



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Economía

El Sistema de Salud en México: Una cuestión de incentivos y eficiencia.

Tesis

Que para obtener el título de:
Licenciado en Economía

Presenta

Edgar Mauricio Llamas Alberto

Director de Tesis:

Lic. Miguel Ángel Jiménez Vázquez

Sinodales:

Dr. Miguel Cervantes Jiménez

Lic. Benedicto Aarón López Hernández

Dr. Gustavo Sauri Alpuche

Mtro. Gustavo Zavaleta Hurtado

Ciudad Universitaria, Ciudad de México. Mayo de 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A Dios, por la vida, por la razón, por la libertad.

A mi abuelita Carmelita, quien desde el cielo nos sigue llenando de luz.

A mi mamá, por todos los sacrificios para cuidarnos, educarnos y prepararnos. A ella que nos obsequió una gran parte de su vida y con su amor y cariño nos forjó y formó.

A mi papá, por todo el ejemplo, cariño y paciencia conmigo. Por amarme y tener fe en mí pese a todo.

A mis hermanos, David y Belén. Compañeros de vida, de alegrías y tristezas. Quienes me han enseñado virtudes de perseverancia y disciplina, cariño y tolerancia.

A mi esposa, Anayeli. A quien le debo haber llegado hasta aquí y sin quien no hubiera sido posible terminar esta etapa. Por ser la persona más increíble y perseverante que haya conocido.

A mis hijos, luz de mi vida y alegría de mis días.

A mis amigos y compañeros Ricardo Cruz, Omar Hernández, Daniel Cisneros, Tonatiuh Ramírez, Nahúm Barrón, Marco Antonio Ramírez. Sin ellos mi historia nunca estará completa.

Al Maestro Miguel Ángel Jiménez Vázquez, quién me acompañó y dio esperanza cuando me sentía derrotado.

Al Doctor. Miguel Cervantes Jiménez, al Licenciado Benedicto Aarón López Hernández, al Doctor Gustavo Sauri Alpuche y al Maestro Gustavo Zavaleta Hurtado, quienes con su apoyo hicieron este posible. Por su tiempo y empatía, por sus enseñanzas y su ejemplo como personas y profesionales. Mi admiración y profundo agradecimiento para ustedes.

In memoriam

Maestro Godofredo Rivera Arias

Índice.

Introducción	i
a) Planteamiento del Problema	iii
b) Justificación de la investigación.....	v
c) Objetivo general.....	vi
d) Hipótesis.....	vi
1. Capítulo 1. Un marco teórico: la Economía de la Salud	1
1.1 La Salud.....	3
1.2 Los determinantes de la Salud	6
1.2.1 La biología humana.....	6
1.2.2 El medio ambiente.....	9
1.2.3 El estilo de vida.....	11
1.2.4 La organización del Sistema de Salud.....	12
1.3 La atención sanitaria.....	13
1.3.1 Agentes económicos en la atención sanitaria.....	14
1.3.2 La demanda de consumo de atención sanitaria.....	16
2. Capítulo 2. ¿Mercado o Gobierno?	24
2.1 Externalidades	28
2.2 Bienes públicos y bienes privados	33
2.3 Fallos de Mercado	35
3. Capítulo 3. Los Sistemas de Salud: hacia un modelo óptimo.	37
3.1 Mejorar la salud	40
3.2 Protección financiera ante los costos de la mala salud.	42
3.3 Responder a las expectativas de la población.....	46
3.4 Planes de Beneficios en Salud	48
3.4.1 Mecanismos de racionamiento implícito vs. Mecanismos de racionamiento explícito.....	49
3.4.2 Adopción de un PBS	52
3.5 El pluralismo estructurado	57

4. Capítulo 4. Una revisión internacional.....	65
4.1 El caso colombiano	69
4.1.1 Financiamiento y aseguramiento	73
4.2 El caso cubano	75
4.3 El caso chileno	78
4.3.1 Acceso al sistema de salud	81
4.3.2 FONASA	82
4.3.3 ISAPRES	83
4.3.4 Financiamiento	84
4.4 El caso canadiense.....	85
4.4.1 Funciones del sistema sanitario.....	88
4.5 El caso japonés.....	92
4.6 El caso estadounidense	95
4.6.1 La participación privada	96
4.6.2 La participación pública	98
4.6.3 Ley para la Protección de Pacientes y Cuidado de la Salud Asequibles (<i>Obamacare</i>).....	99
5. Capítulo 5. El caso Mexicano.	102
5.1 Introducción	102
5.2 Antecedentes.....	104
5.3 El Sistema de Protección Social en Salud	109
5.4 El Instituto Mexicano del Seguro Social.....	114
5.5 Sistema Nacional de Salud Universal: una reforma relegada en la agenda política del presidente Enrique Peña Nieto.....	117
5.5.1 La propuesta de reforma	120
6. Conclusiones	129
7. Recomendaciones.	134
8. Bibliografía consultada.....	136

Introducción

Desde que nacemos hasta que morimos, los sistemas de salud juegan un papel destacado en nuestras vidas. No solo los buscamos para el tratamiento de padecimientos, sino que nos acercamos a ellos para asesorarnos en cada vez más variados y distintos aspectos. Temas como la planificación familiar, la nutrición, la ergonomía y el deporte, reflejan que somos más conscientes de la relación positiva entre salud y calidad de vida. Más aún, el futuro de las sociedades depende de la buena planeación y funcionamiento de sus sistemas de salud. Actualmente, la situación epidemiológica tiende hacia enfermedades más costosas y de tratamiento prolongado, lo cual implica la constante desviación de recursos hacia el sector sanitario y, peor aún, la pérdida innecesaria de vidas y de años saludables. Ante este escenario, muchos países están realizando esfuerzos para hacer frente o al menos desacelerar esta tendencia, acentuada por una población mayormente en edad avanzada en el mediano plazo. Entre tales esfuerzos está la orientación hacia la medicina preventiva, la universalización de servicios de salud y la reforma de sus sistemas de salud.

En nuestro país, el sistema sanitario actual tiene una historia de más de 70 años. Nacido en 1943, cuando se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ahora Secretaría de Salud), y el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha cambiado sustancialmente las condiciones de vida de la población. No obstante, en las últimas décadas ha tenido dificultades para responder a las expectativas de sus usuarios y para asegurar una cobertura suficiente de servicios de salud. A pesar de ello, la estructura y organización de quién hasta hace poco había sido la institución más grande de salud (IMSS) no han sido modificadas significativamente desde su creación, a lo que se añade una difícil situación en el mercado laboral, donde la informalidad es predominante y cierra las puertas al seguro social tradicional. Como respuesta a esta situación, la Secretaría de Salud en el año 2003 implementó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular), que cumple la función de seguro médico de última instancia y actualmente da atención a más de 50 millones de mexicanos, así como ha coadyuvado a reducir el gasto catastrófico en salud de la población. Esta fragmentación del sistema en distintos subsistemas para los que la afiliación depende de la situación laboral, es un reto adicional ya que, además, no existe *portabilidad*

ni *libre elección*, por lo que sus respectivos asegurados son cautivos de la infraestructura que le ofrece cada institución, desaprovechando la oportunidad de un sistémico trabajo en equipo.

En el tema de la equidad y protección financiera ante los costos de la mala salud, queda un trabajo enorme por delante. El Banco Mundial estima que, en el año 2014, casi el 44% del gasto total en salud en México fue gasto de bolsillo. Esto implica un esquema de financiación regresivo e injusto, ya que, dada la incertidumbre y el riesgo de enfermarse, las personas no están preparadas para afrontar los gastos que conlleva la restauración de su salud. Además, usualmente las personas con menos recursos suelen ser las más expuestas a riesgos para la salud, ya que frecuentemente se desarrollan en condiciones insalubres, además de que su entorno sociocultural promueve hábitos y conductas no favorables para una mejor calidad de vida. La cobertura universal es actualmente uno de los objetivos prioritarios que persiguen muchos sistemas sanitarios en el mundo. No obstante, tal objetivo implica una reforma de gran amplitud, que además sea capaz de dotar al sistema de mejores incentivos que promuevan la eficiencia.

Para un planteamiento y revisión general de nuestro sistema de salud, es necesaria algún tipo de guía o modelo óptimo de referencia. Por fortuna, en el año 2000, la Organización Mundial de la Salud dedicó su *Informe sobre la salud en el mundo* para aportar sugerencias y recomendaciones con el fin de mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. Especialistas de todo el mundo sumaron esfuerzos para describir la forma y configuración deseables que garanticen su buen funcionamiento, proporcionándonos así, una guía de análisis. Cuestiones sobre ¿qué hace un sistema de salud?, y ¿cómo debe ser un sistema de salud?, son algunos de los tópicos que abordaron ampliamente.

Este trabajo analiza el sistema de salud en México bajo los elementos teóricos de la Economía de la Salud y las sugerencias del informe señalado anteriormente. Además, aplica definiciones de la ciencia económica para diferentes temas relacionados con la salud. En la primera parte, se plantean los conceptos y definiciones propios de la economía aplicados a la salud. Luego, se revisa el debate entre la actuación pública y privada en la provisión y administración de servicios sanitarios. En la tercera parte se retoman los lineamientos y el análisis que la Organización Mundial de la Salud propone

para los sistemas sanitarios, y que se usaran como referencia de las características que hacen de un sistema *bueno y equitativo*. Posteriormente, en el capítulo cuarto se hace una revisión de algunos sistemas de salud en países seleccionados. La quinta parte se enfoca concretamente en el caso mexicano. Por último, se presentan las conclusiones de la investigación y se sugieren recomendaciones para aplicarse en el corto, mediano y largo plazos.

Personas sanas son más felices y productivas, promueven una sociedad más justa y mejor preparada para un crecimiento económico sostenido. Enfocar la teoría económica en el tema sanitario es una labor noble y urgente.

Planteamiento del Problema.

Los sistemas de salud actuales se enfrentan a diversos retos: incremento en las enfermedades no transmisibles (crónico degenerativas), expansión de tecnologías médicas con la subsecuente escalada de costos, cobertura insuficiente, baja protección financiera para las personas con mala salud e insatisfacción de los usuarios. Cómo hacer frente a ellos es una cuestión muy pertinente y que debe interesar tanto a la sociedad como a los gobiernos. Ante el actual panorama, los pronósticos no suelen ser alentadores. Por un lado, la falta de prevención de enfermedades y el envejecimiento de la población, se traducirán en una fuerte demanda de servicios médicos y presionarán un aumento del gasto destinado a su provisión. Por otro, los recursos y esfuerzos dirigidos al sector sanitario en el presente han demostrado no tener la capacidad ni el rendimiento necesario para afrontar los retos rezagados, actuales y futuros. Esta dualidad de retos acumulados y emergentes se complica por la poca capacidad de respuesta de sistemas de salud rezagados y poco eficientes como el nuestro.

En México, así como en muchos otros países, los sistemas sanitarios fueron estructurados como parte de sistemas más amplios de seguridad social cuyos objetivos no se reducen exclusivamente a la provisión de servicios de salud, sino que abarcan áreas diversas como pensiones para el retiro, subsidios por desempleo o incapacidad laboral y hasta prestaciones sociales como guarderías y centros deportivos. Algunos de ellos fueron formulados durante la primera mitad del siglo XX imitando modelos

europeos como el sistema de seguridad social alemán e impulsados por gobiernos populistas y benefactores. Sin embargo, este sistema de seguridad social excluía a poco más de la mitad de la población en nuestro país para el año 2010 y a la otra mitad le ofrecía servicios médicos de baja calidad y con una mala percepción por parte de sus beneficiarios: un sistema excluyente, poco eficiente y con resultados mediocres. La dependencia de una relación laboral formal entre patrones y trabajadores para su aseguramiento, pone en crisis su viabilidad y hace incierta su supervivencia, puesto que la informalidad laboral y la incertidumbre económica son una amenaza subyacente.

En este sentido, es pertinente hacernos las siguientes preguntas:

1. ¿Qué hace que un Sistema de Salud tenga un desempeño eficiente?
2. ¿El sistema de salud actual en México cumple con esas características?
3. Si no es así, ¿cómo podría ser rediseñado para un buen desempeño y qué incentivos contribuirán a lograr mayor eficiencia?

Justificación de la Investigación

El sistema de salud en nuestro país se enfrenta a desafíos crecientes, nuevos y acumulados. Para evaluar el desempeño de un sistema de salud se debe, necesariamente, describir primero un sistema “ideal” de referencia, tal como cuando al estudiar un tipo de mercado específico suele hacerse en términos de qué tanto se acerca o aleja de las características *teóricas* de la competencia perfecta. Si bien la salud depende de muchos elementos como el medio ambiente y la biología humana, este trabajo acentúa que la configuración de los sistemas de salud es la mejor herramienta de que se puede echar mano. Por tanto, conocer de qué forma se relacionan con la mejora de la salud y bajo qué condiciones trabajan adecuadamente, es necesario para la toma de decisiones. En este sentido, una tesis introductoria que resuma los conceptos claves del tema, incluya las diferentes posturas y señale las principales recomendaciones de expertos e instituciones internacionales, es pertinente y oportuna. Más aún cuando nuestro país estuvo en vísperas de una reforma al sistema de salud de gran calada. En efecto, la creación de un Sistema Nacional de Salud Universal fue uno de los objetivos del sexenio del ex presidente Enrique Peña Nieto que no llegó a concretarse. Aun así, la revisión del sistema de salud no puede hacerse esperar: la calidad de vida de millones de personas depende de ello.

Los estudios comparativos tienen un gran beneficio al resaltar punto por punto diferencias entre situaciones concretas, lo cual puede traducirse posteriormente en políticas públicas específicas. Una investigación general de carácter descriptivo e introductorio, que además comparta experiencias y recomendaciones internacionales, abre las puertas para un análisis posterior en algún tema específico con mayor profundidad. De este modo, este trabajo abrirá líneas de investigación y comprobación estadística bien para futuros investigadores interesados en el tema o bien para estudiantes que busquen conocer la rama de la ciencia económica especializada en Salud. En ambas situaciones, con un aporte extra de estudiar el caso mexicano. Por tanto, esta investigación es útil y pertinente, además de tener la posibilidad de servir como guía de consulta y referencia para los interesados en el estudio del tema.

Objetivo general.

Analizar las características recientes del Sistema de Salud en México e identificar fundamentalmente los incentivos que promueven su eficiencia.

Se señalarán los factores que promueven el desempeño eficiente de cualquier Sistema de Salud, destacando los componentes que pueden ser maximizados por los incentivos gubernamentales o las instituciones públicas y cuáles pueden, en contraparte, ser potenciados por los incentivos derivados de un sistema de mercado.

Hipótesis.

La fragmentación, la estructura desordenada y la falta de incentivos, hacen que el Sistema de Salud en México tenga un desempeño ineficiente y mediocre.

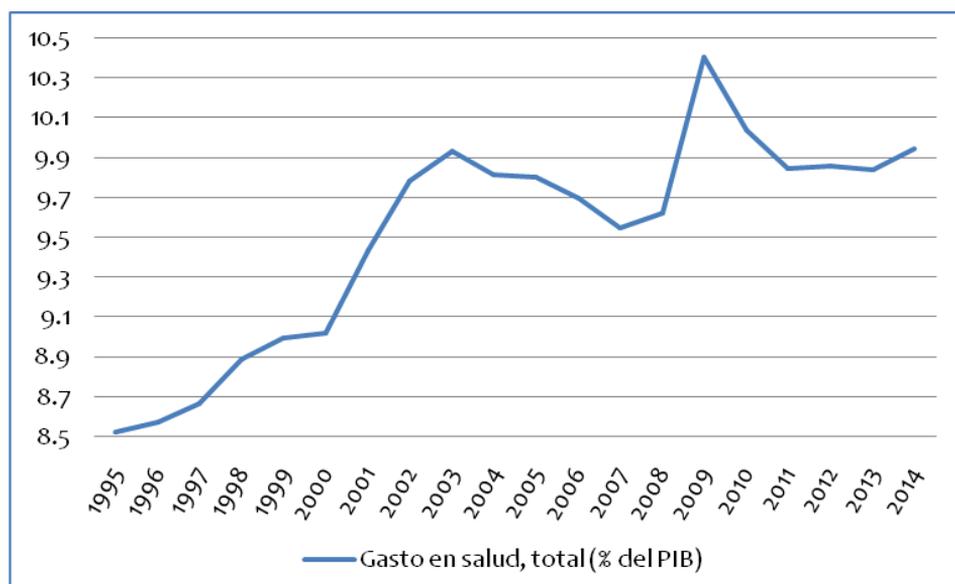
Capítulo 1.

Un marco conceptual: la *Economía de la Salud*

Explicar y definir los conceptos de *salud y atención sanitaria* es complejo dado que involucran generalmente interpretaciones subjetivas y ambiguas. Es común, cuando se hace referencia a ellos, asimilarlos como iguales o bien, achatar sus dimensiones encuadrándolos en meras asimilaciones basadas en nuestra experiencia con los sistemas de salud. Por ello, la prioridad de este apartado es precisar la significación de tales conceptos bajo un enfoque y terminología económicos (que, dicho sea de paso, no difiere de las concepciones médicas). Específicamente, se recurrirá a la Economía de la Salud, una rama joven de la economía que no es una ruta alterna de las ciencias médicas sino un complemento de ellas. El hecho de que haya ocurrido tardíamente la investigación económica en salud, se debe tal vez a que la sanidad no era considerada interesante desde este enfoque. El capítulo siguiente describe la salud como *bien preferente*, esto es, que su consumo es prioritario sobre otros bienes, por lo que ‘las decisiones asistenciales eran tomadas al margen de cualquier análisis económico con el pretexto de que este último no podía interferir en aquél’¹, por lo que la racionalización y optimalización de recursos no tenían cabida. Pero con el interés en la salud como elemento del bienestar social, las sociedades han venido incrementando el gasto y dimensión de sus sistemas de salud, a la vez que los mismos se hicieron más complejos. El aumento en el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en prácticamente todo el mundo, tal como lo muestra la gráfica 1.1, se convirtió pronto en preocupación para las haciendas públicas y la política fiscal. Aún más, la diversificación de las variables involucradas como mayores demanda y expectativas de los usuarios, hicieron inevitable la incursión de los economistas al juego. Problemas como escalada de costos, asignación ineficiente de recursos, evaluación de inversiones y control y optimización del gasto, son sólo algunos de los asuntos que motivaron esta incursión. Sin embargo, lo que en un comienzo fue una relación simplista entre el problema

¹ Errasti, Francisco (1997), *Principios de gestión sanitaria*, Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid, España. Pág. 55

del crecimiento del gasto sanitario con su solución económica, se transformó pronto en una rama especializada de la ciencia. Así, para cuando se percibió el problema del crecimiento del gasto sanitario, “los economistas tenían ya otras preocupaciones: desde acomodar sus modelos a las características de incertidumbre e información asimétrica definitorias del sector sanitario hasta tratar de dar respuesta a los problemas de medición del rendimiento, financiación e incentivos [...] planteados por políticos y gestores”².



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Gráfica 1.1. Mundo. 1995 a 2014. Gasto en salud como porcentaje del PIB.

Actualmente existe una conciencia mayor acerca de las implicaciones sociales y éticas de una buena salud. El logro de la equidad y la no discriminación en el acceso a ella son preocupaciones relevantes. Se aborda ya el tema de la *universalización* de servicios sanitarios, donde los cuales sean prestados a toda persona a fin garantizar un derecho humano elemental, sin discriminaciones en el acceso dependiendo el estatus laboral. No obstante, los recursos continúan siendo escasos y la búsqueda de la eficiencia se vuelve condición obligatoria para que la Salud Universal sea una realidad.

² Hidalgo Vega, Álvaro, Indalecio Corugedo de las Cuevas y Juan del Llano Señarís (2000), *Economía de la Salud*, Ediciones Pirámide, pág. 11

La cuestión sanitaria, vista desde un enfoque económico, es una revolución y un reto, una especialización de la ciencia en un noble objetivo: *maximizar el estado de salud de las personas con los escasos recursos disponibles.*

1.1 La Salud.

Si bien puede ser motivo de controversia una definición precisa de qué es la salud, existen diversas conceptualizaciones al respecto. Juan del Llano³ recopila algunas, separándolas según su concepción:

1. Cuyo elemento central es el equilibrio:

- “La salud consiste en la capacidad de que el organismo mantenga un equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, con lo cual queda razonablemente indemne al malestar, insatisfacción, incapacidad y enfermedad y a comportarse de un modo que permita la supervivencia de la especie, así como el acoplamiento de la especie y el entorno del individuo” (Blum)
- “Capacidad de normativización vital que permite gozar de su armonía psicofísica en un equilibrio dinámico de sus circunstancias naturales y sociales “ (Menchaca)

2. Basándose en el bienestar:

- “Estado de Completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS). Esta definición sobresale por su mención explícita del entorno social como elemento de la salud.
- “Capacidad del organismo para resistir, sin reacción morbosa, situaciones vitales intensamente forzadas o fuertemente agresivas y por tanto una mezcla de la buena proporción orgánica y resistencia del organismo al estrés ocasional, un

³ *Ibidem*, pág. 17

estado habitual en el que se aúna la normalidad y la posibilidad de rendimiento óptimo” (Laín Entralgo)

3. De acuerdo a la capacidad:

- “Modus vivendi que permite al hombre imperfecto conseguir una existencia recompensante y no demasiado dolorosa mientras se enfrenta a un mundo imperfecto” (Dubos)
- “Estado de capacidad óptima de un individuo para cumplir los roles y las tareas para los cuales ha sido socializado” (Parson)

No obstante, la variedad, muchas de estas definiciones son poco prácticas si no confusas. Por el lado contrario, son más precisas las definiciones de estados no saludables, como la enfermedad (alteración de las funciones corporales normales junto al esfuerzo del organismo por volver a la normalidad), la deficiencia (pérdida en las funciones mentales, emocionales y psicológicas y en las alteraciones genéticas), la limitación funcional (restricción o falta de habilidad para realizar una acción dentro del rango considerado normal), y la discapacidad (incapacidad o limitación en la realización de actividades socialmente definidas y en las funciones socialmente esperadas dentro de un entorno determinado)⁴. Así, a lo largo de este estudio se entenderá la salud como el *estado de equilibrio y bienestar físico, biológico, mental y social de una persona*.

Ahora bien, desde el punto de vista económico, la salud es una variable “fondo” o *stock*, o sea, es estática. Al contrario de las variables “flujo”, las variables *stock* representan una situación precisa en un momento dado. Por ejemplo, las Reservas Internacionales son una variable *stock*: nos dan información de su monto en un punto del tiempo determinado; no lo son, en cambio, los flujos de divisas que a ellas ingresan. Lo mismo pasa con una cuenta de ahorros (*stock*), la cual tiene una cantidad dada en virtud de los ingresos y egresos monetarios en ella (flujos). La salud, por tanto, representa un *saldo* o *balance* entre los determinantes de la buena y mala salud en un cierto momento. En este sentido, para “tener” el bien salud, se debe consumir

⁴ *Ibidem*, pág. 18

o demandar más determinantes de salud, los cuales se mencionarán más adelante.

Por otro lado, la apreciación de la salud como un bien implica en sí un caso especial en la definición económica de los bienes. Hay un dicho popular que señala: “si no hay salud, no hay nada”, haciendo referencia a la cualidad de la salud como bien *preferente*, lo que significa que su producción y demanda son prioritarias frente a otros bienes. Esta cualidad tiene repercusiones para su provisión. Se debe recordar que la forma en que se distribuyen los bienes o productos en una sociedad con mercados es mediante el sistema de precios. Así, la producción de computadoras, por ejemplo, se asigna a quien pague su precio de mercado. La salud, al estar por encima de la mayoría de los bienes, crea condiciones en las que su asignación mediante el sistema de precios es ineficiente: una persona estaría a dispuesta a pagar lo necesario por ella en la medida que sus posibilidades se lo permitan... y mucho más aún. Esto es injusto y cruel, ya que en situaciones apremiantes, surgen incentivos para el abuso y los altos precios frente a la inelasticidad de la demanda (poco o nula sensibilidad al precio), como se mostrará más adelante. Para empeorar el escenario, la imprevisibilidad de la enfermedad o la mala salud hace casi imposible planificar la demanda de salud, o mejor dicho, de determinantes de la salud, como la atención sanitaria. Uno no puede planear cuando enfermarse o cuando tener un accidente: no es posible agendar una salmonelosis para cuando tengamos percepciones salariales extraordinarias, como en las gratificaciones decembrinas (*aguinaldos*), o para cuando tengamos vacaciones.

Finalmente, la producción del bien salud conlleva múltiples externalidades pues los beneficios que genera no son sólo a nivel individual, sino que tienen un alcance social. Más adelante, en el apartado 2.1 se presentará un análisis de las externalidades y su aplicación particular para la salud. Entonces, no se pretende únicamente señalar la definición general de la salud, sino destacar su naturaleza económica. Más que una definición de salud es de interés saber cuáles son los determinantes de la misma: cómo es posible obtener o producir este bien y que elementos (insumos) generan una buena salud.

1.2 Los determinantes de la salud.

La salud depende de distintos factores que la determinan: desde el medio en el que vivimos hasta nuestra estructura genética. Nuestro estado de salud presente y futuro es el resultado de múltiples elementos interrelacionados, por lo que cambios positivos o negativos en alguno de ellos repercute en los demás. Por ello, la mejora óptima de la salud implicaría atender simultáneamente a todos como conjunto. En la práctica, no obstante, aunque nuestros recursos para la producción de salud no fuesen limitados, incidir en todos los determinantes al mismo tiempo es una labor complicadísima, si no imposible.

En un trabajo pionero, Lalonde⁵ enumera los cuatro determinantes básicos de la salud en lo que él denomina *Health field concept* (Campo de la Salud), a fin de enmarcar de forma simple y general, las situaciones que influyen sobre el estado de salud de las personas. A continuación, se describen brevemente estos determinantes.

1.2.1 La biología humana.

Incluye todos los aspectos orgánicos y biológicos del ser humano, como la herencia genética y el desarrollo natural del organismo, como los procesos de crecimiento y envejecimiento. La posibilidad de entender y manipular nuestro código genético es un campo de la ciencia aún joven con posibilidades insospechadas. Investigaciones como el *Proyecto Genoma Humano*, buscaron identificar y hacer un mapa de los más de 20,000 genes del ADN del ser humano. Este proyecto pionero permitió el surgimiento de tecnologías y servicios genéticos de vanguardia. Al respecto, existen empresas comerciales como el sitio web *23andme.com*, que ofrecen servicios de este tipo: mediante una muestra de saliva nos brinda información acerca de nuestro estado de salud, de nuestros riesgos de contraer alguna enfermedad, la respuesta de nuestro organismo hacia algunos fármacos y el rastreo de nuestros antepasados, así como nuestros orígenes ancestrales.

⁵ Lalonde, Marc (1974), *A new perspective on the health of Canadians, a working document*, Minister of Supply and Services Canada.

La relación entre genes y predisposición a enfermedades y/o conductas es muy fuerte. Investigaciones han sugerido, por ejemplo, que el riesgo de mayor consumo de alcohol en las mujeres está asociado con el gen de la Alcohol Deshidrogenasa 1C⁶, siendo 2.5 veces mayor respecto a las mujeres que carecen de él. De igual manera, hay evidencia de correlación genética en la litiasis biliar⁷, la diabetes tipo 2⁸ y el cáncer de mama⁹, entre otros padecimientos.

Procesos naturales como el ciclo de vida del organismo, llevan asociados sus propios padecimientos. Los planes y programas nacionales de vacunación tienen una estructura diferente dependiendo el rango de edad del paciente. Incluso, los tratamientos preventivos variarán en función de la edad: desde pruebas de *tamiz* para los recién nacidos, hasta chequeos de próstata en los varones en plena madurez, pasando por temas de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual para la población en edad reproductiva. La vejez, por sí misma, acumula el deterioro natural de los sistemas orgánicos y hace más vulnerable al organismo frente a enfermedades infecciosas. El desgaste del sistema musculoesquelético da pie con suma facilidad a fracturas y lesiones en personas de esta edad. La disminución en la capacidad visual y auditiva también son frecuentes.

