academic.oup.com/heapol/article-abstract/2/1/17/712508?redirectedFrom=fulltext> (Consultado el 09/10/2019).

Gaceta Parlamentaria. "Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de las Leyes General de Salud, de Coordinación Fiscal, y de los Institutos Nacionales de Salud del miércoles 3 de julio de 2019". *Gaceta Parlamentaria*, año XXII, no. 5314. <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/64/2019/jul/20190708.html#Iniciativa18> (Consultado el 06/08/2019).

Global Burden of Disease 2016 contributors. "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations". *The Lancet* 391, no. 10136. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30994-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30994-2/fulltext) (Consultado el 09/10/2019).

Gómez-Dantés, Octavio, Sergio Sesma, Víctor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola y Julio Frenk. "Sistema de Salud en México". *Salud Pública de México* 53, supl. 2, (2011). <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf> (Consultado el 09/10/2019).

Instituto Mexicano para la Competitividad. *Pequeños pasos para Transformar el Sector Salud* Ciudad de México: IMCO, 2018. <https://imco.org.mx/temas/pequenos-pasos-transformar-al-sistema-salud/>

Jannet López Ponce, Jannet. "El sistema de salud será como el de Suecia o Canadá, reitera AMLO". *Milenio*, (2019). <https://www.milenio.com/politica/amlo-reitera-compromiso-anos-sistema-salud-nordico> (Consultado el 18/06/2019).

Masse, Fátima e Ivania Mazari. "Enfermar y Morir en México". En *Índice de Competitividad Estatal 2018*. Ciudad de México: IMCO, 2018. <https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2018/11/05.-Enfermar-y-morir-en-Me%CC%81xico.pdf>

Organización Mundial de la Salud. "Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas". *Temas de Salud*. <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/> (Consultado 18/06/2019).

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Ginebra: WHO Document Production Services, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-?sequence=1>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. "Care Resources 2017". *OCDE Health Status*. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Consultado el 06/08/2019).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. "Health spending (gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud) 2017". *OCDE Data*. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (Consultado el 09/10/2019).

Reibling Nadone, Mareike Ariaans y Claus Wendt. "Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries". *Health policy* 123, no. 7, (2019), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301083?via%3Dihub>

Secretaría de Salud. *Tabulador de sueldos de las ramas médica, paramédica y grupos afines*. Mayo 2018. http://www.dgrh.salud.gob.mx/Servicios/TABULADOR_2018.pdf (Consultado el 06/08/2019).

Wilsford, David. "Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way". *Journal of Public Policy* 14. No.3 (1994), 251-283. <https://www.jstor.org/stable/4007528?read-now=1&seq=2#page> (Consultado el 18/06/2019).