⁶ Francès Bozal, Francesc, JV. Sorlí, A. Castelló, F. Verdú, D. Corella y O. Portolés (2007), *Predisposición genética en el consumo de alcohol: el caso de la Alcohol Deshidrogenasa 1C*. Estudio realizado en una población mediterránea española. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn48-49/art04.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2016)

⁷ Curiel López, Fátima Belén, Bertha Ruiz Madrigal, Sonia María Román Maldonado y Arturo Panduro Cerda (2005), *Predisposición genética de la litiasis biliar*, en *Medigraphic Artemisa en línea*. Vol. VII, Marzo 2005. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/invshal/isg-2005/isg051m.pdf> (consultado en noviembre de 2016).

⁸ Tusié Luna, María Teresa (2008), *El componente genético de la diabetes tipo 2*, en *Mensaje Bioquímico*, Vol XXXII. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en http://bq.unam.mx/wikidep/uploads/MensajeBioquimico/Mensaje_Bioq08_v32p59_66_Tusie.pdf (Consultado en noviembre de 2016)

⁹ A. Narod, Steven y Adriana A. Rodríguez (2011), *Predisposición genética para el cáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2*, en *Salud Pública de México*, Vol. 53, número 5. Págs. 420 a 429.

No se pueden prevenir ni atenuar muchos de estos procesos, pues responden a un ciclo orgánico natural. No obstante, la humanidad siempre ha buscado ampliar las “fronteras” impuestas a la salud por la edad: los mitos de la “fuente de la juventud”, del “elixir de la vida”, la “panacea universal” y la “piedra filosofal”; o bien, la oscura leyenda de la condesa Erzébet Báthory, quien se bañaba en sangre de doncellas para mantenerse joven, son algunos ejemplos de ello. A pesar de todo, tal búsqueda no ha sido infructuosa. El incremento de la esperanza de vida es un ejemplo de ello. La tabla 1.2.1 muestra la esperanza de vida *saludable*¹⁰ para las regiones de la OMS en los últimos 15 años. A nivel global, este indicador aumentó un 7.8% en el periodo. En cuanto a regiones, quien reportó una mejora mayor fue África, con un crecimiento del 19%, mientras que América sólo lo tuvo en un 4.1%. Dicha diferencia se debe a que los niveles previos en ambas regiones eran muy desiguales, por lo que las acciones para la mejora de la salud en África tuvieron un impacto mucho mayor. Más adelante en el capítulo 4, se relata cómo distintos países alcanzaron estas mejoras y cómo un determinante de la salud en especial, el de la organización del sistema de salud, contribuyó a la ampliación de nuestras expectativas de vida.

Región OMS	Ambos sexos		Mujeres		Hombres	
	2015	2000	2015	2000	2015	2000
África	52.3	43.9	53.5	44.9	51.2	42.9
América	67.3	64.6	69.2	66.8	65.4	62.4
Sureste asiático	60.6	55.5	61.6	56.2	59.6	54.9
Europa	68	64.1	70.5	67.3	65.6	61
Mediterráneo oriental	60.1	56.8	60.8	57.5	59.4	56.1
Pacífico occidental	68.7	65	70.1	66.5	67.3	63.5
Global	63.1	58.5	64.6	60.1	61.6	57

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Tabla 1.2.1. Regiones de la OMS. 200 y 2015. Esperanza de vida al nacer ajustada por salud (EVES). Años de vida saludable.

¹⁰ *HALE (Healthy life expectancy at birth)* o *EVES* (Esperanza de vida al nacer ajustada por el estado de salud), se refiere al número de años promedio que se espera viva una persona con plena salud, descontando aquéllos años de vida afectados por una enfermedad o lesión.

1.2.2 El medio ambiente.

Engloba las situaciones que afectan a la salud pero que son externas al cuerpo humano, sobre las cuales las personas tienen un control limitado. Incorpora situaciones como la calidad del aire y el agua, los niveles de ruido y el nivel de desarrollo de la sociedad, por ejemplo. Se trata de un *macrodeterminante* compuesto de variables sociales, económicas y ambientales. Su impacto sobre la salud es directo y muchas veces decisivo. El análisis económico de las *externalidades* está íntimamente ligado a este determinante, ya que son las repercusiones del comportamiento agregado de las personas quienes inciden más sobre la salud que las situaciones puramente naturales. Esto significa que a pesar de que eventos y fenómenos naturales como sismos y tormentas causan severos daños, los derivados de las distintas actividades humanas son más frecuentes y de mayor impacto.

Este enfoque amplio es señalado en los objetivos de las Perspectivas del Medio Ambiente Mundial (*GEOS*)¹¹, donde el primero de ellos reconoce la importancia de un mejor entendimiento de las *interacciones complejas* entre distintas variables como el desarrollo económico, el ordenamiento político e institucional, los impactos ambientales y el bienestar humano, específicamente en lo que respecta a la salud¹². La importancia de acentuar el conjunto de elementos se debe a la frecuente reducción de este determinante a su elemento ambiental o ecosistémico, reduciendo las implicaciones que la política, la sociedad (cultura, costumbres) y la economía, tienen sobre la salud.

Tan sólo en el aspecto económico, las sociedades constantemente se esfuerzan por la mejora de sus condiciones materiales de vida. La llamada “gran enfermedad de la humanidad”, esto es, la pobreza, aun afecta a gran

¹¹ Las *GEO (Global Environment Outlook)* son una serie de evaluaciones ambientales llevadas a cabo por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)

¹² Shutz, Gabriel Eduardo, Sandra Hacon y Eliane Ignotti (2009), *GEO Salud: Metodología para una evaluación integrada de medio ambiente y salud. Un enfoque en América Latina y el Caribe*. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

parte de la población mundial. Efectivamente, mayores ingresos conducen a las sociedades a mejorar su nivel de vida, a demandar más servicios de salud y a protegerse con mayor antelación de contingencias y siniestros (mediante la contratación de seguros de vida y de salud). En el mismo sentido, permiten el consumo de bienes y servicios de mayor calidad. A nivel agregado, los gobiernos pueden aumentar su presupuesto para la salud si el contexto económico se lo permite. Pero también puede ocurrir lo contrario, un ingreso mayor puede propiciar estilos de vida poco saludables: mayor consumo de alcohol, tabaco y estupefacientes; sedentarismo; conducción de vehículos más veloces; y en general, una menor aversión a los riesgos.

La mejora económica y una mejora en la distribución de la riqueza no son objetivos sencillos ni inmediatos. No es posible tenerla en cuenta *de facto* a la hora de hacer políticas sanitarias. De hecho, puede considerarse una variable fija en el corto y mediano plazo, por lo que su influencia y alcance son de algún modo, predeterminadas. Por ello, a pesar de tener un potencial inmenso para cambiar las condiciones de vida de las personas, sería irresponsable poner esa tarea en sus manos. Dejar que el crecimiento económico por sí solo promueva la mejora de la salud sería lo mismo que dejar un barco a la deriva.

El medio social también es un elemento predeterminado que influye notablemente en el estado de salud. La cultura y la convivencia son elementos que continuamente transforman y conforman comportamientos individuales. Los usos y costumbres de cada país predisponen patologías en su población. La longevidad de los japoneses, por ejemplo, se debe en parte a su dieta, elevada en cereales, vegetales y pescados. También, la percepción de felicidad y éxito, promovidas por la publicidad y los medios de comunicación, enmarcan las metas de vida de las personas, las cuales al alejarse de ellas, padecen de trastornos psíquicos como frustración y depresión. Y eso tan sólo en situaciones donde las decisiones individuales tienen mayor relevancia: en un escenario más realista, los individuos son sólo receptores si no víctimas de la situación social. En México, por mencionar un caso, los niveles de violencia son preocupantes. Su impacto en la salud es catastrófico: a diario, los periódicos lucen sangrientos encabezados, donde el infortunio de unos es morbo y entretenimiento de otros. Actividades cotidianas como el traslado al trabajo o la escuela, generan situaciones de

estrés y ansiedad continuas ante el riesgo de ser víctimas de alguna agresión o delito. Londoño y Frenk¹³ señalan el incremento de padecimientos neuropsiquiátricos debidos al contexto social. Su prevalencia en América Latina, señalan, ha llegado a ser de 10.18 por cada 100,000 personas, mientras que el promedio mundial es de 6.53 por cada 100,000. El medio ambiente por sí mismo marca una tendencia en la transición epidemiológica de la región.

La cultura y la educación son elementos que influyen decisivamente en este apartado. Sin embargo, implican cambios lentos y escalonados, por lo que al igual que con la situación económica, al incluir la situación social o medio ambiental en el diseño de estrategias para mejorar la salud, se deben designar como variables fijas, al menos en el mediano plazo.

1.2.3 El estilo de vida.

Se trata del más importante y decisivo determinante de salud. Consiste en el conjunto de decisiones personales sobre las que los individuos tienen mucho control. Se conforma de determinados hábitos y comportamientos condicionados principalmente por la cultura, el nivel socioeconómico y la educación (determinante ambiental), donde su adopción o modificación dependen en última instancia del individuo, quien puede *romper* costumbres poco saludables o aprender hábitos y prácticas más sanas. Este conjunto de decisiones configura el tipo de alimentación, las actividades recreativas y de ocio, la forma de vivir y la convivencia. Cambios positivos en el estilo de vida son benéficos para el medio ambiente (ciudades más limpias, ecosistemas con menor contaminación), para la situación biológica (prevención de enfermedades con predisposición genética, disminución de riesgos de incapacidad) y para el sistema de salud (intervenciones menos costosas, menor demanda de atención sanitaria). Los buenos o malos hábitos determinan en gran medida el *stock* de salud. Al respecto, la orientación actual de la medicina hacia la prevención busca impactar este determinante. En general, la principal finalidad de un sistema de salud es mejorar el estado

¹³ Frenk, Julio y Juan Luis Londoño (1997), *Hacia un modelo innovador de reforma en los sistemas de salud*, Banco Interamericano de Desarrollo. Pág. 6.

de salud de las personas. El dilema surge cuando mejorar *su* estado de salud no es la principal finalidad de las personas.

1.2.4 La organización del Sistema de Salud.

Este determinante de la salud, a veces subestimado, es por mucho el principal medio que tienen las sociedades para alcanzarla. Ideados específicamente para ello, por profesionales en la materia, se debe a los sistemas de salud muchas de las grandes mejoras en nuestra vida. El capítulo 3 y este trabajo están dedicados a ellos. Cómo está organizado el sistema de atención sanitaria repercute de forma crucial en cómo va a responder a las necesidades de la población. Dado su propósito específico, sus efectos sobre los demás determinantes son (y deben ser) siempre positivos. En las condiciones biológicas, puede modificarlas radicalmente: tan sólo la aplicación de la prueba de tamiz neonatal puede prevenir graves enfermedades metabólicas congénitas. Mediante la prevención y campañas informativas, así como con la reglamentación y la política fiscal (impuestos sobre el consumo de ciertos bienes, como los cigarrillos) incide en el estilo de vida modificando hábitos. Por medio de la regulación, promueve medidas para preservar el medio ambiente, como la estandarización de emisiones vehiculares y la reglamentación para la disposición de desechos sólidos, entre muchas otras. Un buen sistema de salud puede atenuar las carencias económicas y sociales.

Como se menciona en el apartado 3.1, la principal función del sistema sanitario es mejorar la salud. Aunque puede también empeorarla: se ha calculado que “tan sólo en los Estados Unidos, los errores médicos en los hospitales causan por lo menos 44,000 defunciones innecesarias al año, y otras 7,000 ocurren como resultado de las equivocaciones en la prescripción o el uso de medicamentos, como consecuencia, estos errores se cobran más vidas que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama y el sida”¹⁴. Además, muchos pacientes suelen contraer nuevas infecciones en los hospitales y en los centros de salud. También, en el esfuerzo de mejorar la salud, se provoca de cierto modo el efecto contrario: el uso de antibióticos

¹⁴ ISSM 2000, pág. 11

conduce a que los agentes patógenos que se pretende combatir respondan volviéndose más resistentes a ellos. Sin embargo, y a pesar de los errores que pueda cometer, el potencial y el efecto de mejora en la salud que promueve es con creces mayor.

Como se ha señalado, a diferencia de los demás determinantes, la configuración y estructura de los Sistemas de Salud puede ser planificada y modificada de antemano, siendo de esta forma un elemento efectivo para el logro de la buena salud. Este hecho ha tenido más atención en las últimas décadas, pues “los tomadores de decisión observan con atención que el objeto o finalidad de los sistemas [...] no se logra sólo aumentando el gasto en salud sino sobre todo, a través de la forma en que el sistema está organizado (modelo) y en cómo la sociedad en su conjunto actúa sobre los determinantes de la salud”¹⁵. En el corto plazo se puede contar y (si se implementan adecuadamente) confiar en ellos. Lo mismo a la hora de diseñar políticas públicas. La principal herramienta de la que se sirven para incidir en la salud es la *atención sanitaria*. El próximo apartado se dedica a su estudio.

1.3 La atención sanitaria.

En el apartado 1.1 se definió al bien “salud” como una variable fondo. Los determinantes de la salud, comentados previamente, constituyen por su parte variables flujo. Se destacó además que tanto el determinante *biología humana* como el determinante *medio ambiente* son fijos o predeterminados, lo que supone no poder incidir en ellos al menos en el corto y mediano plazo. Por ello, los determinantes *estilo de vida y organización del sistema de salud* serán quienes tengan un mayor impacto en la mejora de la salud. Sin embargo, el determinante *estilo de vida* si bien puede ser influenciado mediante el sistema de salud y el sistema educativo, consiste básicamente en decisiones personales e individuales que una autoridad, por ejemplo el Ministerio de Salud, no puede *directamente* manipular sin atentar contra la libertad de las personas. Entonces, el determinante de los sistemas de salud se vuelve el instrumento más importante para alcanzar los objetivos en salud.

¹⁵ Artaza Barrios, Osvaldo (2015), *Calidad en el sistema de salud para el acceso y la cobertura universal en salud*, en “La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones”, Biblioteca Mexicana del Conocimiento, página 227.

A lo largo de este trabajo se mantiene este supuesto: el elemento clave del que se vale un sistema de salud es la atención sanitaria. De este modo cuando demandamos *salud*, lo que demandamos es en realidad, *atención sanitaria*. También, cuando los gobiernos buscan garantizar el acceso a la salud, garantizan de hecho el acceso a la atención sanitaria. Sin embargo, la atención sanitaria no es la única función de un sistema de salud, aunque sí la más importante. El siguiente capítulo está dedicado a ellos y al resto de sus funciones.

La atención sanitaria se conforma de aquellos servicios prestados a individuos o comunidades por los agentes y profesionales del sistema de salud. Tiene cuatro propósitos fundamentales: promover, mantener, monitorizar y restaurar la salud. Constituye el principal *input* o factor de la producción del bien “salud”. Así, es la principal variable flujo que conforma nuestro *stock* del bien salud. Está compuesta por el conjunto de bienes y servicios destinados a la obtención del bien salud. Es generada por diversas unidades de producción como hospitales, clínicas y centros de salud, aunque la principal unidad de producción la constituye el propio paciente (recuerde la influencia del estilo de vida en la salud), el cual es a la vez productor y consumidor de atención sanitaria. Su demanda y producción, al igual que en el bien salud, son prioritarias, por lo que comparte la misma naturaleza económica como servicio preferente.

La provisión de atención sanitaria conlleva ciertas peculiaridades dado que busca “producir” el bien salud. Por un lado, implica múltiples externalidades, por otro, tiene características que dificultan la creación de un mercado eficiente, como información asimétrica y altos niveles de incertidumbre. El debate económico sobre quién debe producir ciertos bienes y servicios se presenta más adelante.

1.3.1 Agentes económicos en la atención sanitaria.

Qué papel cumple cada persona e institución en la provisión de este servicio es importante en tanto sus características económicas. Corugedo¹⁶ identifica a los agentes involucrados de la siguiente forma:

¹⁶ *Óp. Cit.*

1. **Consumidores:** son las unidades de consumo de bienes y servicios sanitarios. En su proceso de elección buscan maximizar su beneficio o *utilidad*. Al hacerlo, como en toda decisión económica, se enfrentan con *restricciones*, ya sean presupuestales, temporales o de acceso. De este modo, la forma de maximizar su beneficio, actuando de manera racional, será optimizando su consumo. En el ámbito sanitario, el consumidor es llamado *paciente*. Como se aprecia en el determinante *Estilo de vida*, los pacientes son a la vez productores de su propia salud. Así, la teoría económica debe ajustarse a esta peculiaridad en el caso de la salud.
2. **Productores:** todas las personas son en gran medida productores de su propia salud. Sin embargo, las unidades especializadas en la producción de atención sanitaria son los centros médicos, ya sean públicos o privados. Si se trata de establecimientos públicos, el responsable en última instancia de la producción es el gobierno. Para los centros privados, esta responsabilidad recae en los administradores y órganos directivos de los mismos. Existen, además, unidades pequeñas de producción representadas por el médico en su actividad de consulta privada. Los productores persiguen objetivos de eficiencia¹⁷ consistentes en la minimización de costes de producción.
3. **Médicos:** así como el consumidor (paciente) de atención sanitaria tiene también la cualidad de ser productor, el médico tiene un papel muy importante en la atención sanitaria con diversos alcances: por un lado, es un *factor de la producción* del bien salud, cuando es empleado por los centros médicos. Además, es un *productor* de salud cuando proporciona consultas particulares, por lo que se transforma en empresario. Los médicos los profesionales clave en los sistemas de atención sanitaria, pues son capaces de afectar tanto a la oferta como a la demanda. Tienen la autoridad de prescribir tratamientos y solicitar pruebas de diagnóstico. Controlan en gran medida las

¹⁷ La *eficiencia* en salud no se trata solamente en términos de costes, sino que dada la naturaleza del bien salud y dado que se trata finalmente de personas, la medición cuantitativa puede no ser adecuada. Existen para ello medidas especializadas de eficiencia que engloban factores como calidad de vida y cobertura, por ejemplo.

condiciones de entrada y egreso de la profesión. Al ser expertos de unos conocimientos y habilidades especializadas, se encuentran en una situación asimétrica respecto los pacientes¹⁸, con lo que se encuentran en una posición dominante en el mercado. Esta situación se acentúa más en tanto mayor sea la especialización del médico, llegando a comportarse como un monopolio cuando está en un mercado libre.

4. **El Estado o gobierno:** el gobierno participa de manera directa en la *producción* de atención sanitaria mediante los centros de salud públicos. De manera indirecta, actúa como *regulador* de la política de salud, fijando normas para, por ejemplo, la educación de los médicos o la apertura de los centros de salud. También, actúa *financiando* bienes y servicios sanitarios en, por ejemplo, programas sociales como campañas de vacunación o medicamentos para personas mayores.

1.3.2 La demanda de consumo de atención sanitaria.

Es común iniciar el estudio de la demanda partiendo de su *función de utilidad*: esto es, la forma en cómo las personas reaccionan al elegir el consumo de un bien determinado frente al de otros bienes, lo que nos dice mucho de sus preferencias. A continuación, se definirá la función y la curva de demanda.

Suponga que un paciente tiene sólo dos opciones de consumo: atención sanitaria (M) y *otros bienes* (X), por lo que su utilidad¹⁹ es resultado de la combinación de estas opciones. Así, la función de utilidad vendrá dada por la expresión:

$$U = U(M, X)$$

donde

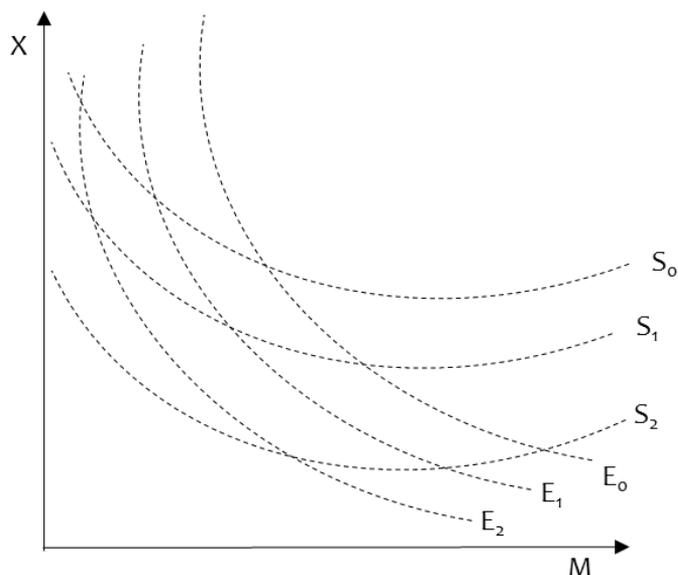
M = Consumo de atención sanitaria

X = Consumo de otros bienes

¹⁸ Véase más adelante el tema de Fallos de Mercado.

¹⁹ La utilidad del consumidor puede ser entendida como la satisfacción o beneficio obtenido del consumo de distintos productos. Sin embargo, usualmente se utiliza esa palabra por ser más *neutra*, ya que el término satisfacción apela más a lo subjetivo, y el término beneficio se aplica comúnmente a las ganancias de las empresas.

Si se elabora un *mapa* a partir de esa función, como en la Gráfica 1.2, se observan múltiples combinaciones de consumo de ambos bienes ante las cuales, el consumidor se sentiría indiferente. Las curvas, llamadas *curvas de indiferencia*, grafican esas combinaciones.

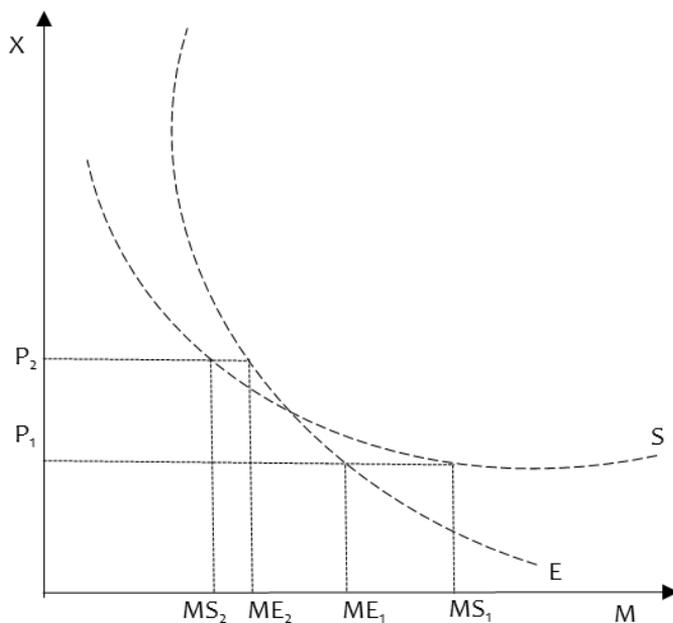


Fuente: Hidalgo, Álvaro et al., 2000. Página 81.

Gráfica 1.2. Curvas de indiferencia para dos tipos de consumidores: enfermos (E) y sanos (S).

Sin embargo, es importante resaltar que las opciones de consumo cambian si se trata de una persona enferma o una persona sana. En el caso de pacientes enfermos, sus preferencias estarán inclinadas más hacia el consumo de atención sanitaria respecto a otros bienes, siendo más vertical su curva de indiferencia. El sentido económico que implica es que, una persona enferma estaría dispuesta a cambiar una proporción mayor del consumo de otros bienes frente a su consumo de atención sanitaria. Caso contrario el de las personas sanas. Tal situación es ilustrada en la figura 1.3, en donde P_1 representa el precio inicial de “otros bienes” (X). MS_1 y ME_1 señalan, por su parte, el consumo de atención sanitaria (M) realizado bajo P_1 por personas sanas y enfermas, respectivamente. Ahora, cuando el precio de “otros bienes” aumenta a P_2 , el consumo de M se reduce a MS_2 y ME_2 . No

obstante, la reducción realizada por las personas sanas es mucho menor que la que llevada a cabo por las personas enfermas. Así, se puede observar un residuo mayor de $MS_1 - MS_2$ respecto a $ME_1 - ME_2$: como se señaló previamente, la atención sanitaria es un bien preferente, por lo que su consumo se antepone al de otros bienes, lo que puede originar *gastos catastróficos* a los pacientes si debiera cubrirse su costo del bolsillo del paciente.



Fuente: Adaptado de Hidalgo, Álvaro, Op. Cit.

Figura 1.3. Consumo de atención sanitaria (M) de personas sanas y enfermas frente al cambio en el precio de otros bienes (X),

El término adecuado para señalar las preferencias relativas en el consumo de un bien respecto a otro, es el de **relación marginal de sustitución** (RMS), el cual señala el número de unidades de un bien que una persona esté dispuesta a sacrificar por el consumo adicional de otro bien, como la atención sanitaria. Geométricamente se representa por la tangente en un punto a una curva de indiferencia:

$$RMS = \frac{\partial X}{\partial M} = \frac{Um_g X}{Um_g M}$$

Un valor alto, en términos absolutos, señala la situación de un individuo enfermo, quién tiene una preferencia mayor por la atención sanitaria en relación con el consumo de otros bienes. Así, la RMS es el cociente de las utilidades marginales (Umg) del consumo de distintos bienes y del consumo de atención sanitaria, siendo la Umg el aumento en la utilidad experimentada por el individuo al incrementarse en una unidad la cantidad del bien consumido.

A pesar de nuestras preferencias, estamos sujetos a una limitación en el consumo denominada **restricción presupuestaria**. Corugedo²⁰ presenta una ecuación para el caso sanitario, que dada una renta (Y),

$$(p + wt)M + (q + ws)X = Y = y + wT \tag{1.3.1}$$

$$P \cdot M + Q \cdot X = Y$$

donde

p = Precio unitario de la atención sanitaria

w = Salarios por hora

t = Tiempo unitario empleado en el consumo de atención sanitaria

P = Precio total de la atención sanitaria

q = Precio unitario de los otros bienes

s = Tiempo empleado en el consumo de otros bienes

Q = Precio total de los otros bienes

y = Rentas no laborales

T = Tiempo total disponible

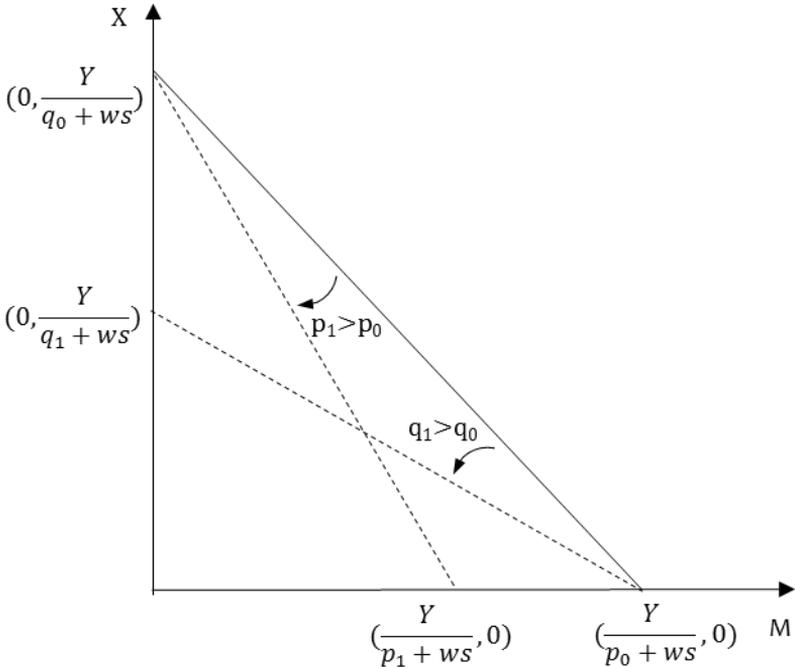
Y = Rentas totales

Es importante resaltar que la ecuación anterior contempla restricciones no sólo en términos de salarios o rentas, sino que incluye al factor tiempo. De este modo, el precio unitario de la atención sanitaria (P) está dado por $(p + wt)$. Así, “determina la cuantía de los costes indirectos como una valoración del coste de oportunidad del tiempo que el consumidor dedica a adquirir atención sanitaria”²¹. Esta especificación rompe con la noción común de que la atención sanitaria *gratuita* de algunos sistemas de

²⁰ Hidalgo Vega, Álvaro, Indalecio Corugedo de las Cuevas y Juan del Llano Señarís (2000), *Economía de la Salud*, Ediciones Pirámide. Página 82.

²¹ *Ibidem*, pág. 83

salud no implica ningún coste para el paciente. De hecho, los términos wt y ws reflejan el coste de oportunidad en el consumo de atención sanitaria y otros bienes, respectivamente. Más aún, wt incluye tanto el tiempo de transporte al centro médico y el tiempo de espera en para la consulta médica. Este coste de oportunidad es menor en personas enfermas o que disponen de tiempo, como los jubilados.



Fuente: Hidalgo, Álvaro et al. 2000. Página 84.

Figura 1.4. La restricción presupuestaria y las variaciones debidas a cambios en los precios.

La figura 1.4 representa gráficamente la ecuación de restricción presupuestaria (1.3.1). Los extremos $(0, \frac{Y}{q_n + ws})$ y $(\frac{Y}{q_n + ws}, 0)$ indican nuestro consumo máximo de un bien si consumiéramos cero unidades del otro. La parte intermedia de la recta se refiere a combinaciones en el consumo de ambos bienes. Sin embargo, este nivel de consumo está condicionado a un nivel de precios dado, por lo que, al haber variaciones en los precios de cada bien, la recta se ajusta a estas alteraciones. En la gráfica se observa el comportamiento en situaciones de alza de precios, por lo que la recta se

desplaza hacia dentro. Así, al pasar p_0 a p_1 , donde p_1 es mayor que p_0 , tendremos que sacrificar una parte del consumo de M a fin de mantener nuestro consumo actual de X . Lo mismo pasa en el sentido contrario, donde disminuciones en los precios de los bienes aumentan nuestra restricción presupuestaria permitiéndonos un mayor consumo.

Nuestros ingresos (salariales o no), pueden alterar también nuestra restricción presupuestaria: aumentos de nuestra renta trasladan completamente nuestra recta hacia la derecha o arriba de forma paralela. En el sentido inverso, una disminución de nuestros ingresos (perder el empleo, por ejemplo), desplazan la recta hacia la izquierda o abajo, de forma paralela, disminuyendo con ello nuestras opciones de consumo. El objetivo de todo consumidor es compatibilizar sus preferencias (curvas de indiferencia) con su restricción presupuestaria. Esto significa equilibrar necesidades de consumo casi infinitas con recursos limitados, incluido el tiempo. Este equilibrio entre deseos y posibilidades se expresa matemáticamente por la siguiente expresión²²:

$$\begin{aligned} \text{Max } U &= U(M, X) \\ s^* a(p + wt)M + (q + ws)X &= Y = y + wt \end{aligned} \tag{1.3.2}$$

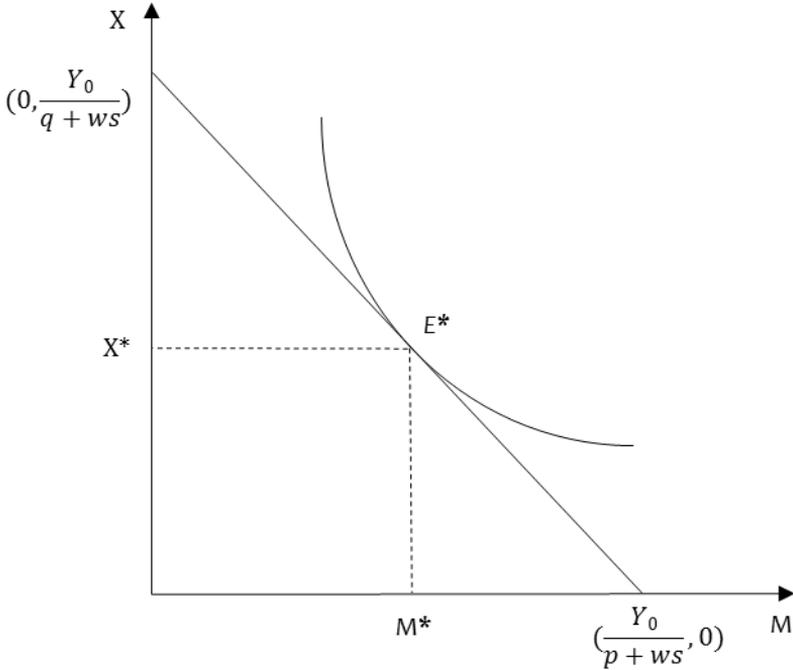
Donde la condición de equilibrio E^* es aquélla en que coincide la pendiente de la curva de indiferencia con la pendiente de la restricción presupuestaria, tal como lo muestra la figura 1.5. En la cual, se señalan las cantidades de consumo de equilibrio de atención sanitaria (M^*) y de otros bienes (X^*). Para ello, debe cumplir las siguientes condiciones de maximización o primer orden:

$$RMS_{X,M} = \frac{\partial U / \partial M}{\partial U / \partial X} = \frac{p + wt}{q + ws}$$

La curva de demanda de atención sanitaria surge de la ecuación (1.3.2), donde se considera una relación dual entre la cantidad demandada de atención sanitaria (M) y los precios compuestos de tal atención ($p + wt$),

²² *Ibidem*, pág. 86

mientras se mantienen constantes el resto de factores: renta (Y), el estado de salud del individuo (H) y el precio compuesto del resto de bienes ($q+ws$). La importancia de considerar constantes los demás elementos se debe a que de esta forma podemos observar el comportamiento de la demanda de atención sanitaria únicamente como función de los precios de dicho bien.

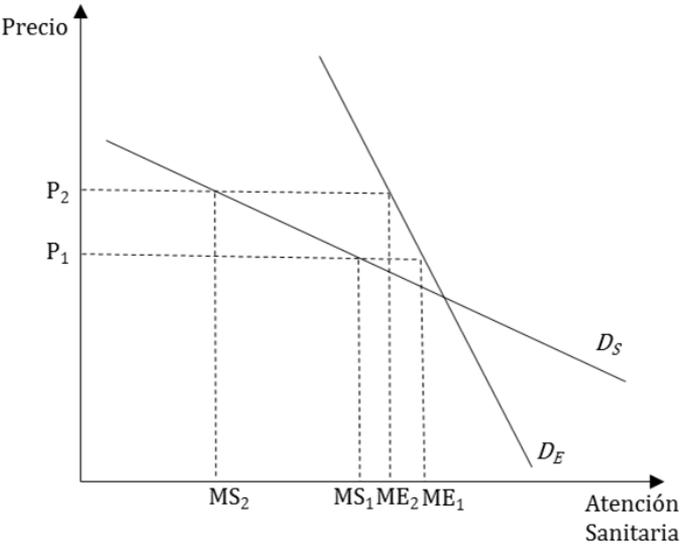


Fuente: Hidalgo, Álvaro et al. 2000. Página 87.

Figura 1.5. Equilibrio del consumidor.

Hay ciertas consideraciones generales sobre la curva de demanda: es decreciente respecto al precio, lo que implica que una subida de precio en un bien específico, conlleva a una disminución en la demanda del mismo. También, un aumento de la renta disponible desplaza la restricción presupuestaria hacia la derecha ampliando las posibilidades de consumo y aumentando la demanda. Esto es así para la mayoría de los bienes. Existen sin embargo dos tipos peculiares de bienes que no se comportan de esta manera. Primero, los denominados *bienes inferiores* para los que un aumento en la renta o ingreso, disminuye su demanda. Imaginemos, por ejemplo, ropa de segunda mano. Es viable que su demanda disminuya cuando las personas tengan un ingreso mayor. Segundo, los *bienes preferentes*, como

la atención sanitaria, la demanda de los cuales no tendrá una variación significativa cuando su precio aumente, hecho que previamente fue señalado mediante las curvas de indiferencia. Este aspecto hace que el gasto orientado a ella pueda ser *catastrófico* y empobrecedor para las familias que tengan que afrontarlo directamente de su bolsillo. En este aspecto la importancia del aseguramiento, como se verá en el capítulo 3 es fundamental.



Fuente: Adaptado de Hidalgo, Álvaro et al. 2000. Página 89

Figura 1.6. Curvas de demanda de una persona sana (D_S) y una enferma (D_E).

La figura 1.6 muestra la curva de demanda para individuos sanos (D_S) y enfermos (D_E). En ella, aparece el precio en el eje de las ordenadas, mientras la cantidad de atención sanitaria se muestra en el de las abscisas. Incrementos en el precio disminuyen la cantidad demandada. Así, cuando P_1 cambia a P_2 , las cantidades demandadas M_{E1} y M_{S1} , para pacientes enfermos y sanos respectivamente, se reducen necesariamente. Pero como se ha señalado anteriormente, el desplazamiento de la demanda es más drástico en personas sanas que en las personas enfermas, quienes reducen en mayor medida su demanda de atención sanitaria pues enfrentan su curva de demanda (D_S) es más inclinada (vertical). Esto significa, además, que su sensibilidad o *elasticidad* al precio es menor. De esta forma, la demanda de atención sanitaria es menos sensible a las variaciones en su precio en personas enfermas.

Capítulo 2.

¿Mercado o Gobierno?

En dónde debe participar el mercado y en dónde el gobierno, han sido cuestiones debatidas en la ciencia económica por generaciones. Se retomará parte de ese debate para resaltar las ventajas o desventajas que provee cada sistema organizativo, refiriéndose a *gobierno* como un sistema en el cual, las decisiones productivas se toman de manera planificada y/o centralizada, mientras que el mercado representa las infinitas interacciones espontáneas y voluntarias que distintos agentes llevan a cabo. Cabe señalar que el tema de la Salud no facilita la discusión pues la simple referencia a un “mercado de la salud” o bien, de manera general, a un “mercado de *lo público*”, generan polémica que raya en el tabú. Este hecho dificulta los debates al respecto pues grandes sectores de la sociedad lo asimilan (irracionalmente) como un intento de *privatizar la salud*. Dicha situación ha sesgado la oportunidad de mejora en muchos sistemas a nivel mundial.

Adam Smith señaló, hace más de 200 años, el concepto básico del mercado: si dos personas *voluntariamente* deciden realizar un intercambio, ninguna de las dos lo llevará a cabo si no obtiene un beneficio de ello. Milton Friedman señala al respecto: “el mérito de Adam Smith consistió en reconocer que los precios que se establecían en las transacciones voluntarias entre compradores y vendedores [...] podían coordinar la actividad de millones de personas, buscando cada una de ellas su propio interés, de tal modo que todas se beneficiasen²³” El mercado de esta forma proporciona *incentivos* para que los agentes interesados actúen y tomen decisiones. El tema de los incentivos es clave en este trabajo y será desarrollado más adelante. De momento, es posible atribuir en cierta parte la baja productividad, la mala atención y la apatía de muchos empleados públicos de atención sanitaria, a la falta de incentivos. De igual manera, las personas en su calidad de productores y promotores de su propia salud, frecuentemente no tienen los incentivos suficientes para hacerlo.

²³ Friedman, Milton y Rose D. Friedman (1979), *Libertad de Elegir*, Ediciones Grijalbo S. A. Primera edición, pág. 31

No obstante, la acción *social* del mercado dista de ser perfecta. Existen abundantes situaciones en las cuales la acción de los mercados no es eficiente e incluso puede ser contraproducente: tan sólo en el tema sanitario, los mercados propician la discriminación de usuarios por nivel de riesgo y el gasto empobrecedor de las familias. Así, al referirse a ellos, es necesario estar alerta y no caer en posturas dogmáticas como la del *laissez faire*. Sin embargo, son muchos los economistas que coinciden en la convicción de que la mejor guía para conducir los esfuerzos individuales es la competencia *sana y efectiva*. Uno de ellos, llamado Friedrich A. Hayek²⁴, advirtió que cuando ciertas tareas o actividades se dejan en poder del estado para que las planifique, se crean fuertes organizaciones sindicalistas o corporativas en esa industria, dejando al consumidor a merced de ellas. Tal advertencia es realidad en muchos países.

Ayala Espino nos explica puntualmente que “Las instituciones del mercado, a diferencia de las del gobierno, tienen dos ventajas cruciales: i) permiten generar incentivos para mejorar la asignación de recursos, y ii) ayudan a obtener, procesar y difundir información relevante, es decir, la ponen en el lugar y en las manos de los agentes que la necesitan para tomar decisiones de inversión y consumo.”²⁵ Este trabajo acentúa la importancia de los incentivos, que como se ha venido apuntalando, promueven la eficiencia en el uso de recursos, en la calidad de la atención, y en la mejora del servicio en general. Nótese, además, que el segundo punto coincide perfectamente con la descripción que Friedman hace acerca del papel de los precios en el mercado.

Por otro lado, en el caso del gobierno, se hace referencia a una intervención directa y planificada del estado en alguna industria o sector en particular. Así, es él quien lleva a cabo la toma de decisiones importantes como ¿qué servicios producir?, ¿cómo producirlos? y, ¿con qué características producirlos?, entre otras. Esa facultad legal para dirigir

²⁴ Premio Nobel de Economía en 1974. Defensor del liberalismo clásico, analizó con profundidad las complejas relaciones entre los fenómenos económicos, sociales e institucionales.

²⁵ Ayala Espino, José (2002), *Fundamentos Institucionales del Mercado*, Facultad de Economía, UNAM. México. Pág. 69

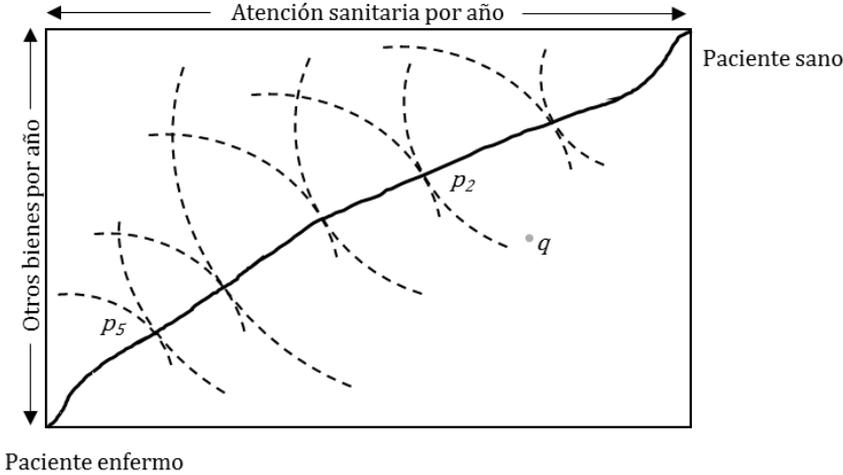
recursos públicos hacia determinadas áreas le confiere el potencial de intervenir directamente como productor y proveedor de servicios sanitarios. Sin embargo, su intervención indirecta también es muy importante: la regulación y coordinación de los servicios de atención sanitaria son tareas de gran relevancia para los sistemas de salud. La actividad gubernamental no necesariamente debe enfocarse en la producción directa, a pesar de que actualmente sea de esa manera en muchos países. Un argumento común señala la dificultad de las organizaciones estatales para el uso eficiente de recursos: al eliminarse los incentivos de la competencia, la productividad e innovación suelen mermarse. “La modalidad dominante respecto del pago a los prestadores de salud en el sector público ha sido de carácter centralizado y burocrático. La asignación de recursos se ha efectuado sobre la base de presupuestos históricos y por criterios de negociación discrecional. Los pagos al personal profesional y no profesional han estado vinculados en lo fundamental a variables de tipo categórico, las cuales no guardan relación con la productividad de la labor efectuada. En el último tiempo se ha diseñado un conjunto de instrumentos de pago basados en criterios prospectivos según población adscrita -en el caso de los consultorios municipales- y según el tipo de prestación en la atención hospitalaria, los cuales intentan introducir un mayor nivel de eficiencia y rendición de cuentas en la oferta de prestaciones del sistema público.”²⁶

Vilfredo Pareto enunció, en el siglo XIX, una definición para la eficiencia, en la que la describe como la *situación en que una persona no puede mejorar su situación sin que empeore la de otra*. Con base en este enunciado, cuando una persona mejora su situación sin alterar o perjudicar la de alguien más, se dice que está *mejorando en el sentido de Pareto*. Partiendo de este concepto, el mercado es capaz de llegar a la eficiencia por sí solo, suponiendo que todos los agentes involucrados operan en competencia perfecta (son tomadores de precios) y que existe un mercado para todos los bienes sin excepción (no hay *externalidades*)²⁷. No obstante, la eficiencia del libre mercado no siempre es el único objetivo por cumplir: el tema *distributivo* suele ser una preocupación

²⁶ Larrañaga, Osvaldo, Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, CEPAL. Chile 1997. Pág. 10

²⁷ Estas condiciones componen el llamado *Primer Teorema fundamental de la economía del bienestar*. Puede ser consultado con mayor profundidad en Rosen, Harvey S. (2008), *Hacienda Pública*.

para muchas sociedades. Dicho de otra forma, un objetivo importante es que la atención sanitaria sea proporcionada a quien la necesite y no sólo a quién pueda adquirirla. Este es el principal objetivo de un sistema de salud *equitativo*, cosa que una privatización *per se* no podría lograr. Se describe a continuación esta situación.



Fuente: Adaptado de Rosen, S. Harvey, 2008.

Figura 2.1. Curva de contrato de pacientes sanos (P_S) y enfermos (P_E).

Una *curva de contrato* muestra todos los puntos en los que se cumple la condición de eficiencia paretiana y está representada en la figura 2.1. Las líneas punteadas representan las curvas de indiferencia de un paciente sano y un paciente enfermo, respectivamente. La parte horizontal identifica el consumo de atención sanitaria en un año, mientras que la vertical el consumo de otros bienes en el mismo periodo de tiempo. Los puntos p_2 y p_5 se encuentran dentro de la curva y señalan distribuciones eficientes en el sentido de Pareto, mientras que el punto q no cumple estas condiciones. Sin embargo, ¿qué pasaría si la sociedad prefiriese el punto q a los otros dos? Como es posible observar, en dicho punto los pacientes enfermos consumen una mayor cantidad de atención sanitaria sin una reducción drástica en su consumo de otros bienes. Esta situación es común pues, como se mencionó, generalmente las sociedades están preocupadas en temas como la equidad y la justicia social. El papel del gobierno es importante para garantizar el logro de tales expectativas sociales. A pesar de ello, la forma en que lo lleve a cabo

es sumo importante pues al buscar la equidad puede afectar la eficiencia, con lo que conllevaría a asignaciones tanto inequitativas como ineficientes.

En este aspecto, si bien las decisiones tomadas en oficinas centrales u organismos burocráticos carecen de toda la información e incentivos que el mercado (a través de los precios) provee, tienen gran importancia en áreas donde éste es ineficaz. La teoría económica se ha esforzado en describir estas situaciones. Por ello, se verá en seguida el tema de las externalidades, el cual es de suma importancia para comprender por qué el gobierno debe, por cuestiones *sociales*, intervenir directa o indirectamente (mediante la regulación) en los mercados de ciertos bienes y servicios. Después, se analizarán las principales características de los bienes públicos y los bienes privados, señalando la importancia del sector público en la provisión de ellos. Se finalizará el capítulo con la descripción de los fallos del mercado y los fallos del gobierno.

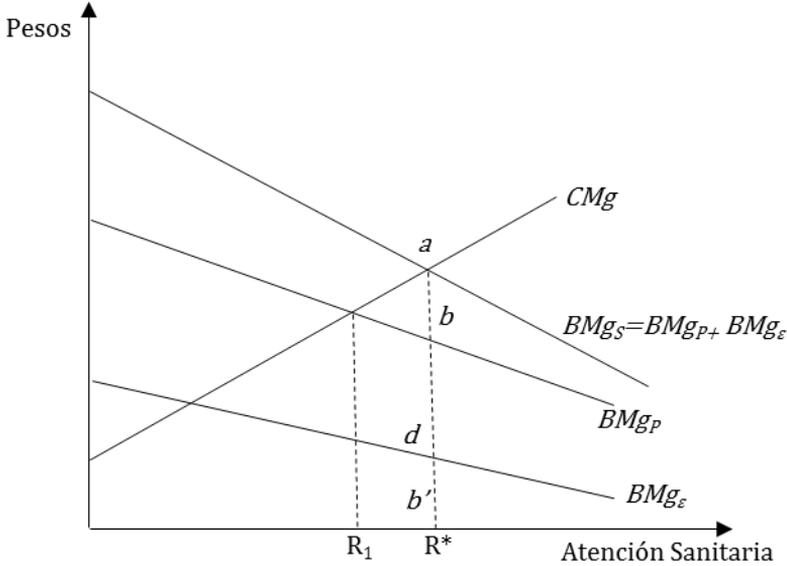
2.1 Externalidades

En economía, se hace referencia a la existencia de una externalidad cuando la actividad de un agente económico (una persona, una familia, una empresa, el gobierno, etc.) influye directamente sobre otro agente de tal forma que no puede ser reflejada en los precios de mercado. La manera en que influye puede ser benéfica (externalidad positiva) o perjudicial (externalidad negativa). Cuando el mercado puede internalizar los efectos de la actividad económica, es posible que la misma sea eficiente. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se tienen en cuenta. Un ejemplo sencillo es el de un fumador en un área atiborrada de personas: su conducta afecta a los demás, pero no pagó por sus consecuencias al comprar sus cigarrillos: el sistema de precios suele contemplar algunas situaciones sociales importantes, aunque puede no incluir algunos aspectos que considera externos. Imagine que países productores de petróleo deciden no vender su producción. Ante la escasez, el mercado elevará los precios del petróleo y sus derivados (como la gasolina), alcanzando un nuevo nivel eficiente de demanda ante la menor oferta. Por tanto, automovilistas, por ejemplo, tendrán que pagar un mayor precio por el combustible y debido a esto,

optimizarán el uso de su vehículo a fin de no ver afectado su bolsillo, reduciendo su consumo o utilizando su vehículo de la mejor manera posible. El mercado, en este caso, mediante los precios, modificó la conducta de los consumidores como respuesta al contexto. Sin embargo, no da soluciones por sí mismo a la situación de la contaminación derivada por el uso del automóvil, que afecta a personas no responsables directamente de ello, como peatones y ciclistas, quienes son “externos” y ajenos al uso del automóvil y, por tanto, de los precios del combustible. Incluir en el precio de la gasolina los efectos contaminantes de su uso para automóviles, es una buena opción, pero de difícil ejecución. Para hacerlo se tendría que utilizar una medición exacta de la proporción de la contaminación derivada específicamente del uso de automóviles (recuerde que las fábricas, la generación de electricidad y muchos motores como los de una podadora de césped también utilizan combustible y generan emisiones contaminantes). Además, tendría que haber una forma de diferenciar (discriminar) a los consumidores ya que algunos pueden no perjudicar directamente a nadie por conducir en zonas despobladas, donde el daño social es menor comparado con el que se produce, por ejemplo, cerca de zonas escolares. También, hay usuarios que usan con poca frecuencia su vehículo y sería injusto tratarlos de igual forma que a quienes lo usan constantemente.

Por otro lado, existen también externalidades positivas, como la producción de salud o educación. Personas educadas y saludables benefician a la sociedad en su conjunto: sus beneficios son públicos y privados. Observe lo que ocurre con las vacunas: la vacunación representa una protección personal ante el riesgo de contraer ciertas enfermedades. Es tan efectiva que incluso crea inmunidad a ellas. Sin embargo, tiene ciertos costos para quien la recibe como el malestar de ser inyectado y, después de recibirla, puede padecer fiebres y molestias físicas. A pesar de que el beneficiado es quien fue vacunado, trae consigo efectos *externos* benéficos, ya que a su vez protege a las personas con que tiene contacto, de contraer la enfermedad. No obstante, una proporción de la población no estaría dispuesta a vacunarse ya sea por desconocimiento, temor o indiferencia. Además, si el mercado tuviera que proveer tal servicio, puede que no lo haga en cantidades suficientes, pues existen personas en calidad de indigencia, quienes no podrían pagar por su vacuna. De esta forma, sin la intervención de alguien más, como el gobierno,

no se vacunarían suficientes personas, perdiéndose el beneficio social que implica el caso contrario. De hecho, la atención sanitaria (que es factor de producción del bien “salud”) tiene tantas externalidades positivas que su producción es considerada un *bien público puro*²⁸, esto es, que su producción beneficia a toda la sociedad en conjunto. Esta situación hace que merezca una atención especial.



Fuente: Adaptado de Hidalgo, Álvaro et al., 2000.

Gráfica 2.2. El caso de una externalidad positiva.

La gráfica 2.2 ilustra la situación de una externalidad positiva. La curva CMg representa el coste marginal de producir atención sanitaria. Su pendiente positiva indica que a medida que sube la producción de atención sanitaria aumenta el costo. Con pendiente negativa, la curva BMg_P corresponde a los beneficios marginales privados del productor de atención sanitaria (personas, empresas), quien está dispuesto a producir hasta el punto donde CMg y BMg_P se igualan, esto es, en el punto R_1 . En este punto el mercado es eficiente y ha producido en un nivel económico óptimo, pero no tiene incentivos para aumentar la producción. A pesar de ello, la actividad

²⁸ De hecho, técnicamente, la atención sanitaria tiene todas las propiedades de un *bien privado puro*, tema que se analizará en el siguiente apartado. La existencia de externalidades en su producción es muy importante ya que son tan “buenas”, que los beneficios de una persona sana tienen las características de *bienes públicos puros*.

productiva aún puede generar más beneficios, los cuales son recogidos por la curva de beneficios marginales externos (BMg_E), la cual refleja aquéllos beneficios deseables que el mercado no tiene incentivos para producir. La curva de beneficios marginales sociales BMg_S es el resultado de la suma de BMg_P y BMg_E . El punto donde es igual al costo marginal, denominado en la figura R^* , es el punto de equilibrio óptimo socialmente. Pero, ¿es posible incentivar una mayor producción aun cuando la misma se encuentre en su nivel de equilibrio de mercado? Cuando existen externalidades, se presenta el problema de una posible asignación ineficiente de recursos. Varian²⁹ sostiene que la ausencia de *derechos de propiedad* es la causante de muchos de los problemas prácticos de las externalidades. Cuando estos existen, es posible resolver la externalidad mediante mecanismos de mercado como cualquier otro bien. Ya sea que se busque limitar o fomentar una externalidad, Rosen³⁰ nos describe algunas soluciones que se recuperan a continuación:

Soluciones privadas.

1. La negociación y el Teorema de Coase. Siempre que se le asignen a alguien los derechos de propiedad, se puede lograr una solución eficiente a las externalidades.
2. Las Fusiones. Si conjuntan actividades quien produce la externalidad como quien es afectado por ella, pueden desaparecer al ser partícipe el afectado también de los beneficios en la producción.
3. Las convenciones sociales, en donde hábitos y educación condicionan una reducción de externalidades.

Soluciones públicas.

1. Los impuestos: impuestos específicos o Pigouvianos, focalizados en la actividad en donde se desea limitar la producción de externalidades. La Gráfica 2.3 muestra un ejemplo de ellos. En ella, se puede observar el crecimiento de ingresos tributarios derivados del consumo de cerveza y bebidas refrescantes en México. Es notable apreciar el efecto a partir del año 2014, donde se añadió un impuesto

²⁹ Varian, Hall, (), *Microeconomía intermedia*,

³⁰ *Óp. Cit.* Página 89

adicional del 10% a las bebidas refrescantes. La evidencia disponible sugiere un descenso del 9.7% en su consumo para el año 2015³¹



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Gráfica 2.3. México. Primer trimestre de 2010 a cuarto trimestre de 2017. El caso de un impuesto específico: recaudación por tributación al consumo de cerveza y bebidas refrescantes. Promedios trimestrales. Millones de pesos a precios corrientes.

2. Las subvenciones orientadas a estimular la reducción de la externalidad. Implican al pago o subsidio a los afectados por una externalidad de parte del gobierno. Sin embargo son un arma de doble filo, ya que al existir un subsidio para los afectados, puede hacer víctimas a quienes no lo son y, a la larga, aumentar la externalidad.
3. La creación de un mercado de “externalidades negativas” por ejemplo, contaminación. Así, si la información sobre el coste y beneficio marginales privados es escasa, el gobierno puede establecer un nivel arbitrario de externalidades y ofertarlo (con una pendiente inelástica) a los distintos agentes interesados. Con ello, se les permite a los mismos designar en términos monetarios el valor que le dan a contaminar y “adquirir” la cantidad de externalidades

³¹ Cocheró, M. Arantxa, Juan Rivera-Dommarco, Barry M. Popkin y Shu Wen Ng (2017), *In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax*. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2017/02/16/hlthaff.2016.1231> (Consultado en marzo de 2017)

- que mejor valoricen. De esta manera, y dada la limitación de la cantidad ofertada, tendrán incentivos adicionales para producir externalidades eficientemente, o lo que es lo mismo, a utilizar sus “permisos de contaminación” lo mejor posible.
4. La regulación se refiere a sanciones legales hacia los que producen externalidades. Sin embargo, su aplicación homogénea sobre empresas e individuos generalmente diferentes, conduce a ineficiencias económicas.

2.2 Bienes públicos y bienes privados.

La producción del bien salud es benéfica no sólo para el individuo que la consume, sino que al hacerlo, beneficia a las personas que lo rodean. Este beneficio “público” hace que se responsabilice al Estado su provisión. Pero, ¿en qué circunstancias debe participar el Estado como proveedor? ¿Por qué razón el mercado no es adecuado en la provisión de algunos bienes? El tema de las externalidades nos da alguna luz al respecto. Los impuestos y subsidios pigouvianos pueden solucionar algunas deficiencias o fallos del mercado. El establecimiento de derechos de propiedad elimina en automático las externalidades, pero a veces es imposible asignarlos a ciertos bienes, como la seguridad nacional. Probablemente el simple hecho de existir múltiples externalidades positivas no signifique necesariamente que el gobierno deba encargarse de la producción. Por ello, es necesario definir cuáles son las características de un bien público y un bien privado. Con ello se conocerá qué actividades irreductiblemente tiene que realizar el gobierno y cuales pueden dejarse en manos de otros agentes económicos.

Un bien público puro, se define como aquél que “una vez suministrado, el hecho de que otra persona lo consuma tiene un coste adicional de recursos igual a cero”. Esto significa que no presenta problemas de *rivalidad*. Un semáforo cumple este requisito pues lo pueden utilizar simultáneamente múltiples vehículos y peatones sin que su disfrute por una persona más ocasione un nuevo gasto. Lo mismo pasa con la iluminación pública: su coste no aumenta en proporción al número de usuarios que se benefician de ella. El hecho que una persona adicional la utilice, no resta la utilidad de la misma.

Otra característica importante de los bienes públicos puros es que “impedir que lo consuma otra persona es imposible o muy caro”, lo que significa que no es posible la *exclusión*. ¿Cómo se puede excluir del uso del semáforo a un vehículo en particular? En el caso de un show pirotécnico en el aniversario del día de la independencia nacional, ¿es posible impedir a alguna persona el disfrute del espectáculo? El aire limpio en una ciudad también es un ejemplo de bien público puro.

Por otro lado los bienes privados puros presentan problemas de rivalidad y exclusión. Si una persona consume una ensalada, otra persona no puede hacerlo sin que la cantidad disponible disminuya. Así mismo, una manzana no puede ser consumida por múltiples personas sin que la porción sea menor. Además, es sencillo excluir de su consumo a quienes no han pagado por ella. Si alguien no paga su entrada a una función de cine, es fácil su exclusión de la misma.

No obstante, la tecnología y la condición de los mercados pueden transformar las condiciones de los bienes públicos puros. El uso de carreteras y autopistas, puede generar situaciones de exclusión con el establecimiento de casetas de peaje o bien, con el uso de dispositivos electrónicos de pago anticipado (como las calcomanías IAVE en el caso mexicano). De este modo, aquéllos que posean esta tecnología pueden utilizar estas vialidades. Por tanto, es útil pensar en lo “público” en términos de grado. Así, en la realidad existen pocos bienes públicos puros, ya que muchas veces es posible la exclusión o la rivalidad en alguna medida. Sin embargo, conocer tales características es importante al momento de planificar políticas públicas.

En la cuestión sanitaria, aparecen frecuentemente características de bienes privados puros. La rivalidad suele ser la regla: un corazón o un riñón para un trasplante no puede ser usado por dos personas a la vez. Del mismo modo, un medicamento no puede ser compartido entre distintas personas sin riesgo a no concluir el tratamiento. Además, puede excluirse de su consumo con mucha facilidad: un gran número de sistemas de atención sanitaria en el mundo tienen un carácter de *seguro social*, por lo que sólo atiende a beneficiarios afiliados (que en general participan en el mercado formal de trabajo). Así, el acceso a servicios sanitarios depende de la afiliación a algún

seguro médico específico o bien, de la calidad laboral de las personas. Al respecto, los esfuerzos para la universalización de los servicios de salud en México buscan romper este factor como determinante en el acceso a los mismos. En una situación en la que no existieran servicios médicos de prepago como la seguridad social o seguros médicos privados, el precio de mercado sería un elemento excluyente en la prestación de atención sanitaria, de forma que quién no cuente con capacidad de pago quedaría excluido de su provisión. Con estas características es viable considerar la *atención sanitaria* como un *bien privado puro*. Sin embargo, la existencia de grandes externalidades positivas en la producción del bien *salud*, hace que este último sea considerado un *bien público puro*. Esto es, la atención sanitaria *produce* un bien público puro, pero esta es en sí un bien privado puro.

2.3 Fallos de Mercado.

Para la mayoría de los bienes y servicios que se producen, existe un mercado que guía automáticamente la toma de decisiones y el buen funcionamiento. Sin embargo, el mercado sanitario está lleno de imperfecciones, las cuales no le permitirán un desempeño eficiente por lo que el Estado podría intervenir para su corrección: desde autorizar y validar la matriculación de médicos hasta obligar a las personas a adquirir seguros de salud y planes de retiro, ya que por sí mismo no se prepararían lo suficiente para afrontar la enfermedad o la vejez. Stiglitz³² enumera los siguientes fallos de mercado:

1. Información Imperfecta. Existen grandes asimetrías de información entre pacientes (consumidores) y proveedores de atención sanitaria. Esto debido a la naturaleza especializada de la ciencia médica de la cual carecen los consumidores. De esta manera, deben confiar en la opinión y conocimientos del médico para tratar su enfermedad, sin poder contrastarla de primera mano. Por otro lado, la frecuencia en el consumo de atención sanitaria no suele ser suficiente como para acumular experiencia de compra y emitir mejores decisiones de consumo, como ocurre con otros bienes y productos. Finalmente, la efectividad de un tratamiento no depende

³² Rosengard, Jay K. y Joseph E. Stiglitz (2015), *La economía del sector público*, 4ª edición. Antoni Bosch, editor. Pág. 450

solamente del procedimiento realizado por el médico, sino que hay una corresponsabilidad de parte del paciente, por lo que los indicadores de resultados de un proveedor no pueden ser generalizados: cada paciente es único. La información es un elemento necesario para la eficiencia, la cual es un bien público, por lo que el Estado debe velar por que se difunda con precisión y proteger tanto a consumidores como a productores.

2. Competencia limitada: La información imperfecta reduce el grado de competencia, puesto que el sistema de precios, tan efectivos en el resto de productos, no son útiles en el mercado sanitario. La competencia por medio de precios no es viable pues los mismos son subjetivos: un precio bajo podría ser considerado como una baja calidad de la atención proporcionada. Además, dado el grado de sofisticación de ciertas intervenciones, como intervenciones en hospitales especializados, hace difícil la elección por la falta misma de competidores.

3. Ausencia de ánimo de lucro: En el tema sanitario existe un marcado carácter público y social, cuya naturaleza no persigue el lucro. La mayoría depende de presupuestos y subsidios gubernamentales para funcionar, por lo que no persiguen objetivos de maximización de beneficios y minimización de costes. La relación agente-principal puede ser complicada por la presencia de incentivos perversos que no aumentan la productividad ni la eficiencia en el uso de recursos. Por otro lado, la privatización y el lucro en la prestación de atención sanitaria en algunos países puede tener una connotación negativa y falta de ética. Fortalecer y fomentar mercados privados de salud no es políticamente aceptado.

La existencia de fallos en el mercado sanitario, generan ineficiencias y dificultan contener el aumento de costos. Este gasto excesivo es consecuencia de un aumento de oferta que no se refleja, como en otros mercados, con una disminución del precio. Esto debido a que, la asimetría de información, los pacientes no saben qué atención es necesaria y correcta, por lo que adquieren los tratamientos e intervenciones que su médico dicta. En un sistema lucrativo, los incentivos para que esto ocurra son mayores. Eso explica, por ejemplo, el alto gasto en salud en Estados Unidos en comparación con otros países de la OCDE.

Capítulo 3.

Los Sistemas de Salud: hacia un modelo óptimo.

En su *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, la Organización Mundial de la Salud se pregunta en primer lugar ¿qué es un sistema de salud? Se partirá igualmente sobre esta cuestión, ya que además de ser una interesante introducción, sienta las bases del futuro análisis precisando las definiciones y los conceptos que serán utilizados a lo largo de este estudio. Dicho *Informe* (de consulta imprescindible), pone de manifiesto la dificultad para establecer una definición que de forma precisa y concreta que identifique un sistema de salud, dada la ambigüedad y extensión que implica el concepto. Sin embargo, considera que un sistema de salud es aquél que “abarca todas las actividades cuya *finalidad principal* es promover, restablecer o mantener la salud”³³. Esta definición no obstante ser general y bastante amplia, es clara en tanto excluye actividades que, a pesar de tener importantes consecuencias sobre la salud (como la educación), no fueron planeadas con ese fin en particular. Por otro lado, es común el relacionar al sistema de salud con el sistema de atención sanitaria (prestación de servicios e inversión en salud) en virtud de ser el segundo más notable y con mayor peso relativo. Dicha situación estrecha el verdadero alcance de los sistemas de salud, pues la información sobre prevención de enfermedades, los reglamentos sobre seguridad e higiene en el trabajo, los elementos de seguridad vial y el desarrollo de infraestructura urbana de accesibilidad para personas con discapacidad, por ejemplo, son parte también de ellos. En línea a esta multiplicidad de facetas que componen un sistema de salud, Julio Frenk³⁴ aporta más que una definición, un calificativo muy adecuado al denominarlo una *respuesta social organizada a las condiciones de salud de las poblaciones*.

³³ ISSM pág 6, las comillas son del referente.

³⁴ Frenk, Julio (1992), *La Nueva Salud Pública*, en “La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate.” Publicación científica no. 540. Organización Panamericana de la Salud. Pág. 82

Sin importar el grado de fragmentación y desarrollo que tenga, todos los países cuentan con un sistema de salud, de acuerdo a la definición anterior. Incluso en aquellas regiones donde el desarrollo de instituciones médicas o de infraestructura hospitalaria es escaso, la existencia de personas dedicadas a la mejora y mantenimiento del estado de salud como curanderos, parteras, masajistas y demás oficios afines, forman parte todos ellos de él. En el México prehispánico, por ejemplo, lo componían los *titícitl* (médicos y curanderos) y los *panamacac* (herbolarios o boticarios), según lo refiere el *Códice Florentino*³⁵.

A la par de la sociedad, el papel que desempeñan los sistemas de salud ha cambiado sustantivamente. Si bien hasta inicios del siglo pasado tenían una función básicamente curativa (restauración de la salud), en la actualidad las personas esperan muchas más prestaciones y recurren a ellos en situaciones cada vez más variadas, como la crianza de los niños, la salud sexual, la planificación familiar, la asesoría nutricional y la prevención de lesiones en el deporte y trabajo, por ejemplo. También, los gobiernos reconocen en la salud no solo una garantía constitucional de bienestar social, sino un instrumento para aumentar la productividad de la población, redistribuir la riqueza y fomentar la equidad. Como se observará más adelante, la enfermedad puede tener consecuencias catastróficas, físicas y económicas, que afectan con mayor rigor a los más pobres. El carácter de la salud como bien cuya producción trae consigo múltiples externalidades positivas, ha motivado que se atienda bajo un nuevo enfoque, en el que tiene mayor significancia (y muchas veces prevalece) la intervención pública, de tal forma que “lo que por miles de años fue una relación básica y privada –en la que una persona aquejada por una enfermedad era atendida por los miembros de la familia o por religiosos prestadores de asistencia, o a veces pagaba a un curandero profesional para que la tratara- se ha ampliado

³⁵ Sánchez Ruíz, Juan F. et al (2012), *La farmacia, la medicina y la herbolaria en el código florentino*, En Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://asociacionfarmaceuticamexicana.org.mx/revistas/2012/RMCF%20V43-3/ARTICULOS%20PDF/LA%20FARMACIA,%20LA%20MEDICINA%20Y%20LA%20HERBOLARIA%20EN%20EL%20CODICE%20FLORENTINO.pdf> (Consultado en diciembre de 2017)

durante los dos últimos siglos para formar la compleja red de actividades que ahora abarca un sistema de salud”³⁶. Esta complejidad conduce a la siguiente pregunta: ¿qué hacen o cuál es la función de los sistemas de salud?

Evaluar el desempeño de un sistema de salud implica definir qué papel debe realizar y, por tanto, que objetivos debe alcanzar. Una unidad médica moderna y con personal capacitado es siempre preferible a establecimientos con limitaciones e insuficiencias, aunque el costo que conlleva puede generar exclusión y precios elevados, por lo que es deseable mayor cobertura frente a mayor sofisticación. Ahora bien, si se supone la existencia de unidades de primer nivel con servicios efectivos totalmente gratuitos para toda la población, se esperaría, además, no sólo la mejora de salud, sino un trato digno, respetuoso y confidencial. Más aún, nos gustaría conocer las opciones para el tratamiento de nuestra enfermedad y participar en la toma de decisiones respecto a los procedimientos necesarios para atenderla. Incluso se espera no quedar en bancarrota tras una enfermedad. Lo que se plantea es que no solamente se requiere de atención médica, sino que es deseable que la misma sea de calidad y sin repercusiones desgastantes para nuestro bolsillo. Así, los sistemas de salud tienen esas tres funciones básicas: mejorar la salud, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud³⁷. Dado este argumento, se podrá pensar que para las personas y países con ingresos bajos, mejorar la salud es más que suficiente mientras que el logro de los otros dos objetivos significaría un lujo. Más es equivocado pensar así, ya que son ellos, los más pobres, quienes presentan mayor vulnerabilidad a la enfermedad y para quienes un pequeño riesgo sanitario puede significar una verdadera hecatombe financiera. Por otro lado, los costos que supone una mejora en la calidad de la atención no atentan contra los ya en sí escasos recursos destinados al sistema de salud, pues son mínimos e incluso pueden llegar a ser nulos bajo los incentivos adecuados.

Esta visión ampliada de cómo debería funcionar un sistema sanitario, permite comprender mejor los retos que enfrenta, así como sus deficiencias y oportunidades. Fuera de la tradición de asimilarlo como pura atención

³⁶ ISSM P7

³⁷ ISSM pág 9

médica, se debe dejar en claro que “prestar atención médica es lo que el sistema *hace*, no lo que el sistema *es*”³⁸. Más aún, centrarse en sólo esa función, no permitirá encontrar notables fallas en el sistema, pues el conocimiento y prácticas médicas han tenido tan notable desarrollo, que no es posible responsabilizarlas por ellas. La mortalidad materna, por ejemplo, es técnicamente evitable, lo mismo que muchos otros padecimientos, si son tratados adecuadamente. De hecho la mayoría de las críticas e inconformidades con los sistemas de salud son hacia los aspectos no involucrados directamente con la atención médica en sí, sino que atañen a situaciones de limitación en el acceso, alto costo de tratamientos, negligencia médica, maltrato y excesivos tiempos de espera.

A continuación, serán descritas cada una de las funciones de un sistema de salud.

3.1 Mejorar la salud

La principal finalidad de un sistema de salud es mejorar la salud, así como su razón de ser. En la consecución de este objetivo, se han dado pasos enormes: las reducciones en las tasas de mortalidad infantil y materna, la mayor esperanza de vida (48 años en la década de 1950, actualmente 75 en promedio en el mundo) y la erradicación de enfermedades mediante la inmunización, son sólo algunos ejemplos de ello. Es cierto que factores como el desarrollo económico y la educación han contribuido a la mejora en la salud, como se ha señalado en el Capítulo 1, donde se comentaron los distintos determinantes de la salud. No obstante, es necesario destacar que la mayor parte de esta mejora se debe a los sistemas de salud. Países en África, por ejemplo, a pesar de tener bajos ingresos y múltiples carencias, pueden beneficiarse de los logros de la ciencia médica (véase cuadro 1.2.1). En las grandes ciudades, ricos y pobres se benefician por igual del alcantarillado y los sistemas de drenaje, así como de la señalización vial y de las medidas públicas para el control de emisiones contaminantes. Incluso si la situación económica fuese un factor decisivo para una buena salud, es mucho más fácil (y más barato) avanzar en la mejora del sistema de salud

³⁸ ISSM p. 49

que en el crecimiento económico y en aumentar la equidad en la distribución de la riqueza: el crecimiento económico ha sido y es un objetivo constante para las sociedades y las personas, pero no es una realidad para todos. *Los caminos para el bienestar económico son heterogéneos e imprecisos, los caminos para la mejora de la salud no lo son:* respaldados en la ciencia médica, ofrecen bases concretas para una buena salud. Por otra parte, aunque la ciencia médica y sus aplicaciones no tuvieran grandes progresos, cambios en la organización y operación de un sistema de salud generan por sí solos grandes beneficios. La preocupación de modificar hábitos como el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación, es un ejemplo de ello. La libertad de elección de proveedor de servicios de salud por parte de los usuarios coadyuva a la mejora de la calidad de la atención en conjunto. De hecho, la orientación hacia prácticas preventivas es una gran revolución en la forma de cómo mantener y preservar nuestro estado de salud. Pequeñas mejoras en los procesos también hacen grandes cambios, como el método de *Referencia – Contrarreferencia* en las unidades médicas, que agiliza la coordinación entre distintos niveles (unidades de atención primaria, segundo y tercer nivel) de atención sanitaria. Dichas transformaciones suelen ser relativamente baratas en términos económicos, aunque, como se señala más adelante, suelen ser poco eficaces si no se coordinan adecuadamente con otros sistemas como el educativo y aspectos de índole cultural, que impactan sobre el mayor determinante de la salud: el estilo de vida.

Lamentablemente, el enfoque tradicional de identificar un sistema de salud con el sistema de atención sanitaria, limita las mediciones y datos disponibles sobre su desempeño global. Las personas y las organizaciones que proveen servicios de atención médica no son las únicas responsables por la salud de la población. Al respecto, el gasto mundial en atención sanitaria solamente, significó en el año 2014, en promedio, el 9.9% del PIB³⁹, lo que implica que casi un 10% de los ingresos mundiales se destinan al cuidado y preservación de la salud. Actualmente, los más modernos sistemas de salud presentan un sofisticado grado de diferenciación y especialización, creciente utilización de tecnología de punta, tratamientos innovadores y desarrollo sin precedentes de infraestructura. Sin embargo, esto no hubiera sido posible sin

³⁹ Según datos del Banco Mundial.

una estructura adecuada que promueva la información, la toma de decisiones, el financiamiento y la conexión con los proveedores de servicios médicos. Esta estructura, compuesta por la autoridad rectora del sistema, las instituciones aseguradoras, o las entidades recaudadoras de fondos, en aparente lejanía con el cuidado directo de la salud, es decisiva para la mejora del desempeño global del sistema.

3.2 Protección financiera ante los costos de la mala salud.

La naturaleza misma de la mala salud hace que su atención pueda ser catastróficamente costosa. En el capítulo anterior fueron descritas propiamente las características del bien salud y la naturaleza de la atención sanitaria, así como los determinantes de su demanda. El alto grado de imprevisibilidad en el estado de salud, provoca que las personas no estén lo suficiente o ni siquiera preparadas para afrontar una enfermedad o un incidente que lo perjudique. Cuando un evento de esta naturaleza ocurre, optan entre atenderlo a toda costa (aunque los pueda llevar a la ruina económica), o bien, aceptar la pérdida de la salud y por ende disminuir su calidad de vida. La mayoría de veces las personas tratan de afrontar la enfermedad aun arriesgando su patrimonio y pese a que en muchas ocasiones también deban exponer su dignidad, pues la enfermedad amenaza la capacidad de controlar la situación y por ende, la capacidad de reacción, trayendo consigo temor, vergüenza y disminución de la autonomía en las personas afectadas. Está claro que aquéllos con mayores ingresos pueden prevenir mejor estas situaciones ya sea mediante ahorros personales o mediante la contratación de seguros. A pesar de ello, el pago de la atención médica mediante ahorros personales (pago de su propio bolsillo) es la forma de financiamiento más devastadora y debería ser evitada a toda costa. Si esto es así para las personas con recursos, lo es más para aquéllas más pobres.

La mejora de la salud por sí misma no es suficiente si, al mismo tiempo, la desigualdad social aumenta o se benefician del sistema, de manera desproporcionada, aquéllos que ya gozan de buena salud. Es deseable, por tanto, un sistema de financiamiento equitativo, basando esa equidad no según el riesgo de enfermedad, dado que ancianos y personas ya enfermas tendrían una mayor carga y son justo quienes, en promedio, menores

ingresos generan. En este sentido, un sistema de salud absolutamente privado podría promover la exclusión de esta parte de la población, además de las obvias barreras a las personas sin capacidad de pago. Un sistema equitativo garantiza la protección financiera de todos. Cuando, como se mencionó hace un momento, las familias se ven empujadas a la pobreza por pagar atención médica o bien no pueden acceder a ella por falta de recursos, el sistema no es equitativo. Lamentablemente, en la mayoría de los países pobres, y en algunos de ingresos medianos y altos, gran parte de la población no está protegida contra el riesgo financiero de la enfermedad. En este sentido, probablemente no haya un ejemplo más representativo de la desigualdad social que la situación sanitaria: el 84% de la población del mundo vive en países pobres y sobrellevan el 93% de la carga de morbilidad del mundo⁴⁰. Además, son los más pobres quienes tienen mayores riesgos de contraer una enfermedad misma que es propensa a agravarse debido al entorno en que viven. Aunado, es frecuente que el gasto en los países pobres destinado a salud sea insuficiente dados los escasos recursos públicos disponibles por su gobierno, situación que se complica por la baja recaudación fiscal, la que depende a su vez del dinamismo económico total.

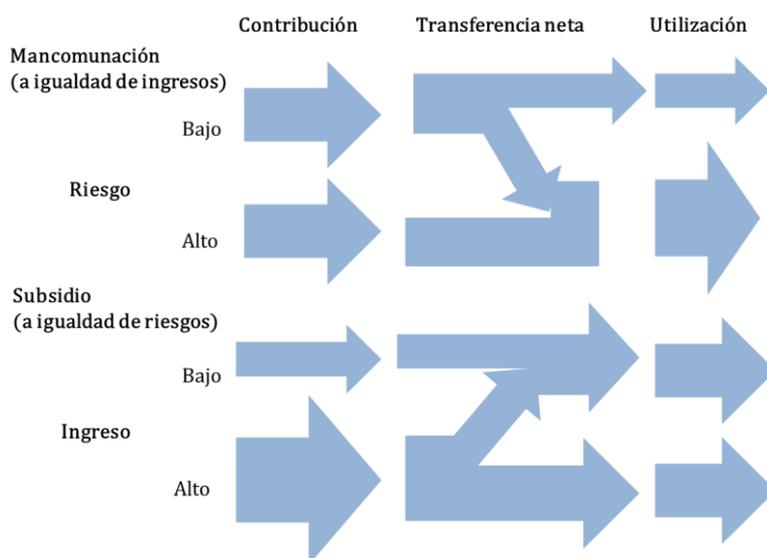
Según la Organización Mundial de la Salud, el financiamiento tiene tres componentes: recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de intervenciones. El primer componente, atañe a la forma en que se recolectan los recursos para el sistema de salud. Estos provienen de las familias, las empresas, las donaciones y del gobierno, quien los recolecta mediante impuestos y contribuciones obligatorias a la salubridad (en Chile todos los trabajadores formales deben aportar un 7% de su salario a tal fin). El camino principal para el empobrecimiento de las personas es el pago de bolsillo (*out of pocket*). En esta modalidad de financiamiento costean directamente de sus recursos la atención médica. Un problema inherente es que si su capacidad de pago no se los permite, no podrían acceder a tratamientos costosos por mucho que mejoraran su salud. Del mismo modo, no habría incentivos suficientes para adquirir servicios de medicina preventiva pues la atención curativa sería la prioridad en el gasto. Un sistema de salud que tenga como objetivo ser equitativo, no permitiría que la falta de recursos económicos sea un impedimento para mejorar la salud. Por otro

⁴⁰ ISSM 2000 pág. 8

lado, como se mencionó en el capítulo 1, en la mayoría de los casos no es posible prever cuando se necesitará la atención médica, por lo que no siempre las personas están preparadas para costearlo, justo lo contrario respecto a la mayoría de los bienes: si se decide adquirir un automóvil, es posible ir ahorrando anticipadamente para comprarlo. Aunque del mismo modo que con el automóvil, un sistema de pagos anticipados también es posible en el financiamiento de la salud. Aunque esta clase de previsión no debería tener un carácter individual, ya que ante el eventual padecimiento de alguna enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, quedaría vacía en poco tiempo hasta la cuenta de ahorros en salud más nutrida. Por tanto, hacerlo de manera conjunta es la mejor solución al financiamiento sanitario. Esto significa pagos periódicos concentrados en un fondo común, situación denominada *mancomunación de recursos* y que es el segundo componente del financiamiento, situación que se presenta usualmente en la función de aseguramiento, como en los sistemas de seguridad social. Dicho aseguramiento es explícito cuando las personas deliberadamente seleccionan un plan de seguro e implícito cuando existe un sistema nacional de salud público costado mediante impuestos, como en el caso de Cuba o Canadá. No obstante, gran porcentaje del gasto en salud en países de bajos recursos es justo pago de bolsillo.

Toda forma de pago anticipado es preferible al pago momentáneo de bolsillo cuando se requiere atención médica. El pago anticipado individual hace referencia a cuentas de ahorro las cuales, no obstante, serían insuficientes en caso de tratamientos costosos. Sin embargo, si los pagos anticipados se ingresan en un fondo común, los riesgos pueden compartirse entre las personas sanas y enfermas, con un importante grado de equidad. Este es el segundo componente del financiamiento de la salud: la mancomunación de recursos. Además de la posibilidad de repartir el riesgo, la mancomunación de recursos permite la existencia *subvenciones cruzadas* donde se distribuye el riesgo financiero entre los miembros del fondo en común al igual que una distribución de la carga contributiva entre personas con mayores ingresos y personas con menores ingresos, sin importar su riesgo de enfermar y por tanto, el grado de utilización de los servicios

sanitarios, incluidos también los subsidios gubernamentales⁴¹. Un mecanismo de subsidios cruzados “reduce la incertidumbre tanto para los ciudadanos como para los proveedores. Al aumentar y estabilizar la demanda y la corriente de recursos financieros, los fondos comunes pueden aumentar la probabilidad de que los pacientes estén en capacidad de pagar los servicios y de que un volumen mayor de estos últimos justifique nuevas inversiones por parte del proveedor.”⁴² La figura 3.1 muestra la dualidad de beneficios en un sistema de recaudación de recursos mancomunado.



Fuente: OMS, Informe sobre la salud en el Mundo 2000, página 115.

Figura 3.1. Mancomunación y subsidios cruzados.

Un elemento que debe ser resaltado es que, a diferencia de temas como la provisión donde la participación pública o privada puede ser determinante, en tanto financiamiento lo importante no es si es público o privado, sino si se trata de pagos de bolsillo o bien, se trata de pagos anticipados mancomunados en fondos comunes. Además, el tamaño del fondo común es muy importante, ya que entre más grande es, mayormente se aprovechan los beneficios señalados anteriormente como repartición de

⁴¹ Subsidios focalizados financiados con impuestos a fin de minimizar el acceso a los servicios de salud. Ver capítulo 2.

⁴² ISSM 2000 página 111

riesgo y subsidios cruzados. Un ejemplo de fondos comunes pequeños o fragmentados en el financiamiento, son los seguros privados de salud comunes en el sistema de salud estadounidense, o en las ISAPRES chilenas.

3.3 Responder a las expectativas de la población

Analizar cómo un sistema de salud se desempeña en los aspectos no vinculados directamente a la salud es de suma importancia para la mejora del mismo. Estos aspectos hacen referencia a la satisfacción de la población que se beneficia de la atención sanitaria, En muchos países, son comunes las quejas de la actitud grosera y arrogante de trabajadores del sistema de salud, principalmente del sector público. “Reconocer la capacidad de respuesta [a las expectativas de la población] como una meta intrínseca de los sistemas de salud implica aceptar que estos sistemas existen para servir a la gente y no se limita a una evaluación de la satisfacción de la gente con la atención puramente médica que recibe”⁴³. La OMS ha identificado siete elementos, en dos categorías, referentes a la capacidad de respuesta en un sistema de salud:

1. El respeto a las personas abarca lo siguiente:
 - a. Respeto a la dignidad de la persona. En los casos extremos, esto significa no esterilizar a personas con trastornos genéticos ni encerrar a personas con enfermedades transmisibles, lo cual violaría los derechos humanos fundamentales. Desde un punto de vista más general, significa no humillar ni degradar a los pacientes.
 - b. Carácter confidencial, es decir, el derecho a determinar quién tiene acceso a la información sobre la salud personal de cada individuo.
 - c. Autonomía para participar en decisiones sobre la propia salud. Abarca la ayuda para facilitar la decisión con respecto a qué tratamiento recibir o no recibir.

2. La orientación al cliente/paciente abarca lo siguiente:

⁴³ *Ibidem.* pág. 33.

d. Atención pronta: atención inmediata en situaciones de urgencia y tiempos de espera razonables en situaciones ordinarias.

e. Comodidades de calidad adecuada, como limpieza, espacio y servicio de alimentos en el hospital.

f. Acceso a redes de apoyo social (familiares y amigos) para las personas atendidas.

g. Selección del proveedor, o sea, libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención.

Vale la pena resaltar el punto (g), respecto a la selección del proveedor. La existencia de proveedores públicos o privados predeterminados de atención sanitaria de entre quienes el paciente no puede elegir los servicios, genera una situación parecida al monopolio. En este caso, el consumidor disfruta de un bienestar menor que si existiera competencia (promovida al menos parcialmente por la libertad de elección). Cuando las empresas actúan como monopolio, existe una *pérdida irrecuperable de eficiencia*, que indica la producción perdida cuando los consumidores pagan el precio de monopolio en lugar del competitivo (en un sistema de salud público *gratuito*, el precio equivaldría al tiempo que pierden los pacientes). Como se apreciará en los capítulos 4 y 5, al estudiar la estructura de los sistemas de salud en diversos países y en México, la posibilidad de elegir el proveedor de servicios médicos crea incentivos para un sistema más competitivo y de mayor calidad. Un ejemplo relevante es el sistema canadiense, que ha realizado esfuerzos para aumentar la satisfacción de sus usuarios.

Una buena atención y un recibimiento amable y respetuoso de parte de los trabajadores de los sistemas de salud, incentiva y promueve la utilización de sus servicios. Para el enfoque actual de la atención sanitaria, orientada a la prevención de enfermedades, el aspecto del trato y satisfacción de los usuarios se vuelve fundamental, por no decir crucial. Significa el parte aguas entre la continuidad de la tradicional (y costosa) atención curativa, y la eficaz atención preventiva. El reto consiste en crear un ambiente amistoso e incentivos adecuados que inviten a los usuarios a acercarse a los centros

médicos, de manera *voluntaria y satisfactoria*, para recibir asesoría de cómo promover y cuidar su salud.

La satisfacción del paciente surge de la diferencia entre sus expectativas y la percepción del servicio recibido. Conforme aumentan las experiencias con el contacto del sector sanitario, las expectativas de los pacientes se modifican, cobrando múltiples dimensiones. Una primera dimensión señala la satisfacción del paciente en cada punto de contacto. Una segunda, hace referencia a la información y soporte emocional que aumente el control del paciente sobre su propia salud.

3.4 Planes de Beneficios en Salud.

La mayoría de los países tienen la meta de alcanzar la cobertura universal en salud. La realidad, en cambio, es que enfrentan todas serias restricciones presupuestarias: Ofrecer todos los servicios necesarios a toda la población es imposible. Por tanto, la disyuntiva radica en cómo contener la presión en el gasto en salud sin privar a la vez a las personas del acceso a los servicios de salud. Esto significa administrar los servicios sanitarios y producirlos basados en criterios previamente seleccionados, racionalizados. No obstante, decidir explícitamente qué atenciones y prestaciones se darán y cuáles quedarán excluidas, puede ser “polémico” y políticamente inadecuado. Esto es, nada popular. En la práctica, lo que se ha hecho y aún se hace en muchos países es justo lo contrario: se ofrece virtualmente una cobertura completa de todas las intervenciones necesarias. Pero, la realidad es que las personas no reciben lo prometido, y cuando lo hacen, ha sido tras haber esperado mucho tiempo para recibirlo y con una calidad que no siempre cumple sus expectativas. Además, ¿qué tan agradable puede ser la espera mientras se padece una enfermedad?

Ante un entorno de recursos limitados, priorizar el gasto en salud en intervenciones costo efectivas, es una necesidad más que una opción. “Si se exige al sistema de sanitario que obtenga el mayor nivel posible de salud con los recursos que se le han asignado, se le está pidiendo que tenga la mayor

eficacia posible en función de los costos.”⁴⁴ La continua aparición de tecnologías, tratamientos y medicamentos cada vez más costosos, elevan los presupuestos en salud de muchos países, situación que presiona para que se desvíen recursos públicos escasos para la provisión sanitaria. El Banco Interamericano de Desarrollo, por ejemplo, ha referido que tan solo en Estados Unidos, el gobierno ha indicado que el alto gasto en salud (17.9% del PIB en 2011) es el principal determinante de la deuda pública y de los déficits de largo plazo. Las nuevas tecnologías, si bien son decisivas en el tratamiento de muchas enfermedades, también representan una amenaza para el presupuesto de muchos sistemas de salud en todos los países: el dilema discurre entre lo médicamente posible y lo financieramente factible. La pregunta clave, entonces, es *decidir qué servicios de salud deberían cubrirse, bajo qué circunstancias y para quienes, con los recursos que se tiene a disposición, ¿se seguirá ofertando todo sin decir cuándo y con qué calidad, o bien, se creará el compromiso de ofrecer ciertas atenciones estableciendo tiempos de espera y calidad de antemano?*

3.4.1 Mecanismos de racionamiento implícito vs. Mecanismos de racionamiento explícito.

El racionamiento implícito se refiere a la situación en que el sistema de salud *público* cubre todas las intervenciones necesarias para sus afiliados, derechohabientes y, cuando es un sistema nacional, para sus ciudadanos. Evidentemente, en el caso de sistemas o prestadores privados, la cobertura está en función de la capacidad de pago y es ésta quien determina su alcance. El término *implícito* resalta la condición en la que de antemano no se establecen medidas del otorgamiento, sino que se va otorgando de acuerdo a los recursos y posibilidades existentes en ese momento. En la teoría y en las respectivas legislaciones, la cobertura médica es total⁴⁵: cualquier tratamiento e intervención necesarias son otorgadas por el sistema. En la práctica, sin embargo, no ocurre así. Grandes listas de espera, engorrosos trámites de autorización y negación de servicios, son algunas situaciones frecuentes. En México, en el año 2009, el Instituto Mexicano del Seguro Social, ganó el concurso por el trámite más engorroso e inútil en dependencias

⁴⁴ OMS (2000), *Op. Cit.* Pág. 59

⁴⁵ Salvo en tratamientos de ortodoncia, cirugías estéticas *voluntarias* y aparatos de optometría, que en muchos países no están cubiertos por el sistema de salud público.

públicas⁴⁶. El trámite “ganador” se trataba de la entrega de un medicamento para la cual había que esperar de 4 a 15 días y pasar por varios sellos y autorizaciones para recibirlo. Este es sólo un ejemplo denunciado de miles que pasan inadvertidos y no están documentados.

El término clave es *racionamiento*: racionar, priorizar, limitar ya no es la pregunta sino la realidad, lo que está efectivamente sucediendo. Como en toda situación económica, existe una restricción presupuestaria que todos los agentes deben afrontar. La pregunta crucial es si dicho racionamiento se hace explícita o implícitamente. ¿Qué ventajas tiene el racionamiento implícito? La primera y más notable es la ventaja política. Al no definir ni priorizar un conjunto de prestaciones el sistema de salud provee virtualmente *todo lo que un ciudadano necesite y cuando lo necesite*.⁴⁷ Este planteamiento es además relevante en un sentido ético. “El argumento es que ningún tipo de racionamiento o limitación al juicio del médico tratante es admisible y restringe la autonomía médica, y que una priorización explícita sería contraria al derecho a la salud.”⁴⁸ Decir que las personas reciban lo que necesitan hasta cuando lo dejen de necesitar es políticamente correcto y compra votos, pese a entregar resultados muy distintos. Es el camino fácil pero irresponsable, pues no considera seriamente las restricciones presentes ni delimita objetivamente el alcance de la cobertura. Es parecido a las promesas de las parejas enamoradas. La falta de eficiencia en la provisión de servicios da pie a situaciones irracionales dado que suelen cambiarse tratamientos eficaces dirigidos a muchas personas por tratamientos costosos que benefician a muy pocas.

La segunda ventaja es que se evitan los desafíos técnicos para diseñar e implementar un PBS: el esfuerzo es mínimo. Un PBS exige por lo menos afrontar tres tipos de desafíos⁴⁹:

⁴⁶ Nota disponible en <http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/567583.html>

⁴⁷ Giedion, Úrsula, Ricardo Bitrán e Iñez Tristao, editores, (2014), *Planes de beneficios en salud de América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo, primera edición. Pág. 17

⁴⁸ *Ídem*

⁴⁹ *Ibidem*. Pág. 18

1) Las dificultades para definir, aplicar y actualizar un PBS. La selección de intervenciones y tratamientos cubiertos debe estar basada en evidencia, datos y criterios específicos de priorización. Sin embargo no es una tarea fácil. Exige el esfuerzo de hacer un minucioso examen técnico de los beneficios y costos relativos de todas las tecnologías e intervenciones.

2) La posibilidad de manipulación política y los resultados indeseados que se originen en una discusión abierta. Es necesario que un PBS surja de un proceso participativo y transparente para tener legitimidad. Sin embargo, existen fuertes incentivos para que grupos de interés presionen a la opinión pública a fin de incluir patologías y tecnologías que no necesariamente tengan un impacto sobre la eficiencia y equidad del sistema de salud. Es probable, por ejemplo, que legisladores busquen favorecer a grupos farmacéuticos para la compra de medicamentos y tratamientos que ellos producen.

3) La limitación de la autonomía de las autoridades territoriales y los prestadores. Ya que deben centrarse en un listado de intervenciones previamente seleccionadas, lo que excluirá tratamientos fuera del PBS. Así, pueden existir patologías con fuerte incidencia regional no contempladas, así como intervenciones necesarias a juicio médico pero que igual estén fuera del plan. Esta situación repercute sobre la opinión pública que lo asimilará como discriminación, aunque no sea así. En este aspecto, mecanismos de copago podrían ayudar a la adquisición de intervenciones no incluidas y no necesariamente debería cargar el usuario totalmente con él. En Chile, por ejemplo, el PBS tiene el objetivo de brindar protección financiera ante los costos de la mala salud, por lo que se hace un análisis socioeconómico antes de aplicar un copago. Además, los impuestos especiales sobre productos poco saludables como alcohol y tabaco, así como las donaciones y las organizaciones civiles, podrían contribuir al financiamiento, aligerando la carga en el presupuesto público.

Un camino intermedio entre racionamiento implícito y explícito es aquél en el que, sin definir un PBS explícito e integral, se adoptan listas negativas de servicios, tratamientos y tecnologías no cubiertas. Pueden

incluirse también mecanismos para fomentar el uso de servicios más eficientes y efectivos como el establecimiento de copagos para el uso de aquéllos no costo-efectivos, la regulación de precios basada en el valor terapéutico de los medicamentos, el pago por resultados, el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción del uso de genéricos, por mencionar algunos⁵⁰.

Los listados negativos tienen el atractivo de evitar las dificultades del diseño e implementación de un PBS explícito. El trabajo técnico es mayor que en un racionamiento implícito, los análisis de costo-efectividad no son tan rigurosos como lo demandaría un PBS. De igual forma con el costo y debate políticos, por lo que se enfrentan a menores fricciones entre grupos de interés. El sistema de salud del Reino Unido es un ejemplo del uso de este tipo de racionamiento. Sin embargo, su impacto en el sistema no es limitado y no tan claro. Finalmente, en ciertos aspectos de algunos sistemas de salud, han llegado a utilizarse una combinación de listados positivos y negativos. Como en el caso de los medicamentos, “es el caso de los Países Bajos y de Reino Unido, que han encontrado beneficioso manejar varias listas [...]: en una se especifican los medicamentos que deberían garantizarse a cualquier paciente al que le sea prescrito, en otra los que deben ser suministrados solo en determinadas circunstancias (por ejemplo, luego de haber ensayado otro medicamento) y en una tercera lista están los medicamentos que no serán financiados bajo ninguna circunstancia”⁵¹.

3.4.2 Adopción de un PBS.

Un plan explícito de Beneficios en Salud es una herramienta poderosa que tiene múltiples beneficios en un sistema de salud. Si bien implica grandes esfuerzos para su definición y delimitación, repercute notoriamente en el desempeño y consecución de diversos objetivos en la provisión de salud. Por otro lado y ya que por definición está financiado con recursos públicos, un PBS mejora la eficiencia y efectividad del sistema de salud público. Tiene, en general, los siguientes factores positivos⁵²:

⁵⁰ *Ibidem*. Pág. 19

⁵¹ *Ibidem*. Pág. 21

⁵² *Ibidem*. Pág. 15

1. **Concretar el derecho a la salud.** Ya que explicita un conjunto mínimo de servicios que se proveerán a todos. Además, se convierte en un compromiso del sistema hacia los ciudadanos pues define públicamente las obligaciones y alcance del mismo. Si a esto se le añaden instrumentos legales para reclamar los derechos de las personas, éstas se empoderan. Así, el sistema se obliga a rendir cuentas y los ciudadanos tienen más consciencia de los beneficios del uso del racionamiento explícito. La mayoría de los países tienen, no obstante, garantizado el derecho a la salud en sus constituciones. En la práctica, este derecho no es plasmado satisfactoriamente dadas las restricciones presupuestarias e inadecuada organización que ya se ha mencionado anteriormente. “Crear un PBS muchas veces busca pasar de la promesa global e inalcanzable a una definición explícita, acotada, factible y financiable de los servicios a los que todos debieran acceder”⁵³. La mayoría de los países que han optado algún Plan de Beneficios fueron motivados por esta razón.

2. **Mejorar la equidad en salud.** Existen dos nociones de equidad. Una, la equidad absoluta, señala que toda diferencia en acceso a la salud entre individuos es considerada inaceptable. La otra, la equidad relativa, señala que las diferencias son aceptables en tanto que todas las personas puedan acceder a un mínimo paquete de servicios. La realidad y la evidencia han demostrado que ningún país, por más rico que sea, puede garantizar una equidad absoluta. Sin embargo, un PBS, al explicitar un conjunto mínimo y universal de servicios, representa ese mínimo aceptable que hace posible la equidad relativa. Esta es una razón fuerte política, económica y socialmente, por la cual se debería optar por un plan explícito de beneficios. México, con la definición del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), logró identificar y movilizar los recursos necesarios para cubrir a la población sin aseguramiento y así poner en marcha el llamado Seguro Popular.

⁵³ *Ibíd.*

3. **Alinear las metas sanitarias y la asignación de recursos para maximizar el impacto en la salud.** El capítulo 1 resaltó el papel del sistema de salud como el determinante de la salud que puede ser diseñado, modificado y tener un impacto en el *stock* de salud de las personas en el corto y mediano plazo. También, en los apartados 3.1, 3.2 y 3.3 señalados algunas páginas atrás, se mencionan los objetivos que debe alcanzar un sistema de salud, a saber: mejorar la salud, protección financiera contra los costos de la mala salud y responder a las expectativas de la población. Un PBS traslada y pone en práctica los objetivos del sistema en distintas dimensiones. Permite orientar el gasto hacia las intervenciones más efectivas y maximizar su impacto en la salud, haciendo más eficiente el uso de los recursos destinados a ello. Incluye protección financiera frente a enfermedades que puedan empobrecer a las familias mediante fondos de protección de gastos catastróficos. También, puede ser lo suficientemente flexible como para incluir servicios o prestaciones que demande la población, mediante procesos de consulta social. Además, al definir los derechos y cobertura para los pacientes, éstos pueden exigir una mejor calidad en la provisión. Cubrir todos los objetivos conjuntamente es un desafío, pero quizá la única forma de lograrlo es mediante criterios y mecanismos explícitos que orienten el gasto y prestaciones en salud.

4. **Aumentar la legitimidad social del racionamiento al hacerlo explícito.** Hablar de racionamiento suele ser controversial política y socialmente. La palabra suele equipararse con negación de servicios o discriminación. No obstante, el racionamiento es una situación que se vive todos los días, de manera implícita. El resultado no ha sido más que la inconformidad por parte de los usuarios. La discriminación implícita no es un proceso legítimo: carece de metodología, de pautas claras y procedimientos definidos de antemano. En ella, las decisiones se basan en el juicio y discrecionalidad de distintos agentes, con procedimientos raramente participativos y apelables. Prevalece la negación de servicios, largas listas de espera y servicios incompletos o de baja calidad.

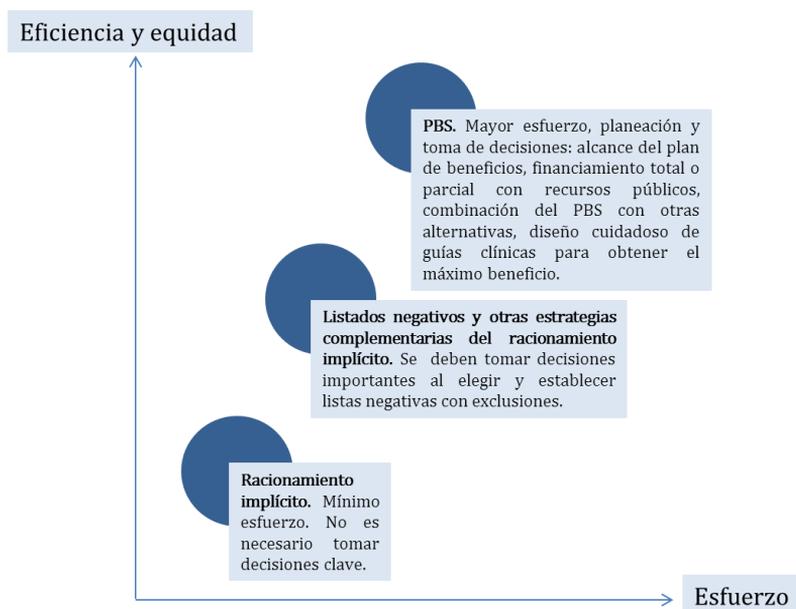
5. **Mejorar la gestión de la planeación, financiamiento y entrega de servicios.** Cuando el gobierno delega la función de aseguramiento a terceros (modalidades de libre elección de proveedor de servicios de salud que serán analizadas en el siguiente capítulo, como en Chile o Canadá) un PBS se vuelve un imprescindible instrumento de gestión. En él se establece el monto a pagar a cambio de un conjunto explícito de prestaciones y beneficios. A la vez, facilita la elaboración de presupuestos y una mayor transparencia en la asignación de recursos. “Esto es posible porque, para implementar un PBS, es necesario calcular una prima o valor per cápita para los servicios a ser prestados. Además, permite concretar y expresar lo que se espera de la oferta en salud, por lo que puede ser una herramienta para la planificación y el desarrollo de servicios.”⁵⁴

6. **Promover la atención integral y mejorar la calidad de la calidad de la atención.** Un PBS generalmente facilita y promueve la atención integral pues se diseña en torno a problemas de salud específicos, patologías o ciclo de vida. También, si se adjuntan guías de práctica clínica y recomendaciones para su seguimiento se puede garantizar un estándar mínimo de calidad. Al establecer protocolos estandarizados un PBS promueve la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios.

El esfuerzo, tiempo y recursos invertidos, así como las complicaciones políticas que requiere la definición de un Plan de Beneficios en Salud tienen repercusiones positivas y literalmente, muy sanas, para el sistema en conjunto. La figura 3.2 ilustra este hecho. En ella se aprecia una relación positiva entre el esfuerzo por explicitar el racionamiento en salud y su impacto en la eficiencia y equidad del sistema en conjunto. Además, tener un PBS es indispensable si se pretende, primero, caminar hacia la universalización de los servicios de salud y, segundo, alcanzar la libre elección de proveedor de servicios, entorno muy favorable para la competencia y diversidad de la oferta de proveedores con repercusiones positivas para la población. En cualquiera de los dos escenarios, tanto el de

⁵⁴ *Ibidem*. Pág. 17

la universalización como el de la libre elección, implican el aseguramiento de toda la población. En este contexto, “un mandato legal que considera la obligación de acceder a cobertura de un seguro de salud sólo es consistente si va acompañado de la definición sustantiva de la cobertura mínima o suficiente que deben contemplar los seguros de salud. Absurdo, aunque no inédito, resultaría forzar la demanda sin establecer condiciones obligatorias para la oferta.”⁵⁵



Fuente: Adaptado de Giedion, Úrsula, Ricardo Bitrán e Iñez Tristao, editores (2014), Planes de Beneficios en Salud de América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo.

Figura 3.2. Tipos de racionamiento en Salud: dilema esfuerzo-eficiencia-equidad y toma de decisiones clave.

El Banco Mundial, entre otros organismos internacionales, ha promovido la metodología de los AVISA (años de vida saludables), para contribuir en la definición de PBS con lineamientos objetivos y asentados en criterios sanitarios comprobables, de modo que los recursos gastados tengan el mayor impacto posible en la reducción de la carga de enfermedad y muerte

⁵⁵ Ferreiro, Alejandro, Eduardo Saavedra y Gustavo Zuleta (2004), *Marco conceptual para la regulación de seguros de salud*, Banco Interamericano de Desarrollo. Pág. 33

de la población. En este sentido, desde una perspectiva estrictamente técnica y científicamente verificable, es posible definir un plan de salud que incida sobre las patologías más frecuentes en un determinado grupo poblacional, incidiendo simultáneamente en la facilidad de acceso y en la protección financiera a la población. No obstante, los problemas en el diseño de cualquier plan de salud tienen un carácter fundamentalmente político, donde grupos que representan distintos intereses ejercen una fuerte presión que puede echar abajo los objetivos del racionamiento explícito.

3.5 El pluralismo estructurado.

En un trabajo conjunto, Juan Luis Londoño y Julio Frenk propusieron un modelo de sistema de salud que, mediante un enfoque tanto poblacional como institucional, hiciera frente a los desafíos que encaran muchos sistemas actuales, especialmente los países latinoamericanos. La originalidad de la propuesta reside en la separación categórica y en la delimitación específica de todas y cada una de las funciones involucradas en el sistema. Al hacerlo, promueve la especialización y la mejora en el desempeño en cada una de ellas.

Para llegar a definir este modelo, los autores analizaron las distintas configuraciones existentes actualmente, señalando las fallas y consecuencias de cada una en particular. Tomando en cuenta poblaciones e instituciones, los distintos sistemas de salud en América Latina pueden dividirse en cuatro tipos principalmente, que se reseñan a continuación:

- 1) El modelo público unificado.** Este modelo, existente sólo en Cuba, representa el extremo donde el estado financia y suministra directamente los servicios a través de un sistema de salud único. Los usuarios, por ende, sólo pueden recibir atención médica del sistema público y no pueden obtenerla de ningún otro oferente. Existe una integración vertical desde el punto de vista institucional donde se toman las decisiones de atención sanitaria desde el ministerio de salud y es él quien organiza, administra y coordina a todo el sector. . La población, por otro lado, está integrada horizontalmente ya que reciben una atención estandarizada y unificada, pero a costa de la

libertad de elección ya que es ilegal ofrecer servicios de salud fuera del monopolio gubernamental. Entre las distintas limitaciones de este modelo, resalta la ausencia de incentivos para responder a las necesidades de la población y para trabajar de forma eficiente. El hecho de que el estado sea “juez y parte” dificulta la mejora en el desempeño pues, ¿podría aceptar el gobierno que sus instalaciones y servicios son deficientes?

2) El modelo privado atomizado. En este modelo el financiamiento y provisión de servicios médicos es de carácter fundamentalmente privado. Respecto al financiamiento, su principal fuente proviene de pagos de bolsillo y de aseguradoras privadas quienes reembolsan a los prestadores los servicios otorgados. En Latinoamérica, aunque no existe este modelo de forma pura, sí es posible observar dos países que se acercan a la definición. Primero, Paraguay, en donde el gasto privado en salud para 1994 fue del 87.5% del gasto total; segundo, en Argentina, con el sistema de “obras sociales”, las cuales se financian con fondos obtenidos de agrupaciones laborales con carácter privado quienes pagan la prestación a proveedores privados. La fragmentación y diversidad de estas agrupaciones, y el hecho de no formar un sistema de seguridad social como sucede en otros países, conforma a este país en este modelo de salud. Uno de los problemas más graves de este modelo es la segregación por riesgo de los consumidores, quienes además ya deben enfrentar desde el inicio la exclusión si no tienen capacidad de pago. Como se ha señalado en el Capítulo 1, el mercado de servicios de salud enfrenta grandes asimetrías de información y se desarrolla en un entorno de alta incertidumbre. Este modelo magnifica esos y otros fallos de mercado.

3) El modelo de contrato público. Este modelo (una especie de antesala del modelo canadiense que se analizará en el siguiente capítulo) comparte con el modelo público unificado el hecho de que el financiamiento es total o mayormente público. No obstante, permite la existencia de proveedores privados a quienes paga de acuerdo a criterios de productividad. En Latinoamérica Brasil es uno de los

países que intentan implementar este modelo. A diferencia de los dos modelos previos, los consumidores están en una situación de mayor bienestar pues pueden elegir libremente a su prestador de servicios. Sin embargo, la falta de articulación entre estos duplica funciones y eleva costos. Un ejemplo de esta situación es la relación entre los distintos niveles de atención médica, donde es frecuente que los pacientes tengan que acercarse individualmente a cada nivel de acuerdo a su prestador, implicando un doble gasto: se paga una vez en la atención ambulatoria, otra vez en la hospitalaria, y otra más en la atención primaria.

4) El modelo segmentado. Este modelo, en el que encajan la mayoría de los países de la región, incluido México, destaca por la presencia de tres grupos poblacionales claramente segmentados y delimitados: personas que laboran en el sector formal de la economía con acceso a instituciones de seguridad social, personas con capacidad de pago y, por último, personas pobres sin capacidad de pago. Como contraparte, existen prestadores e instituciones para cada grupo: instituciones de seguridad social, proveedores de salud privados y el ministerio de salud ofreciendo directamente servicios a los más pobres. Existe por tanto una fuerte integración vertical en el tema institucional pero una severa segregación horizontal en términos poblacionales, donde la situación laboral y la capacidad de pago son las fronteras. Sumado a esto, no existe la posibilidad de compartir infraestructura, servicios o recursos entre las distintas estructuras de prestadores, por lo que existen serias diferencias en la atención a la población. Esta falta de “portabilidad” en la cobertura de salud genera que las personas que requieran utilizar servicios privados, por ejemplo, deban pagar por ellos pese a que ya pagan una cuota a la seguridad social o cuando ya pagaron impuestos con que se financia el ministerio de salud. Finalmente, retoma las carencias combinadas del sistema público unificado y del modelo privado atomizado.

Así, “el concepto de ‘pluralismo estructurado’ intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado

el funcionamiento de los sistemas de salud.”⁵⁶ Para la búsqueda de nuevas opciones era necesario separar y observar las distintas funciones dentro de un sistema de salud. Los autores proponen cuatro: Modulación, Financiamiento, Articulación y Prestación. Dos de ellas son ya bastante conocidas, por lo que se revisan las restantes.

1) **Modulación.** Esta función ha sido descuidada en parte por la descentralización, apertura y competencia de los actuales sistemas de salud. Se trata del establecimiento de reglas claras, transparentes y justas que promuevan el desarrollo armónico del sistema de salud y la interacción de todos los participantes del mismo. Para evitar conflictos de interés, debe estar a cargo de instancias neutrales y autónomas. Por tanto, tiene una responsabilidad pública en última instancia. En ese sentido, los autores señalan que muchos debates giran en torno a una especialización de los ministerios de salud en esta función, en lugar de su tradicional participación en las funciones de financiamiento y provisión de servicios sanitarios. Al contrario de lo que se pudiera pensar, el enfocarse en esta función fortalece a los ministerios de salud. Por tanto, “su verdadera fuerza radica en su capacidad de movilizar la energía social para un propósito común. Este papel catalítico constituye la esencia de la modulación”⁵⁷ Dentro de la modulación destacan los siguientes elementos:

a) **Desarrollo del sistema.** Donde destacan elementos como la formulación de políticas, la planeación estratégica, el desarrollo de criterios y estándares para la certificación y evaluación de los distintos actores, fortalecimiento de la capacidad del sistema fomentando inversiones en infraestructura física, desarrollo tecnológico, entre otros.

b) **Coordinación.** Es necesario el trabajo en equipo para alcanzar los objetivos de salud nacionales. Así, esta función es elemental a

⁵⁶ Londoño, Juan Luis y Julio Frenk (1997), *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud de América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo. Pág. 16.

⁵⁷ *Ibidem*, pág. 18

fin de optimizar el uso de recursos (al limitar los prestadores de atención de tercer nivel para lograr economías de escala) o potenciar políticas públicas (como campañas de vacunación o chequeos rutinarios de salud). Cuando la función moduladora está fortalecida, es más fácil lograr la cohesión y participación de los distintos actores para lograr un fin en común. Además, el suministro de información es clave también para la toma de decisiones en conjunto.

c) **Diseño financiero.** Dos retos continuos enfrentan los sistemas de salud modernos, a saber, la compra estratégica de tecnologías e insumos y la contención de costos. Es común que en la consecución de uno se demerite al otro. Por tanto, alcanzar su equilibrio precisa de un diseño cuidadoso y estratégico. La racionalidad y sostenibilidad no pueden existir sin la consistencia financiera.

d) **Regulación.** En este sentido, existen dos áreas en donde es necesaria la regulación: en la producción y consumo de bienes y servicios (como alimentos y medicinas) y en la atención a la salud. Respecto a los primeros, es necesario cumplir con estándares como los nutricionales en tanto bienes de consumo alimentarios, o bien de seguridad y ergonomía, como en la fabricación de herramientas, vehículos o mobiliario, por sugerir unos ejemplos. En tanto la regulación de la atención a la salud, la acción moduladora es fundamental en muy diversas áreas relacionadas con los sectores involucrados directamente en la provisión de servicios sanitarios: la certificación de proveedores de servicios médicos, la acreditación de instituciones educativas, la fijación de reglas para el aseguramiento de la población, la evaluación de la tecnología médica y los medicamentos, entre otros. Es importante señalar que muchas actividades en este rubro pueden ser llevadas a cabo de forma descentralizada y con la participación de muchos actores, siempre y cuando existan filtros adecuados que impidan que el proceso regulatorio sea capturado por intereses particulares.

e) **Protección al consumidor.** La enorme asimetría de información entre demandantes y oferentes de atención médica, que se señaló en el Capítulo 1, obliga a la generación de mecanismos que protejan a los primeros y los asesoren en su experiencia como consumidores de atención sanitaria. De esta manera, los fallos de mercado que potencia el modelo privado atomizado pueden ser enfrentados y solucionados. Con ello, dicho mercado puede funcionar más eficientemente y alcanzar un desarrollo óptimo.

2) **Articulación.** Esta función está en medio el proceso de financiamiento y provisión. Esto es, en cómo los recursos financieros se recaudan, movilizan y asignan para hacer posible la producción y consumo de servicios de salud. Desde la captación de recursos de las personas, empresas y gobierno (mediante impuestos, primas de seguro y contribuciones especiales), su acumulación en fondos hasta su transferencia para la adquisición de servicios médicos. Así, la articulación tiene una doble interfaz: entre las poblaciones y los prestadores de servicios, por un lado, y entre las agencias recaudadoras y los prestadores por el otro. En el primer apartado, destacan tres funciones principales, a saber, la administración de riesgos⁵⁸, la administración del acceso y la representación. La función de articulación en tanto poblaciones va más allá de la simple función de aseguramiento, pues debe garantizar el acceso mediante un paquete explícito de las intervenciones cubiertas⁵⁹ así como la red de proveedores a quienes pueden acudir los usuarios. No sólo eso, debe además tener un papel significativo como “comprador cauto de servicios de salud” actuando en representación de los consumidores de atención médica, con lo que se concilian los problemas de asimetría de información. Respecto a la articulación entre agencias de financiamiento y prestadores de servicios, son necesarias tres subfunciones: el diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la

⁵⁸ Recordemos el concepto de subsidios cruzados sugerido por la OMS comentado en páginas anteriores.

⁵⁹ Véase el apartado sobre Planes de Beneficios en Salud.

gestión de la calidad. El pago es el aspecto clave para el diseño de incentivos⁶⁰, ya que puede impulsar la eficiencia y respuesta de los prestadores hacia los consumidores. Además, un adecuado diseño de PBS garantiza a las agencias financieras la buena aplicación de sus recursos. El trabajo de la función de articulación es dual pues por un lado busca una sana competencia entre los proveedores y por otro, la satisfacción de los consumidores. Esto simplifica la actuación gubernamental junto al proceso burocrático que conlleva, acercando a los actores involucrados en la atención sanitaria, lo que involucra una mayor capacidad de respuesta del sistema. Así, con la función de articulación no sólo transforma a las agencias tradicionales de seguros en compradores eficientes de servicios, sino que ayuda al sistema en conjunto a alcanzar sus objetivos de Protección financiera ante los costos de la mala salud y de Responder a las expectativas de la población.

Ante los distintos modelos referidos previamente, el Pluralismo Estructurado busca una solución no polarizada, en la que todos los actores logren una convergencia efectiva. De esta manera no se excluye a nadie y es posible que tanto el sector público como el privado coexistan cooperativa y armónicamente. El Pluralismo estructurado asigna y a la vez delimita las distintas funciones de un sistema de salud de la siguiente forma:

1. Modulación a cargo del Ministerio de Salud.
2. Financiamiento en manos de instituciones que unifiquen grandes fondos de recursos.
3. Articulación mediante la competencia estructurada de compañías aseguradoras públicas y privadas.

⁶⁰ En ésta tesis, que resalta el tema de los incentivos, el pago o beneficio económico es sólo un buen incentivo en el caso de que prestadores y consumidores se desarrollen en un entorno competitivo y de libre elección. Cuando no es así o no está lo suficientemente desarrollado, existen otros mecanismos no monetarios para incentivar a los participantes: el prestigio en universidades que capacitan al personal de salud, la mayor autonomía en las dependencias públicas de salud y el reconocimiento explícito a las personas comprometidas con la prevención de enfermedades y el cuidado de su salud, por mencionar algunos.

4. Prestación de servicios por medio de una red plural de proveedores públicos y privados debidamente acreditados y certificados.

La población quedaría dividida entre quienes tienen capacidad de pago (seguro público, seguro privado y no asegurados por decisión propia) y quienes no la tienen (pobres). No obstante, esta separación sería reelevante sólo en términos de financiamiento, teniendo todos derecho a un PBS básico. Los consumidores, en libertad de elección, promueven la competencia y el desempeño de las aseguradoras, mientras que la función de articulación favorece que las interacciones sean llevadas de manera ordenada y con reglas claras de operación. El ministerio de salud, enfocado en la modulación, propone la estrategia y objetivo del sistema en conjunto. La cobertura universal de salud, entonces, no es algo inalcanzable si todos trabajan en conjunto. Este modelo es una propuesta acorde con los lineamientos de la OMS y, como se verá en el siguiente capítulo, muchos países con sistemas de salud exitosos (esto es *buenos y equitativos*) comparten diversos elementos rescatados en este modelo.

Capítulo 4.

Una revisión internacional.

Conocer qué se ha hecho en otros países, cómo se ha realizado y qué se ha logrado, permite aprender de la experiencia, éxitos y fracasos en cada uno de ellos. Este capítulo revisa algunos casos así como sus características principales. No se pretende emitir valorizaciones acerca de cuál sistema es mejor, sino resaltar aspectos novedosos como financiamiento, provisión y estructura sin dejar de revisar, por supuesto, a los países con mejores resultados en términos de salud. La elección de los contados casos analizados y que se presentan en este apartado, está en concordancia a países que cumplen con todos o algunos de los siguientes criterios:

1.Su sistema sanitario es completamente o muy diferente del nuestro, con prácticas innovadoras en la materia.

2.La eficiencia del mismo es resaltante a nivel mundial, con resultados destacables en materia de salud.

3.Su sistema de salud es similar al mexicano, pero con mejores resultados.

4.Han tenido reformas sustanciales recientemente o en décadas pasadas.

5.Su nivel de ingresos es similar al nuestro.

La mayor parte de la información de este capítulo procede de los Perfiles de los Sistemas de Salud de los países, elaborados para la Organización Panamericana de la Salud con base en lineamientos metodológicos propuestos por ella misma, que buscan estandarizar la información cubriendo tres elementos principales relativos al Sistema de Salud: contexto del sistema de salud, funciones del sistema de salud y monitoreo de los procesos de cambio o reforma de los sistemas de salud.⁶¹

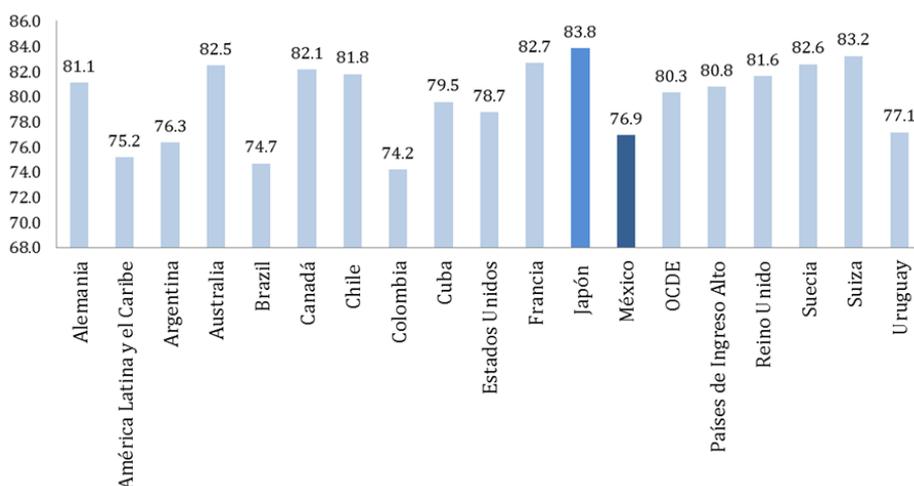
⁶¹ Metodología completa en Rivas-Loria, Priscilla y Claudia Suárez, et al (2006), *Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio / reforma*, OPS, Washington, D. C.

Como se señaló en el capítulo 1, el *stock* de salud de las personas depende de distintos factores, siendo el más importante el correspondiente al estilo de vida. Por ello, no hay una relación unilateral entre alguna única variable y el grado de vida sana. Sin embargo, son comunes las medidas basadas en los determinantes *Sistema de salud y Medio ambiente* para un acercamiento general al estado de salud de un país, ya que los restantes (*Biología humana y Estilo de vida*) involucran algunas complicaciones adicionales. Medidas como ingreso per cápita, esperanza de vida al nacer y gasto total en salud, son frecuentes para un prefacio internacional... y no en vano. Un sistema de salud muy eficiente, con grandes resultados pese al poco gasto (el chileno), o una sociedad excepcionalmente longeva (como la japonesa), resaltan a simple vista desde estos indicadores generales. Así, la esperanza de vida al nacer en el año 2014 era de 80.18 años en promedio para países miembros de la OCDE, con un gasto total en salud, como porcentaje del PIB, de 12.32%. No obstante, en Japón la expectativa rondaba los 83.58 años con un gasto del 10.22% del PIB, mientras que en Estados Unidos fue de 78.74 años y destinaban un 17.14% de su PIB al sector en el mismo periodo. En términos de ingreso per cápita, los datos son (en dólares constantes a precios de 2010) de \$37,315.39 para los países miembros de la OCDE, \$46,466.123 para Japón y \$50,782.52 para los Estados Unidos, de acuerdo a datos del Banco Mundial. En esta línea, el caso chileno es resaltable, quien en el mismo año logró una esperanza de vida de 81.49 años, con un gasto en salud del 7.78% de su PIB, mientras que el ingreso per cápita rondaba los ¡\$14,701.95 dólares anuales! El sistema chileno no solo es eficaz, sino que además es eficiente. Por eso, es una revisión imprescindible en este capítulo.

Un indicador tradicional aunque limitado⁶² del estado general de salud de un país, es su expectativa de vida al nacer. Se define como “el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico,

⁶² Un indicador más completo ya que aborda no sólo la esperanza de vida, sino que lo hace tomando los años vividos con buena salud y descuenta aquellos en que se vive con alguna enfermedad o incapacidad, es el indicador de *Esperanza de vida sana* (EVAS).

en un determinado país...”⁶³. La figura 4.1 muestra la expectativa de vida al nacer de países seleccionados para el año 2015. En la lista, sobresalen Japón, Suiza y Suecia como los más longevos. Por su lado, Cuba pese a su afamado sistema médico, no pudo alcanzar ni el promedio de la OCDE, al igual que nuestro país. De hecho, la única nación latinoamericana que lo alcanza es Chile. En tema de ingreso per cápita, los países de América Latina están muy por debajo del resto de la lista, tal como se puede apreciar en la gráfica 4.2. En ella resalta el enorme ingreso de la población suiza. No obstante, Japón cuenta con un ingreso per cápita 37.7% inferior que los suizos, pero su expectativa de vida es mayor. Respecto a Chile, la diferencia de ingreso es un 80.3% menor al de suiza, pero entre ambos hay solamente 1.5 años de diferencia en tanto expectativa de vida. Esta última comparación le quitaría mucha capacidad explicativa al factor ingreso como determinante de la salud y nos obligaría a revisar qué otro aspecto está funcionando tan bien.



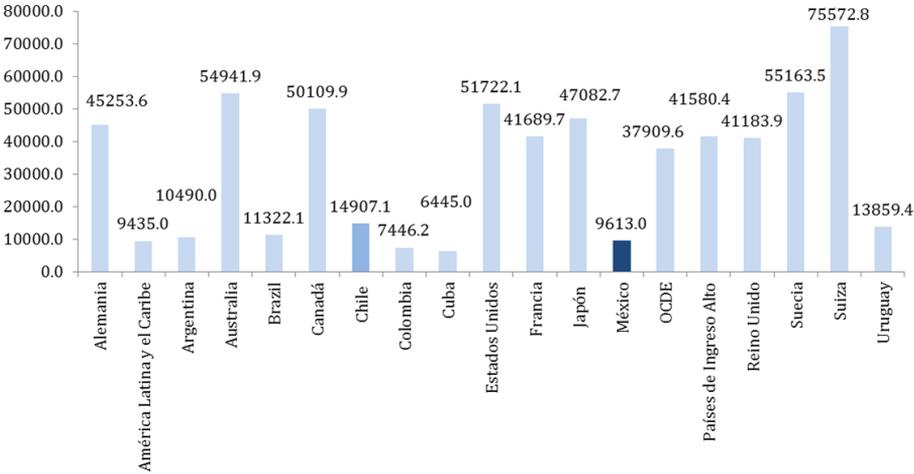
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Gráfica 4.1. Países seleccionados, 2015. Expectativa de vida al nacer. Años de vida.

Es evidente que se abordan casos extremos y que, en promedio, existen muchos países con relaciones ingreso-salud más cerradas; pero es

⁶³ Organización Mundial de la Salud (2005), *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. OMS

por eso que los casos que se revisan en este apartado nos interesan. Saber por qué son tan longevos los japoneses, por qué tan eficientes los chilenos y por qué los estadounidenses, a pesar de su elevado gasto en salud, no han podido alcanzar al menos el promedio de países miembros de la OCDE, son algunas de las preguntas que nos motivan a revisar su situación.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

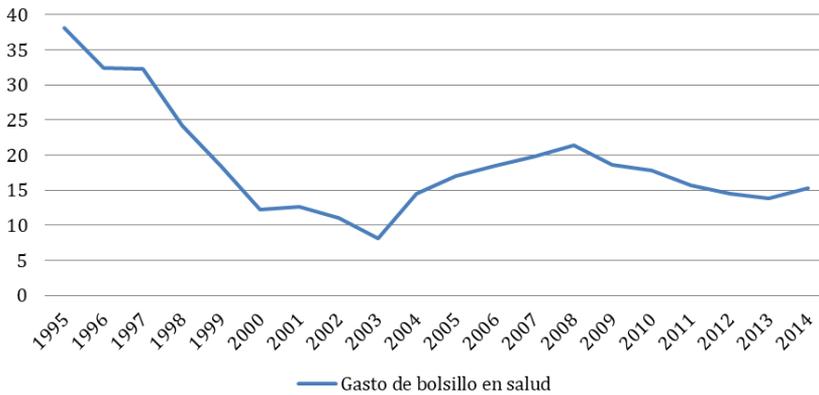
Figura 4.2. Países seleccionados, 2015. Ingreso per cápita. Dólares a precios de 2010.

4.1 El caso colombiano.

País multiétnico y pluricultural, con más de 87 pueblos indígenas diferenciados y 64 lenguas nativas vigentes; para 2015 contaba con 48,228,697 habitantes y un ingreso per cápita de 7,446 dólares a precios de 2010, según datos del Banco Mundial. Colombia tiene un sistema de salud joven, creado mediante la Ley 100 de 1993 y modificado sustancialmente en el 2007 mediante la Ley 1122. La seguridad social en conjunto se otorga mediante tres subsistemas: el Sistema de Pensiones, el Sistema de Riesgos Profesionales y, por último, el sistema de Seguridad Social en Salud. Éste último destaca pues ha separado las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros, de la prestación de servicios médicos. Se verá a detalle su sistema de salud.

La Ley 100 creó, en 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es un seguro de salud universal, con cobertura familiar, administrado por compañías denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Estas compañías tienen dos funciones⁶⁴: por un lado, se encargan del aseguramiento (administran riesgos a cambio de una prima); por otro, contratan los servicios de salud a los cuales tienen derecho los afiliados con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se trata entonces de un esquema de *pago anticipado y mancomunación de riesgos*. Para garantizar un mínimo de servicios e intervenciones cubiertos, se ha delimitado un plan de beneficios de salud (PBS) llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). De esta manera, el sistema de salud colombiano promueve la competencia en dos niveles. Un primer nivel es la elección de las aseguradoras por parte de los beneficiarios las cuales, al tener un POS predeterminado, compiten entre sí diferenciándose en temas como amplitud y calidad de la red de prestación de servicios. El segundo nivel de competencia se da entre las IPS, quienes buscan contratos con las aseguradoras de acuerdo a precio y calidad de los servicios prestados.

⁶⁴ Pinto, Diana y Ana Lucía Muñoz (2010), *Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Banco Interamericano de Desarrollo. Pág. 1.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Figura 4.3. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total de salud en Colombia.

El sistema de salud colombiano cuenta con dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El primero es de afiliación obligatoria para quienes son empleados o cuentan con capacidad de pago; los recursos del régimen obligatorio son administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía, quien mancomunados recursos y hace el pago a proveedores. El segundo garantiza los servicios de salud con recursos del estado mediante una encuesta de focalización, específicamente cubre a la población pobre identificada en los niveles 1 y 2 del Sistema de identificación de Beneficiarios (SISBEN); la población considerada vulnerable como niños en situación de abandono, personas de la tercera edad en asilos o *ancianatos*, los recién nacidos y los discapacitados, también son cubiertos. Existen además regímenes exceptuados (fuerzas militares y magisterio) que cubren a una parte menor de la población. Aunque existe el deseo de igualar el POS de cada régimen, las restricciones presupuestales han dificultado mucho este objetivo. No obstante, los retos, para el 2009, el 91.4% de la población total se encontraba asegurada en alguno de los regímenes. Esto se ha visto reflejado en una exitosa reducción del gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, tal como lo muestra la figura 4.3. De hecho, para su décimo aniversario, el sistema de salud colombiano había alcanzado un mínimo histórico en este indicador: ¡8.15%! Un logro bastante significativo si se compara con el promedio para los países de la OCDE en el

mismo año (15.3%), y mucho más si la comparación es con nuestro país (55%), donde la diferencia es abismal.

Colombia personifica, en su sistema de salud, el *Pluralismo Estructurado*, revisado en el Capítulo 3, que fue propuesto por Julio Frenk Mora y Juan Luis Londoño⁶⁵. El sistema resalta como uno de competencia administrada. “Lo extraordinario del caso colombiano es la forma única en que otros principios controversiales en muchos países se incorporaron en el sistema de seguridad social: el seguro, la equidad, la competencia y la libertad de elección.”⁶⁶ Los aspectos que destacan del caso colombiano se enumeran a continuación:

1. La generalización del Seguro como principio de organización del sistema de salud, descartando tajantemente la visión tradicional de la atención sanitaria como un problema de asistencia pública. Así, se pone el pago anticipado sobre cualquier otro mecanismo como forma de financiamiento.

2. La búsqueda de la equidad, *levantando las barreras para el cambio de instituciones y diseñando paquetes mínimos de servicios de salud*. Además, promueve la mancomunación de riesgos obligando la contribución de las personas con mayor capacidad de pago y financiando con recursos públicos la asistencia de los más pobres.

3. La promoción y reglamentación de la competencia entre proveedores de salud, ya sean públicos o privados.

4. El fomento de la libertad de elección por parte de los beneficiarios tanto de aseguradoras como de proveedores de servicios de salud.

Las competencias y funciones de las distintas instituciones, fueron delimitadas para una actuación específica y focalizada. Así, las complejas relaciones entre los distintos actores involucrados tienen un soporte bien

⁶⁵ Q. E. P. D.

⁶⁶ Londoño, Juan Luis (), en SSALA, Banco Interamericano de Desarrollo.

definido para lograr una eficaz conducción y regulación del sistema. Se resalta enseguida cada una de ellas.

Conducción. El Ministerio de la Protección Social (MPS) se encarga del análisis de la situación de salud y la definición de prioridades del sistema. Centra su atención en los distintos grupos poblacionales, en sus necesidades y en las deficiencias en temas como desigualdad e inequidad en materia de salud para cada uno de ellos. Propone además la formulación de políticas, planes, programas y proyectos, plasmándolos en documentos como el Plan Nacional de Salud Pública, la Política de servicios y los distintos reglamentos para el aseguramiento en el sistema. Además, coordina y evalúa la ejecución de las distintas acciones, así como asesora y brinda asistencia técnica a los actores involucrados. Por tanto, el MPS es el órgano rector del sistema y la cabeza de la función de conducción.

Regulación. Dadas las múltiples áreas del sistema de salud, diversas entidades se encargan de esta tarea de acuerdo a su nivel de competencia. A nivel nacional, el Congreso y el Gobierno Nacional hacen aportes a la regulación del sistema con la expedición de normas y leyes. De igual forma, pero dentro del sector, el MPS, la CRES y el FOSYGA, realizan una función reguladora en temas de gestión, administración y operación. Además, esta regulación está influenciada por distintas entidades, como la Comisión Nacional del Servicio Civil, el Instituto Nacional de Salud (INS) o el Instituto de Vigilancia y Control de Alimentos y Medicamentos (INVIMA). En lo relativo a la inspección, vigilancia y control, es la Superintendencia Nacional de Salud quien lleva a cabo la actividad sobre actores públicos y privados.

Modulación del Financiamiento. El FOSYGA realiza el manejo y distribución de los recursos de las subcuentas hacia los actores, monitoreando y controlando el uso de los mismos. El control, inspección y la vigilancia respecto al uso de los recursos son llevados a cabo por la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría y las Entidades Territoriales. En la parte ejecutoria, las entidades territoriales y las EPS, realizan los procesos de negociación con los proveedores de servicios para la prestación final de las atenciones, administrando finalmente los recursos distribuidos por el FOSYGA.

Garantía del aseguramiento. La Superintendencia Nacional de Salud cumple un papel de “protección al consumidor”, ya que, mediante el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, atiende las necesidades de los usuarios del sistema. Para llevarlo a cabo, realiza acciones de atención al usuario, información, así como la conciliación entre éste y aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

Armonización de la Provisión. La Comisión Reguladora en Salud tiene la responsabilidad de definir los contenidos de los planes de beneficios a que tiene derecho los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Junto a ella, la Superintendencia Nacional de Salud, vigila el cumplimiento de la garantía del derecho a la atención sanitaria, por lo que vigila el cumplimiento de los compromisos de los distintos actores del sistema.

4.1.1 Financiamiento y aseguramiento.

El funcionamiento del sistema depende de los recursos recaudados para su financiamiento y de la gestión que realizan las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado y contributivo, para afiliar a la población. Las principales fuentes de financiación del sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo que también aporta a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales, administrados por el FOSYGA. También existen aportaciones provenientes de la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA).

Los aportes que hacen las personas al sistema se reflejan principalmente en el régimen contributivo, que requiere el pago de una cotización del 12.5% (para el 2007) del ingreso o salario de empleados o grupos de población con capacidad de pago, quienes realizan el pago directamente, al igual que los pensionados. Para los trabajadores asalariados la aportación es tripartita, donde el empleado aporta el 4% y su empleador el 8.5%. No obstante quienes cuenten con ingresos superiores a dos salarios mínimos mensuales, contribuyen con medio punto porcentual adicional

como solidaridad con el régimen subsidiado. Con ello, se logra una mayor equidad y progresividad en el financiamiento.

Las personas sin capacidad de pago y aquéllas que no pueden pagar las cotizaciones obligatorias, son focalizadas y seleccionadas mediante la aplicación de una encuesta socioeconómica aplicada por las Entidades Territoriales, quienes verifican que cumplen los requisitos para recibir subsidios totales o parciales del régimen subsidiado. El principal ingreso en este régimen proviene de aportes Estatales y se complementa con las aportaciones solidarias del régimen contributivo.

Existen, no obstante, personas al margen, quienes no están afiliadas a ningún régimen ya sea porque no califican para ser considerados en los grupos prioritarios para el régimen subsidiado, o bien porque no tienen ingresos estables para acceder al régimen contributivo. Ellas son denominadas “participantes no asegurados”, los cuales son responsabilidad de las alcaldías a través de las Empresas Sociales del Estado, quienes aportan recursos a los hospitales para

En el régimen contributivo, las EPS realizan el proceso de aseguramiento, mediante el recaudo de las cotizaciones que garantizan el Plan Obligatorio de Salud (POS), que es el PBS estandarizado. Este paquete de prestaciones se presta a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ya sean contratadas o propias (integración vertical). Para financiarlas, las EPS reciben del FOSYGA la llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC), asignación per cápita garantizada, ajustada según la edad,

4.2 El caso cubano⁶⁷.

Desde el triunfo de la revolución en enero del 1959, Cuba se define constitucionalmente como un Estado independiente, soberano, democrático y socialista. Para el año 2015, contaba con una población de 11,461,432 habitantes y un ingreso per cápita de \$6,445 dólares a precios de 2010, según datos del Banco Mundial. La reputación de su sistema de salud ha sido buena, e incluso su fama es referida usualmente cuando se habla de temas de salud, aunque en realidad los resultados sanitarios están debajo del promedio internacional. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer para el 2015 fue de 79.5 años, comparados con los 80.3 que obtuvieron los países miembros de la OCDE en el mismo periodo. El mérito no obstante, reside en que a pesar de los recursos económicos limitados, el país ha obtenido notables logros en salud pública, en gran parte debido a la atención *preferente* que presta a la educación sanitaria y a su sistema de salud⁶⁸. Su sólido sistema de atención primaria, integrado con los niveles secundario y terciado, ha favorecido, pese a las limitantes, buenos resultados en la salud de la población, excepcionales incluso si se toma en cuenta el ingreso per cápita. Al igual que en otros países, el envejecimiento poblacional junto al descenso de la fecundidad y las enfermedades crónico degenerativas, constituyen los principales problemas demográficos actuales y futuros en el país, así como potenciales retos económicos.

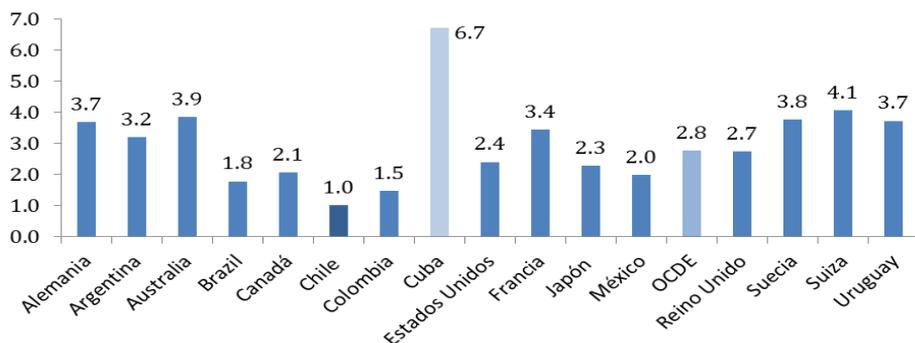
Los servicios de salud son provisionados a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual es único, integral, regionalizado y descentralizado. Su financiamiento proviene casi en su totalidad de fondos públicos. Existe un plan único de financiamiento con iguales prestaciones y servicios para toda la población. El sistema tiene una marcada orientación hacia la medicina preventiva y la salud pública, pues privilegia la atención primaria y la medicina familiar, con un impulso en las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Sin embargo, las enfermedades del corazón continúan siendo desde hace más de 40 años la primera causa de muerte en el país en todas las edades. El sistema cubano ha logrado una integración

⁶⁷ Apartado basado en el documento *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Cuba*, segunda edición septiembre de 2001, Organización Panamericana de la Salud.

⁶⁸ *Ibíd*em, Pág. 101

horizontal de la población, lo que implica que toda la población tiene acceso a las mismas instituciones. No obstante, lo ha logrado a costa de sacrificar la libertad de elección, pues ofrecer servicios de salud fuera del monopolio gubernamental resulta ilegal.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) lleva a cabo las funciones de coordinación, regulación, aseguramiento y rectoría en el sistema. A nivel provincial, existen las Direcciones de salud, subordinadas a las Asambleas Provinciales del Poder Popular. En el nivel municipal existen las Direcciones de Salud Pública, dependientes de las Asambleas Municipales del Poder Popular. Existe un Consejo de Salud que realiza la coordinación intersectorial relativa a la provisión de salud. Además de los servicios públicos otorgados por el MINSAP, existe desde 1987 el SERVIMED, Empresa Comercializadora de Servicios Médicos para Extranjeros y de cobertura asistencial al Turismo, que apoyado en la infraestructura del MINSAP y en propia, presta servicios médicos a turistas y extranjeros en todas las especialidades médicas.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Nota: el dato para la OCDE corresponde al año 2011.

Gráfica 4.4 Países seleccionados, 2010. Médicos por cada 1000. (Número de médicos)

Es importante mencionar que el sistema cubano cuenta con una de las mayores (quizá la más alta) oferta de médicos a nivel internacional. Como lo muestra la Gráfica 4.4, existían en promedio 6.7 médicos por cada 1,000 personas en 2010, según datos del Banco Mundial. Esta relación es más del doble de la existente en el promedio de países miembros de la OCDE. En este aspecto, es presumible una baja productividad por médico debida no sólo al

elevado número de ellos, sino por la existencia de rendimientos decrecientes. Podríamos sugerir que esta situación se deriva de un sistema educativo especializado en la ciencia médica por una parte y, por otra, a la poca libertad de movilidad laboral. De este modo, es probable que estos profesionales de la salud, se vean impedidos a desplazarse a países donde podrían ser más productivos.

El equilibrio indispensable entre los tres insumos básicos de un sistema de salud (recursos humanos, capital de equipo y bienes fungibles), es crucial en la consecución sus metas. “A diferencia del capital de equipo, el conocimiento no se deteriora con el uso. No obstante, al igual que el equipo, las aptitudes pasan a ser obsoletas al surgir nuevas tecnologías, por lo cual el capital humano también necesita mantenimiento.”⁶⁹ En un país bloqueado comercialmente y limitado económicamente, puede existir una provisión desigual entre los insumos sanitarios, ya que si por un lado existe una sobre oferta de personal médico, probablemente persistan carencias no ya de insumos básicos, sino de equipo de diagnóstico de tecnología avanzada. Sería interesante analizar el impacto que si se lograra este equilibrio, tendría en el nivel de salud del país.

⁶⁹ OMS, ISSM 2000, pág. 86

4.3 El caso chileno.

La importancia del estudio del sistema de salud en Chile radica en que, tal como certeramente comenta Osvaldo Larrañaga⁷⁰, “el sistema de salud chileno es único en el mundo”⁷¹. Este sistema, reconocido tradicionalmente como un sistema dual o mixto, basa esta dualidad en la participación conjunta y complementaria del sector público y el sector privado de tal forma que existe una competencia franca por captar asegurados. Además, promueve la libre elección de proveedor de servicios de salud y en 2005 definió un ambicioso PBS llamado plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) que igualó el piso de garantías para los beneficiarios de los seguros público y privado. Este decidido y mantenido esfuerzo por mejorar su sistema lo hace un caso obligado de revisión y referencia.

Para el año 2015, Chile contaba con una población de 17,762,681 habitantes y un ingreso per cápita de \$14,907.2 dólares a precios de 2010, según datos del Banco Mundial. Su expectativa de vida al nacer fue de 81.8 años, un 2% mayor que la del promedio de países de la OCDE para el mismo año, y la segunda más alta de todo el continente, sólo superada por Canadá. A comienzos de la década de los 80, fue lanzada la reforma de salud en Chile, y estructurada en base a los siguientes principios⁷²:

- El papel subsidiario del Estado
- La focalización en los pobres
- La libre elección de los consumidores
- Los costos compartidos
- La separación de las funciones de financiamiento y provisión; y
- La competencia entre compañías de seguro y proveedores.

⁷⁰ Q. E. P. D. Doctor en economía por la Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos, ha destacado por sus estudios económicos de la oferta de bienes públicos, así como por sus aportaciones a distintos ministerios gubernamentales como el de Trabajo y Previsión Social, el de Salud y el de Educación.

⁷¹ *Óp. Cit.* Larrañaga, Osvaldo (1997), Pág. 5

⁷² Fleury, Sonia (2003), *¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia*, en Servicios de Salud en América Latina y Asia, Carlos Gerardo Molina y José Núñez del Arco, editores. Banco Interamericano de Desarrollo, pág. 14

Así, “esta reforma esencialmente puso fin al antiguo sistema de seguridad social establecido por los gobiernos populistas, basado en una lógica de interdependencia. Los beneficios adquiridos no dependen ya del poder político de los trabajadores cubiertos. El nuevo parámetro es la productividad, en donde se le asigna prioridad a la protección de la porción de trabajadores empleados en los sectores más dinámicos de la economía y por lo tanto capaces de adquirir un seguro privado de salud. Mientras tanto, los trabajadores de los sectores más rezagados y/o del mercado informal permanecen bajo la responsabilidad de los programas públicos”⁷³.

Entre el 2003 y el 2005, el sistema de salud chileno se reformó nuevamente con base en las siguientes leyes:

1) Ley de Financiamiento (No. 19.888): promulgada el 13 de agosto de 2003, considera alzas al IVA e impuestos específicos para financiar el Plan de Salud con Garantías Explícita (Auge) para los beneficiarios del Fonasa y el Programa Chile Solidario, cuyo objetivo es propiciar oportunidades de desarrollo e inserción social a la población indígena.

2) Ley Corta de Isapres (No. 19.895): publicada el 24 de febrero de 2004, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Isapres y establece qué transferencias de cartera pueden ocurrir entre ellas.

3) Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (No. 19.937): publicada el 24 de febrero de 2004, fortalece las potestades de conducción sanitaria en el Ministerio de Salud y entrega a organismos especializados las facultades de regularización y fiscalización. Además crea nuevos instrumentos para la mejora en la gestión de la Red Asistencial, mayores atribuciones a los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

4) Ley del Auge (No. 19.966): promulgada el 03 de septiembre de 2004, establece un plan de salud obligatorio para el Fonasa y las Isapres (Régimen de Garantías o Plan Auge). Este plan consiste en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su elevado

⁷³ *Ídem.*

impacto tanto social como sanitario. Define además garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.

5) Ley Larga Isapres: publicada el 17 de mayo de 2005, aborda el funcionamiento del Sistema Isapre, prestando especial atención al proceso de adecuación anual de contratos, alzas de precios, tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las Isapres.

Estas últimas reformas introducidas para fortalecer el plan AUGE, explicitan cuatro garantías que promueven que el sistema se acerque hacia la meta de ser más *bueno y equitativo*, de acuerdo a la definición de la OMS señalada en el capítulo anterior. Estas garantías son las siguientes⁷⁴:

- Garantía de acceso: el FONASA y las ISAPRE tienen la obligación de otorgar las prestaciones de salud garantizadas.
- Garantía de calidad: todos los prestadores deben estar acreditados ante la Superintendencia de Salud de acuerdo con criterios de calidad.
- Oportunidad: hay plazos máximos para la entrega de prestaciones garantizadas.
- Protección financiera: se define un techo de copago por año para evitar los gastos catastróficos estableciendo un máximo de contribución por copago de un beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas.

A más de treinta años de la primera reforma, el sistema sanitario chileno ha enfrentado diversas dificultades, principalmente en lo que respecta a equidad y eficiencia. Por otra parte, ha sido testigo de una fuerte segmentación en función del riesgo y del ingreso, de tal forma que los aseguradores privados captan preferentemente a las personas sanas y con mayores ingresos, siendo absorbida la mayoría restante por el seguro público. Las estrategias que ha implementado y los retos aún pendientes, son algunos de los puntos que se abordan en este apartado. Sin embargo, plantea

⁷⁴ Becerril-Montekio, Víctor, Juan de Dios Reyes y Annick Manuel, *Sistema de salud de Chile*, en Salud Pública México, año 2011 no. 53. Página 142

en sí misma un modelo innovador, con innegables logros y con muchas lecciones que compartir: por primera vez en Latinoamérica se daba primacía al mercado en el sector sanitario, se otorgaba la libertad de elección a los usuarios y se descentralizaba el sistema público. El resto de los países en la región, si acaso, sólo se animaría a descentralizar el sistema público de salud al llevar a cabo sus reformas. Algunos como Colombia, también promoverán la libre elección.

4.3.1 Acceso al sistema de salud.

El sistema de salud chileno posee un carácter individual y obligatorio. Por este motivo, los trabajadores dependientes y los pensionados, tienen la obligación de cotizar con el 7% de sus ingresos como mínimo. Enseguida, los cotizantes pueden elegir el sistema público, administrado por el FONASA (Fondo Nacional de Salud); o bien, por el sistema privado, optando por alguna ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), ambos bajo la observancia y supervisión del Ministerio de Salud. Resalta el carácter redistributivo de este esquema ya que una *tasa general* se traduce, monetariamente, en mayores aportaciones de quienes tienen mayores ingresos. Para las personas pobres o con ingresos insuficientes, el FONASA les brinda atención sanitaria bajo la modalidad de beneficiarios no cotizantes.

Este nuevo sistema dual contiene como elemento novedoso y relevante el tema de la provisión de atención médica. Una vez elegido el tipo de aseguramiento, los usuarios pueden *elegir libremente* al proveedor de servicios de salud. Si se trata de aseguramiento privado puede optar libremente entre una lista de proveedores asociados con su ISAPRE o bien, elegir libremente cualquier otro. Para el caso público, existe una modalidad de libre elección mediante la cual la atención sanitaria no se restringe únicamente a proveedores públicos, conocida como “opción por servicios fuera”.

4.3.2 FONASA

El FONASA es el asegurador en primera y última estancia en Chile. Todos los trabajadores cotizantes son asignados inicialmente a él. Por otro lado, es además quien cubre a los no cotizantes y a la población sin recursos e indigente. Para personas con alto riesgo médico, como se analiza más adelante, significa además el aseguramiento final, debido a la discriminación por riesgos. Si se eligió el sistema público, esto es, el FONASA, se puede optar entre dos modalidades. Una modalidad institucional, que ofrece tanto para la atención médica básica (preventiva, familiar y de primer nivel) como para aquella más avanzada (hospitalización, segundo y tercer nivel), instalaciones administradas directamente por el gobierno y los municipios. Y una modalidad de libre elección, en donde se ofrece un catálogo de diversos proveedores privados asociados al FONASA para el mismo efecto. Sin embargo, esta última sólo es accesible para los beneficiarios cotizantes. Las personas denominadas “indigentes” sólo pueden acceder a la modalidad institucional.

Independientemente de la modalidad elegida y salvo en consultorios de atención primaria del sistema público, existe un copago en los servicios que estimula la prevención de riesgos y enfermedades por parte de los usuarios. En la modalidad institucional, este copago depende del ingreso y aplica sólo en la atención hospitalaria. El rango en el que varía es del 0 al 50% del arancel establecido a la prestación. Por otro lado, quienes disfrutan de la modalidad de libre elección cubren el copago en función del tipo de prestación, independientemente de su ingreso.

Una seria deficiencia en el FONASA, es la forma en que se asignan recursos. La cual, se basa en criterios centralizados y burocráticos, presupuestos históricos y situaciones de negociación discrecional. Con ello, el gasto lo determina el oferente, sin prestar mucha atención a la demanda y a las expectativas de los usuarios. En el pago de los prestadores de salud, por ejemplo, se basa en tabuladores uniformes por categoría laboral, no necesariamente basadas en la productividad de su trabajo, resultando en pérdidas de eficiencia como ocurre en la mayoría de las organizaciones públicas burocráticas. No obstante, se tomó en cuenta y se buscó inicialmente

mayor descentralización mediante la autonomía en la función de provisión, realizada por 27 autoridades zonales y las municipalidades. Sin embargo ambas, todavía dependen básicamente de las políticas y recursos del Ministerio de Salud, por lo que aún quedan muchos retos al respecto.

4.3.3 ISAPRES

Por el lado del sistema de seguro privado, su financiamiento descansa tanto en subsidios públicos, como en el descuento del 7% obligatorio a los asalariados y los aportes voluntarios para adquirir mejores planes de protección. De esta manera, brindan el servicio médico en función de dos variables: la prima pagada y el nivel de riesgo médico de los asegurados. De esta forma ofrecen un plan de seguro de salud en función del gasto y los pagos esperado. Dichos planes pueden ser negociados partiendo del 7% básico de cotización, ofreciendo mayores prestaciones y coberturas cuando mayor es esta prima. Así, existe una gran variedad de planes y paquetes de protección a los cuales pueden acceder los asegurados con diferente capacidad de pago.

Las ISAPRES ofrecen un sistema de proveedores privados con quienes tiene convenio (clínicas, hospitales y profesionales independientes) o bien, realizan reembolsos por servicios prestados al proveedor elegido por sus asegurados. Algunas de ellas, tienen infraestructura médica propia, la cual ofertan a precios menores a sus beneficiarios.

De forma general, existen dos tipos de ISAPRES: cerradas y abiertas. Las primeras, suelen ser aquéllas sociedades que ya existían previamente y están ligadas principalmente con los trabajadores de alguna empresa o industria específica. Así, limitan el acceso a un determinado gremio de trabajadores a fin de asegurar beneficios y prestaciones que complementan los beneficios contractuales de los empleados. Su razón de ser y su principal ventaja es la aportación adicional por parte de la empresa empleadora (por ejemplo las ISAPRE de la industria del Cobre), logrando así beneficios superiores a los que obtendrían los afiliados en otra ISAPRE del mercado. Las ISAPRE abiertas son empresas independientes que asimilan a una empresa de seguros. Participan abiertamente en el mercado y buscan, mediante

publicidad y competencia, atraer asegurados. No obstante, y como se describirá más adelante, cualquier entidad aseguradora tiene fuertes incentivos para centrarse en esquemas de selección de riesgos, por lo que en la práctica, no son asequibles para todas las personas. A la fecha, las ISAPRES abiertas más importantes y populares en Chile son:

- Isapre Banmédica S. A.
- Isapre Colmena
- Isapre Consalud
- Isapre Cruz Blanca
- Isapre Vida Tres

4.3.4 Financiamiento

El gasto de bolsillo en salud es uno de los indicadores que miden la inequidad en el acceso a los servicios de salud. En Chile, este ha sido sustancialmente elevado, debido en gran parte a que tanto afiliados a FONASA e ISAPRES se enfrentan a copagos que van del 10 al 20% en promedio por servicios prestados. Para el 2003, el gasto total en salud fue cubierto en un 27% por impuestos generales, 26% por gastos de bolsillo, 17% por los cotizantes del FONASA. 16% por los cotizantes de las ISAPRE, 7% por las cotizaciones voluntarias y un 6% de aportaciones directas de los municipios⁷⁵.

⁷⁵ *Ibíd.* Pág. 136

4.4 El caso canadiense⁷⁶.

Monarquía constitucional, estado federal y democracia parlamentaria; Canadá contaba en el 2015 con 35,848,610 habitantes y un PIB per cápita de \$50,109.9 dólares estadounidenses a precios de 2010, según datos del Banco Mundial. La calidad de vida en el país es de las más altas llegando a encabezar, por ejemplo, durante 6 años consecutivos, el índice de desarrollo humano de las Naciones Unidas (1994-1999). Para el 2015 la expectativa de vida fue de 82.1 años, posicionándose entre las más altas a nivel mundial. Se trata, por tanto de un país donde la variable *Medio Ambiente* es muy favorable para la condición de salud de las personas, con factores económicos y sociales que repercuten muy positivamente en ella.

Consolidado en 1984, cuando se aprobó la Ley de Salud de Canadá, el sistema sanitario surge como respuesta a las inquietudes acerca de acceso desigual, derivadas de cargos a los usuarios y prácticas de sobrefacturación en algunas provincias. El propósito de la Ley fue garantizar el acceso prepagado a la asistencia sanitaria para todos los residentes del país, mediante la financiación y administración pública. No obstante la provisión es de carácter privado (aunque sin fines de lucro) predominantemente, mediante el sistema conocido como *Medicare*. El sistema proporciona acceso a todos los servicios sanitarios que, desde el punto de vista médico, sean necesarios. Fue construido sobre cinco principios estipulados en la *Ley de Salud de Canadá*, a saber:

1. Universalidad, que implica la provisión al 100% de la población de servicios sanitarios en términos y condiciones uniformes.
2. Alcance, que garantiza un plan de servicios médicos que asegure la prestación estipuladas en él.
3. Accesibilidad, que significa la prestación de los servicios de salud sin barreras.
4. Facilidad de Transferencia, que asegura la cobertura de salud para los asegurados en cualquier parte del país o cuando se trasladen fuera de él.

⁷⁶ Basado en: *Canadá, perfil del sistema de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Marzo de 2000.

5. Administración pública, que obliga a la ejecución y administración del plan de salud por una autoridad pública responsable sin fines de lucro.

La financiación de la atención sanitaria por medio de ingresos públicos y su provisión mediante centros médicos privados, otorga una connotación especial al sistema. Por ley, el sector privado está excluido como entidad pagadora de la mayor parte de la asistencia sanitaria, limitándose a los servicios que no están cubiertos completamente por los programas de salud provinciales, los cuales incluyen productos farmacéuticos de uso fuera de hospitales, la atención oftálmica y dental. No obstante, gran parte de las instituciones de provisión de salud, en todos los niveles, son organizaciones individuales privadas sin fines de lucro, con su propia administración y estructura.

La medicina familiar y la atención sanitaria representan más de la mitad de la atención total del país, significando un filtro relevante para el diagnóstico y referencia a los distintos niveles de atención. La mayoría de los médicos generales tienen un alto grado de autonomía y son particulares trabajando de manera independiente o en grupo. Los pacientes, por su parte, tienen la libertad de elegir a sus propios médicos, lo que confiere un aire competitivo al sistema y de garantías mínimas de calidad. Los médicos particulares en general reciben honorarios por los servicios que prestan y presentan los reclamos para el pago de los mismos directamente al plan de seguro provincial. La sobrefacturación a pacientes por los servicios asegurados públicamente está prohibida. Los dentistas trabajan independientemente el sistema sanitario excepto en casos donde la cirugía dental hospitalaria sea necesaria. Los farmacéuticos trabajan de manera independiente también, actuando además como una fuente de conocimiento autónomo, informando sobre los medicamentos prescritos o de venta libre. Por su parte, la atención médica especializada a pacientes ambulatorios se proporciona en gran parte de la misma manera que la atención por médicos generales. Los especialistas controlan el acceso mediante la derivación a otros especialistas y prestadores asociados, ingresos a los hospitales, e indican las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y la farmacoterapia de prescripción necesarios. Es común, además, la prestación de servicios en

clínicas privadas por parte de especialistas que laboran también en unidades públicas.

Por su parte, los hospitales funcionan como entidades sin fines de lucro, con un alto grado de autonomía y administradas por juntas comunitarias o depositarios. Los únicos hospitales administrados directamente por la administración pública son las instituciones psiquiátricas, aunque existe una tendencia a cambiar esa relación. Los hospitales privados, con fines de lucro, representan menos del 5% del total. Los servicios de atención comunitaria se organizan en dos niveles fundamentales: la atención institucional y la asistencia domiciliaria. Su objetivo fundamental es la asistencia a largo plazo y la atención crónica. Sin embargo los costos son cubiertos tanto por el gobierno como por los pacientes: el primero, se encarga de los costos de los servicios institucionales de asistencia de larga estancia; el segundo, de los costos de la estadía, como la comida o el alojamiento, pudiendo cubrirlos con desembolsos directos o por medio de un seguro privado. Las provincias o territorios individuales también se encargan del manejo directo de los servicios de salud. Sus respectivos ministerios de salud, planifican, financian y evalúan la prestación atención hospitalaria, los servicios de asistencia médica y paramédica, así como algunos elementos de la atención por prescripción y la atención pública. Además de su papel rector y de supervisión, se encargan de la negociación con los profesionales paramédicos y las asociaciones provinciales de médicos, de sus sueldos y salarios, influyendo de esta forma el precio y la oferta de la atención sanitaria.

Para 1998, los gastos sanitarios representaron el 9.1% del PIB de los cuales, el 69.6% provenía del sector público. El porcentaje restante fue financiado de manera privada mediante seguros complementarios, prestaciones a cargo del empleador o desembolsos directos. En pro de mejorar el sistema de salud, desde fines de los noventa ha habido tentativas de reestructurarlo. El objetivo principal fue, de cierto modo, la descentralización, “de manera que el gobierno federal trabaje con política general, el establecimiento de normas y auditoría; los gobiernos provinciales tengan una función de vigilancia, y los gobiernos locales se encarguen de la provisión de infraestructura y la prestación de servicios.”⁷⁷ El criterio basal

⁷⁷ *Ibíd.*, pág. ii.

del sistema es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, alejándose en lo posible de la función puramente curativa (restauración de la salud) del sistema. Las estrategias para la reestructura recalcan el liderazgo, la participación entre gobiernos y sociedad civil, y el énfasis del proceso de toma de decisiones sustentado en datos.

4.4.1. Funciones del sistema sanitario.

Rectoría. El gobierno federal tiene la función del establecimiento y la administración de los principios o normas nacionales para el sistema de asistencia sanitaria, además de la cooperación en el financiamiento de los servicios provinciales de asistencia sanitaria mediante transferencias fiscales. Con el uso de la gama completa de instrumentos de política, como medidas para gastos directos y de tributación, servicios de reglamentación e información, se ha tornado más activo respaldando a las provincias en la consecución de sus objetivos sanitarios, ya sea proporcionando información para la toma de decisiones, o con análisis económicos de las opciones de intervención médica y en la evaluación de nuevas tecnologías. Otra área del responsabilidad federal en la salud, es el impulso de estrategias como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación. Además de coordinar y estructurar los sistemas de información y vigilancia sanitaria que ayuden a los canadienses a poseer y información exacta y oportuna que les ayude en la toma de decisiones sobre su salud.

Las provincias y los territorios planifican, financian y evalúan, por su parte, la prestación hospitalaria, los servicios de asistencia médica y paramédica, algunos aspectos de la atención por prescripciones y la salud pública. El Real Colegio de Médicos y Cirujanos evalúa regularmente los hospitales a fin de incluirlos en programas de capacitación para residencias, así como la determinación de programas y lineamientos para los candidatos de pasantías. El Consejo Canadiense para la Acreditación de los Establecimientos de Salud vigila la calidad de los hospitales canadienses. Este proceso implica que los hospitales cumplan normas mínimas para mantener su condición. El incumplimiento de tales normas puede conducir a una modificación de la clasificación, la pérdida de la condición de hospital docente o, en ciertos casos, una reducción en el financiamiento.

Financiamiento y gasto. El seguro de salud del sistema canadiense, es un ejemplo de Seguro de Salud Universal. De financiamiento público, garantiza el acceso a todos con la cobertura médica y hospitalaria necesaria. A partir de 1997, la contribución del gobierno federal a la salud provincial y a los programas sociales se consolidó en una transferencia nueva de bloque único: la *Transferencia Sanitaria y Social de Canadá*. Esta transferencia es una combinación de dinero en efectivo y facultades tributarias, dándoles a los beneficiarios la flexibilidad para asignar los pagos según sus prioridades. Algunas provincias emplean métodos adicionales de financiamiento para la salud como impuestos sobre las ventas, gravámenes a la nómina de sueldos e ingresos por lotería. Los criterios de financiamiento, en general, se asan en una estructura de tres partes:

- i. Un pago per cápita ajustado de acuerdo a la edad y el sexo de la población.
- ii. Un segundo nivel de ajuste según la situación socioeconómica y, en algunos casos, la condición aborígen.
- iii. Una asignación para el mayor costo de gestión resultado de la distancia y la dispersión de la población.

Respecto al financiamiento de los hospitales, la distinción más importante es la separación de los presupuestos operativos de los presupuestos de capital. Estos últimos están estrechamente controlados y son financiados sólo parcialmente por las provincias. El resto, se financia con recaudaciones dentro de la comunidad, según se identifican y aprueban las necesidades de capital. La participación ciudadana es relevante en este aspecto. También, los hospitales pueden recaudar ingresos adicionales por servicios auxiliares como estacionamiento y estadía preferencial. Sin embargo, y derivado de lo costoso que suele ser este nivel de atención, la reestructuración, fusiones y cierre de algunos de ellos han venido ocurriendo.

El pago a los médicos, por otro lado, en su calidad de profesionales particulares, se basa principalmente en honorarios por servicios prestados, quedando la negociación de los planes de honorarios entre cada gobierno provincial y su asociación médica respectiva. Sin embargo, existen métodos adicionales (además del citado) para el pago a los médicos, como los basados

en los ingresos, de acuerdo con las tasas salariales o de sesión y los basados en las necesidades, que incluyen la capitación ajustada de acuerdo con la edad, el sexo y el riesgo.

Aseguramiento. Los canadienses no pagan directamente los servicios hospitalarios y médicos como tampoco deben completar formularios para los servicios asegurados. No hay montos deducibles, copagos o límites en dólares para la cobertura de los servicios asegurados. Son otorgados todos los servicios de salud necesarios *desde el punto de vista médico*⁷⁸. Tal uniformidad en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) no aplica en el caso de los llamados *servicios extendidos de atención sanitaria*, que involucran prestaciones como atención intermedia en casas de convalecencia, atención residencial a adultos, asistencia domiciliaria y atención sanitaria ambulatoria. Para este tipo de servicios, cada provincia cuenta con diferentes programas y establecimientos tanto comunitarios como institucionales. Los PBS, por su parte, se basan en la tributación, no tienen fines de lucro y poseen una entidad pagadora única para los servicios suministrados, entidad relacionada estrechamente con el ministerio de salud provincial. Estos planes se encargan del pago a los prestadores de servicios en nombre de los residentes de cada provincia. Finalmente, cada provincia otorga un conjunto de *prestaciones adicionales*, que incluyen servicios como optometría, psicología y quiropráctica, además de productos auxiliares como sillas de ruedas y andadores. Las condiciones para el acceso a ellas varía por provincia y está permitido (y con frecuencia ocurre) el pago de cargos adicionales o copagos.

Prestación de servicios. Existe una agregación de los servicios sanitarios otorgados: los Servicios de salud poblacional y los Servicios de atención individual.

Los primeros fueron creados originalmente para el control de la propagación de enfermedades infecciosas, garantizar el saneamiento público y propiciar la educación sanitaria de la población. Actualmente centra sus esfuerzos más en la prevención de enfermedades y en las necesidades de

⁷⁸ Aquí es importante el papel del médico como mediador e inductor de la demanda de servicios de salud, como se mencionó en el apartado 1.3.1.

ciertos sectores de la población con deficiencia en servicios médicos. Su financiamiento es separado del resto de los componentes de la asistencia sanitaria del país, pues significan una parte integral de la asistencia sanitaria de la comunidad. Sus principales objetivos son:

1. La renovación y reorientación del sector sanitario mediante esfuerzos ininterrumpidos. Para lograrlo, debe fomentar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y lesiones, así como la protección de la salud; aumentar la responsabilización de los servicios de salud mediante una mejor notificación sobre la calidad de los servicios de salud y mayor acceso a los servicios necesarios; fortalecer la comprensión general de la manera en que los factores determinantes básicos de la salud⁷⁹ repercuten en el bienestar colectivo y personal; evaluar e identificar estrategias para políticas y programas que funcionen y, por último; ejercer influencia en los sectores fuera de la salud que significativamente puedan afectar la situación sanitaria.
2. Invertir en la salud y bienestar de grupos de grupos de población clave como niños y jóvenes.
3. Mejorar la salud con la reducción de las faltas de equidad en la distribución de ingresos, el alfabetismo y la educación.

Respecto a los segundos, los Servicios de atención individual, están respaldados por el compromiso tanto de las autoridades como de las instituciones, de mantener y mejorar la calidad de los servicios y de los programas. Al respecto, son resaltables los esfuerzos por documentar la percepción y satisfacción de los usuarios del sistema de salud. Ya sea mediante cuestionarios y diversos sistemas de información, así como la introducción del Programa de acreditación centrado en el cliente, los esfuerzos en pro de *Responder las expectativas de la población*, son ejemplares.

⁷⁹ Véanse los Determinantes de la Salud, señalados en el Capítulo 1

4.5 El caso japonés⁸⁰.

Pese a la distancia geográfica y cultural con nuestro país, la razón de incluir a Japón en este estudio es simple: tiene la más elevada expectativa de vida en el mundo y (lo que es más sorprendente), lo logró en un tiempo récord: alrededor de casi 50 años. La experiencia de la posguerra en Japón dejó una gran lección: es posible la mejora de la salud aún en países con bajo desarrollo socioeconómico. No obstante, su éxito a largo plazo mucho tuvo que ver con que fueron capaces de mejorar sustancialmente en todos los determinantes de la salud “operables”: estilo de vida, medio ambiente y organización del sistema de salud. Actualmente, algunos de los desafíos en salud que enfrentan tienen que ver con el determinante “biología humana”. Esto es, están encarando los retos que el envejecimiento impone por sí mismo.

Para el año 2015 Japón tenía una esperanza de vida al nacer de 83.8 años. En ese mismo año, sus 127,141,000 habitantes contaban con un ingreso per cápita de 47,082.68 dólares, según datos del Banco Mundial. Japón ha llamado la atención del resto del mundo debido a su tremendo éxito logrado en mejorar el estado de salud de su población en el siglo 20. La mejora en el estado de salud de la población Japonesa fue notable desde principios de los 20 cuando las tasas de mortalidad infantil empezaron a caer. El incremento de las tasas de supervivencia infantil fueron parcialmente posibles mediante la mejor educación y alfabetismo de las madres a inicios del siglo 20, con la provisión de educación gratuita y obligatoria, la mayoría de mujeres acudieron a escuelas primarias. Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial, Japón demostró su capacidad para mejorar la salud de su población. El país fue devastado tras su derrota. El PIB per cápita era de aproximadamente \$3400 dólares en 1950, similar al de la India hoy en día. El estado de salud de la población era también pobre: en 1947, la expectativa de vida al nacer de los hombres era sólo de 50 años y la de las mujeres era de 54 años.

⁸⁰ Este apartado está basado en gran parte en la serie *Japan; Universal Health Care at 50 Years*, publicada en el diario *The Lancet* el 30 de agosto de 2011. Disponible en <http://www.thelancet.com/series/japan>

El acelerado crecimiento económico comenzó a fines de los 50 y la expectativa de vida de la población empezó a incrementarse a tasas sin precedentes. Dentro de algunas décadas Japón había alcanzado y eventualmente superado a varias otras naciones desarrolladas. Desde 1986, Japón tuvo el primer lugar en términos de esperanza de vida al nacer de las mujeres, con la expectativa de vida más larga registrada jamás en el mundo de 86 años en 2009. El país ha mantenido también la mejor expectativa de vida saludable al nacer en 2007 (73 años para hombres y 78 años para mujeres). Con una baja tasa total de fertilidad, la proporción de personas de 65 años o más se ha cuadruplicado durante los pasados 60 años al 23% en 2010, haciendo a la población japonesa la más vieja población en el mundo. Pese al envejecimiento demográfico, el gasto de Japón en salud es sólo el 8.5% del PIB, colocándolo en el lugar 20 en términos de gasto entre los países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo en 2008⁸¹.

¿Qué ha hecho saludable a la población de Japón? ¿Cómo pudo Japón alcanzar la más alta expectativa de vida al nacer en el mundo? ¿Continuará la población japonesa siendo saludable en el futuro? Entender qué contribuyó a que la población japonesa fuese saludable en un tiempo bastante corto es importante para las políticas globales de salud, particularmente para países que luchan para mejorar su salud. Varios aspectos del estilo de vida japonés proveen explicaciones interesantes para las primeras dos preguntas: Primero, los japoneses prestan atención a la *higiene* en todos los aspectos de su vida diaria. Esta actitud podría en parte ser atribuida a una compleja combinación de cultura, educación, clima (humedad, temperatura), ambiente (rodeados de agua y siendo una nación que se alimenta de arroz), y la antigua tradición Shinto de purificar el cuerpo y la mente antes de reunirse con otras personas. Segundo, *son conscientes de su salud*. En Japón, los chequeos regulares del estado de salud son la norma. La revisión en masa es proveída a todos en la escuela y el trabajo o dentro de la comunidad por autoridades del gobierno local. Tercero, la *alimentación* japonesa tiene un benéfico balance nutricional, y la dieta de la población japonesa ha mejorado conjuntamente con el desarrollo económico de las cinco décadas anteriores.

⁸¹ *Íbidem*, pág. 17

En contraparte a la gran mejora de salud alcanzada, Japón está ahora luchando para tratar desafíos de salud distintos, en parte atribuibles a los notables cambios que están tomando lugar en las estructuras demográficas y sociales del rápido envejecimiento de su sociedad. La población está proyectada a reducirse de 128 millones en 2005 a 965 millones en 2050, de la que la proporción de personas de 65 años o más se espera crezca en un 40%. Desde inicios de 1990, el prolongado estancamiento político y la recesión económica han ayudado a inducir un sentimiento de inequidad creciente entre envejecimiento poblacional. Además, el sobrepeso y la obesidad son un serio problema creciente, proveniente desde un cambio en torno a una dieta estilo occidental y al estilo de vida sedentario. Alrededor de un tercio de los hombres de entre 30 a 59 años tienen sobrepeso u obesidad, aunque la prevalencia de adultos con obesidad (4%) está por debajo que otras naciones desarrolladas⁸².

El exceso de trabajo también es un reto en ese país. La jornada laboral del trabajador asalariado promedio en Japón parece poco saludable: frecuentemente trabajan desde muy temprano hasta pasada la tarde, 6 días a la semana. Para aliviar el estrés diario, algunos de ellos recurren a comportamientos negativos para la salud como fumar tabaco o beber alcohol después del trabajo, o incluso el suicidio en casos extremos. La muerte por exceso de trabajo es también un serio problema social.

Para fortalecer la extensión de la expectativa de vida en Japón, la mortalidad derivada de esas enfermedades no contagiosas debe ser prevenida. Aunque el uso de tecnología médica avanzada es una estrategia prometedora para mejorar la supervivencia, modificar el perfil de los factores de riesgo poblacionales subyacentes es también importante para asegurar un incremento en la salud de la población a largo plazo.

⁸² *Íbidem*, pág. 18

4.6 El caso estadounidense⁸³.

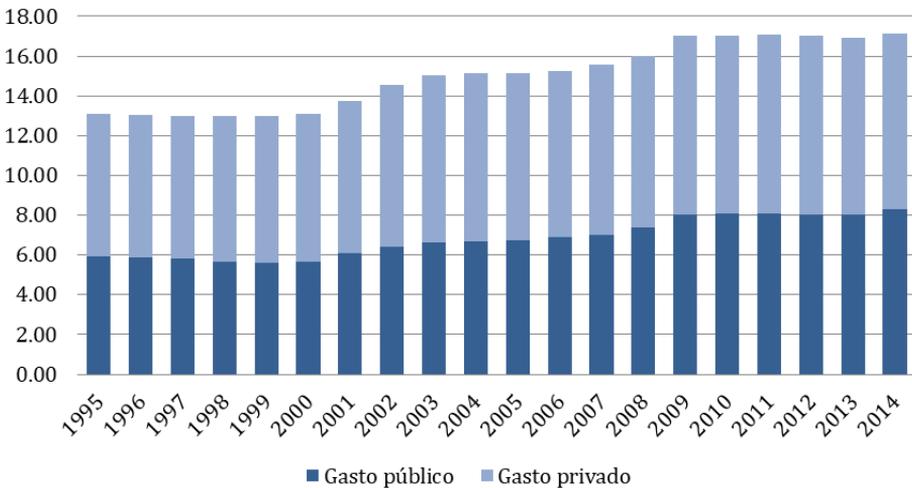
El sistema de salud de Estados Unidos tiene el mayor nivel de gasto como porcentaje del PIB en todo el mundo, mismo que ascendió al 17.14% en 2014, el cual fue un 28.1% superior al del promedio de países de la OCDE para el mismo año, a saber, 12.32%. No obstante su expectativa de vida al nacer en ese periodo fue de 78.74 años, mientras que para los países referidos lo fue de 80.18 años. Así, se convierte en un ejemplo de que un mayor nivel de gasto no implica necesariamente un mejor nivel de salud. Por otro lado, este sistema es referencia obligada al analizar un sistema privado de salud. En este sentido, no es posible dejar de preguntarse ¿cómo es financiado?, ¿es suficiente la provisión de atención sanitaria?, ¿es capaz de proteger financieramente a la población contra los gastos de la mala salud? ¿cómo se protege el interés público?

República federal, para 2015 contaba con 320,896,618 de habitantes, con un ingreso per cápita de 51,722.09 dólares, según datos del Banco Mundial. Su sistema de salud cuenta con un sector público y uno privado, aunque éste último es el proveedor más grande de servicios de salud, los cuales son ofrecidos por medio de distintos participantes que interactúan de manera competitiva en el mercado. En consecuencia, el 70% de la población, aproximadamente, cuenta con algún seguro de salud privado. Respecto al sistema público, el país no cuenta con un sistema único o nacional de salud. La única prestación pública directa de servicios de salud es exclusiva para el personal militar, excombatientes con discapacidades derivadas del cumplimiento de su servicio, indios y nativos estadounidenses y para los presidiarios de las prisiones federales. No obstante, cuenta con dos seguros públicos en un esquema de subsidios focalizados: el *Medicare*, que cubre a todas las personas de más de 65 años de edad, insuficiencia renal permanente y a algunas personas con discapacidades y; el *Medicaid*, dedicado a algunos sectores pobres de la población. Pese a que el financiamiento privado ha sido mayor, la diferencia respecto al público es mínima, como puede apreciarse en la Gráfica 4.5, siendo el año 2003 cuando fue mayor en un 21.58%. Desde entonces prevalece una tendencia a

⁸³ Basado en: *Perfil de Sistemas y servicios de salud. Estados Unidos de América.* Organización Panamericana de la Salud. Febrero de 2002.

equilibrase tal que para el 2014, entre un tipo de financiamiento y otro se reportó una diferencia del 6.58%. Es probable que la reforma del sistema conocida como *Obamacare* haya influido en el aumento del financiamiento público.

Los principales retos que enfrenta el sistema son el alto porcentaje de personas no aseguradas (14% aproximadamente para el año 2000⁸⁴) y la escalada de costos de la atención sanitaria. Además, el alto gasto en salud no ha sido capaz de elevar los indicadores de salud del país. Para el año 2015, la expectativa de vida del país continuaba siendo inferior al promedio de la OCDE.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Gráfica 4.5 Estados Unidos, 1995-2014. Gasto total en salud como porcentaje del PIB, segmentado entre público y privado. (Porcentajes)

4.6.1 La participación privada.

Compuesto por hospitales, médicos, dentistas, compañías aseguradoras, fabricantes de productos farmacéuticos, etc., gran parte de los servicios de salud en Estados Unidos son provistos por el sector privado. La

⁸⁴ *Ibidem.* Pág. iii

cobertura de estos servicios es obtenida en su mayoría por medio del empleo. Este seguro de salud es financiado por el trabajador y el empleador exclusivamente. Pese a que la ley no exige al empleador el aseguramiento de sus trabajadores, sí ofrece incentivos fiscales para que lo hagan. Una vez elegida la aseguradora (la cuál varía, al igual que la cobertura, en función del tamaño de la empresa), es ésta quien efectúa el pago a los proveedores de salud por los servicios prestados. Las opciones más comunes de aseguramiento son: planes de honorarios por servicios prestados, elección de alguna organización para el mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés) ó bien una organización de proveedores preferidos (PPO por sus siglas en inglés). No obstante, el enorme poder de la oferta para incrementar la demanda⁸⁵ ha permeado una tendencia hacia formas de atención regulada, como las HMO o las PPO. La atención regulada implica un esfuerzo organizado tanto de proveedores como aseguradoras para diseñar *incentivos financieros y organizacionales* para aumentar la eficacia y reducir el costo de los servicios de salud. En este sentido, las HMO han cambiado del enfoque de pago por servicio a uno de pago por capitación a cambio de un catálogo de servicios globales. De esta forma, se busca reducir procedimientos costosos innecesarios y reducir con ello el gasto. Las PPO por su parte combinan proveedores específicos de convenio con una cobertura parcial en caso de que el asegurado elija otro proveedor. No obstante, su cobertura incluye servicios sofisticados como acupuntura, fecundación *in vitro* y quiroprácticos.

La estructura del sistema, centrada en seguros médicos y provisión privada de atención sanitaria, lo ha convertido en el más caro del mundo. Si bien, Estados Unidos es el país más rico del mundo, países con similar PIB per cápita gastan en salud el 11% de su PIB, que contrasta con el 16.4% estadounidense (datos para el 2013)⁸⁶. Pero pese a el colosal gasto, existe un gran número de personas sin acceso al sistema: un 15.4% de la población no

⁸⁵ Recuérdese en el capítulo 1 el apartado sobre los médicos para influir en la demanda de servicios sanitarios.

⁸⁶ Isapres de Chile (2016), *Obamacare: Ley para la Protección de Pacientes y Cuidados de la Salud Asequibles*, Serie de informes técnicos. Disponible en <http://www.isapre.cl/PDF/Analisis%20de%20la%20Reforma%20Salud%20Obamacare.pdf> (Consultado en Julio 2019)

contaba con cobertura sanitaria en el año 2012⁸⁷. El sector privado cubre a un 63.9% de la población de forma voluntaria, esto es, que la ley no obliga a las personas para asegurarse. Así, se *responsabiliza* a cada persona por el cuidado de su salud. De este modo, un 10% de la población está asegurada de manera voluntaria. La no obligatoriedad en el aseguramiento, contribuye a la ya de por sí gran cantidad de personas sin cobertura, situación que llevó al planteamiento de una modificación en la legislación promovida por el presidente Barack Obama en el año 2010, conocida también como *Obamacare*, la cual se retoma más adelante.

4.6.2 La participación pública.

El subsidio para la salud por parte del gobierno estadounidense está sumamente focalizado y delimitado. Se centra en dos programas que se describirán por separado:

- ***Medicare***. Establecido en 1965, brinda atención médica exclusivamente a las personas mayores de 65 años o personas menores a 65 años que tienen insuficiencia renal permanente o ciertas discapacidades. Su función es sólo la de financiar públicamente la atención médica, más no su provisión. A pesar de su carácter público, todos los beneficiarios deben pagar deducibles y copagos en todas las prestaciones ofrecidas. Se divide en 4 partes, A, B, C y D. La parte A se trata del *seguro de hospitalización*, que cubre una cantidad determinada de días de cuidado médico al año y prestaciones en residencias especializadas. La parte B es el *seguro médico complementario*, que cubre el pago a los médicos, el tratamiento y los servicios que éstos determinen fuera del hospital. Su contratación es totalmente voluntaria. Finalmente la parte C (planes *Medicare Advantage*) es un complemento a las partes anteriores ofrecido por compañías privadas e incluye planes adecuados a necesidades especiales, planes privados de pago por servicios y planes de cuentas de ahorro médico, entre otros. Finalmente, la parte D incluye la cobertura de medicamentos

⁸⁷ *Ídem*.

recetados (que no son incluidos en las anteriores partes) y es ofrecido por compañías privadas aprobadas por *Medicare*. Es financiado conjuntamente con contribuciones obligatorias (impuesto específico) descontadas de la nómina del trabajador y contribuciones por parte del empleador. Al respecto, es necesario haber pagado dicho impuesto por al menos 10 años para poder acceder al programa, de lo contrario es necesario el pago de una prima adicional.

- ***Medicaid***. Cubre *gastos básicos* de salud de personas por debajo de un nivel de pobreza establecido por el gobierno, incluyendo el cofinanciamiento parcial del programa *Medicare* a pensionados de bajos recursos. Es manejado estatalmente por lo que las prestaciones son distintas en cada entidad. Además, los estados tienen mucha flexibilidad en la administración del programa, por lo que prevalece un sistema de financiamiento de *pago por persona*, con el objetivo de mantener los costos bajos. La lógica es clara: al tener percepciones fijas capitalizadas, los proveedores de servicios médicos serán cuidadosos al momento de solicitar y realizar tratamientos, promoviendo la eficiencia del gasto. Cuenta con más beneficiarios que el *Medicare*, los cuales ascendían en el 2012 al 32.6% de la población⁸⁸.
- ***Children's Health Insurance (CHIP)***: es un programa médico estatal dirigido a niños de escasos recursos y a aquéllos que pese a que los ingresos de su familia los descarten como beneficiarios del *Medicaid*, no son suficientes para contratar un seguro médico privado.

4.6.3 Ley para la Protección de Pacientes y Cuidado de la Salud Asequibles (*Obamacare*⁸⁹)

Promulgada el 23 de marzo de 2010, esta reforma tiene como objetivo proteger a las personas que carecen de algún seguro de salud público o privado, que involucra a aproximadamente el 15% de la población. Para ello

⁸⁸ *Ibíd.* Pág. 4

⁸⁹ También conocida como PPACA por sus siglas en inglés (*Patient Protection and Affordable Care Act*)

fue necesario el cambio de enfoque en el aseguramiento, el cual pasaba a ser obligatorio para los ciudadanos adulto, de lo contrario tendrían que pagar una multa fiscal. Mediante la garantía de hacer más asequible la asistencia médica, la nueva ley reduce a cuatro las opciones disponibles: obtener un seguro público, asegurarse mediante el empleador, comprar su propio seguro (incluso mediante mercados de seguros de salud en internet) o bien, seguir sin seguro, pagando una multa por ello.

Uno de los aspectos más debatidos de la ley, fue la ampliación de la frontera del *Medicaid* para cubrir a toda la población por debajo del 138% del umbral de pobreza⁹⁰. Respecto a la adquisición del seguro mediante el empleado, se obligó a las empresas con más de 100 trabajadores a proporcionarlo al menos al 70% de ellos. Es importante resaltar que el objetivo principal de la reforma fue *fortalecer el mercado* (hacer que los mercados funcionen), objetivo que prevaleció sobre otras dos propuestas: planes de “pagador único”, en los cuales los contribuyentes financian a todos los ciudadanos como una especie de seguro de salud universal y; planes “pague u ofrezca” donde los empleadores financian la cobertura⁹¹.

La ley no permite negar el aseguramiento a personas cuyo riesgo es mayor o a quienes tienen enfermedades preexistentes. Sin embargo, para mitigar comportamientos oportunistas que deriven en abuso, existen periodos de inscripción y multas por no asegurarse. Aun así, persisten incentivos para que las personas con menor riesgo (como los jóvenes), prefieran pagar la multa y asegurarse hasta ser mayores y requerir mayores servicios de salud. Una medida para fomentar el aseguramiento de personas cuya percepción del riesgo es baja es la creación de seguros “catastróficos”, que si bien tienen un alto deducible, ofrecen cobertura en caso de una situación imprevista o de urgencia. Incluye un cierto número de visitas anuales al médico, exámenes y atención preventiva sin costo⁹².

⁹⁰ *Ibíd.* Pág. 7

⁹¹ Organización Panamericana de la Salud (2002), *Perfil de sistemas y servicios de salud. Estados Unidos de América*. Primera edición. Página 27.

⁹² *Op. Cít.* ISAPRES, Pág. 11

Respecto al Mercado de Seguros de Salud, las pólizas ofrecidas y contratadas en él deben contar con una cobertura mínima de prestaciones que incluyan: consultas, servicios de urgencia, pediatría, hospitalización, maternidad y salud mental, entre otros. Además, deben garantizar el acceso a medicina preventiva sin ningún costo adicional. Dependiendo de la cobertura y el copago, los seguros se clasifican en cuatro categorías: bronce, plata, oro y platino, con una cobertura respectiva del 60, 70, 80 y 90%. Las repercusiones de esta reforma impactaron positivamente en el aumento de las personas con algún seguro médico. Antes de la entrada en vigor de la nueva ley, 48 millones de estadounidenses (15.4% de la población) no contaba con seguro médico, “hacia fines del registro abierto del 2013 la tasa de no asegurados había disminuido a 13,4%, cifra que cayó a 10,4% hacia el 2014⁹³”, logro que representó un 5% de aumento en el número de personas con aseguradas en el país.

⁹³ *Ibidem.* Pag. 15

Capítulo 5. El caso mexicano.

5.1 Introducción.

El sistema de salud en México es un sistema fragmentado en el que distintas instituciones públicas de salud por un lado, y un amplio mercado de prestadores privados por el otro, interactúan aunque no de forma complementaria ni cooperativa. De 1995 a 2014 en promedio, el 97% del gasto total en salud provino de dos fuentes: financiamiento público y financiamiento privado en la modalidad *out of pocket* (pago de bolsillo), misma que refleja la ausencia de mancomunación de riesgos en el ámbito privado y un insignificante mercado de servicios de salud de prepago (seguros privados), como lo muestra la figura 5.1. De hecho, este financiamiento, que debería ser el menos usado en cualquier sistema de salud⁹⁴, representó, en promedio, casi el 51% del financiamiento total en el periodo señalado. El financiamiento público, repartido entre distintas instituciones de salud, se había concentrado no obstante en una sola: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encargada de la administración, regulación y provisión de los servicios de seguridad social del país para los empleados del sector formal. Sin embargo, tras el surgimiento del Seguro Popular, en 2004, la distribución de este financiamiento ha sido más equitativa entre este último y el IMSS. A pesar de ello, los desafíos para el sistema mexicano de salud persisten ya que aún no ha podido superarse la “cautividad” de los usuarios que, debido a restricciones legales, no pueden trasladar su cobertura interinstitucionalmente, ni mucho menos hacia prestadores privados. Esta falta de portabilidad de aseguramiento, así como la segmentación del sistema, representan una restricción importante para el sistema mexicano.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 había, por su parte, definido tres retos que el sistema de salud mexicano debe afrontar lo antes posible:

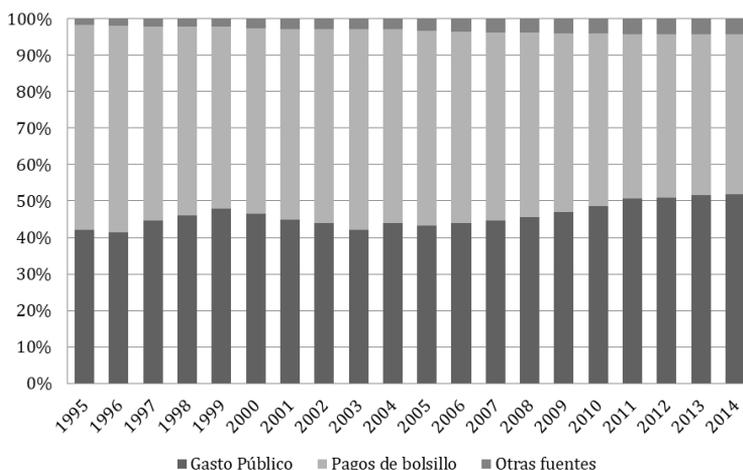
⁹⁴ Revisar Capítulo 3.

equidad, calidad y protección financiera⁹⁵. En el tema de la equidad destaca la acumulación de rezagos y la existencia de *dolorosas desigualdades*. Parte de la población sufre aún de los padecimientos típicos del subdesarrollo a la vez que el país entero transita por los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades mentales. Además, el cambio cultural y tecnológico promueve conductas poco saludables como el sedentarismo y las adicciones. Respecto a la calidad, entendido como “el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes”⁹⁶, persiste una asimetría entre los distintos niveles de atención sanitaria. Derivado de ello, el sistema no satisface las expectativas de sus usuarios y no es capaz de ofrecer, uniformemente, atención oportuna y trato digno. Finalmente, el reto de la protección financiera busca combatir la gran proporción de desembolsos directos del bolsillo a la que, como se mencionó en el párrafo anterior, recurre la población para financiar los servicios de atención sanitaria. En suma, estos desafíos llevaron en 2005 a organismos internacionales a declarar que “México se sitúa muy por debajo del promedio [de los estándares de la OCDE] virtualmente en todas las dimensiones donde se cuentan con datos disponibles”⁹⁷

⁹⁵ Secretaría de Salud (2005), *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, D. F. Página 17.

⁹⁶ *Ídem*.

⁹⁷ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2005), *Cómo se encuentra México comparativamente*, Paper electrónico disponible en www.oecd.org/health/health-systems/35140519.pdf (Consultado en mayo de 2017)



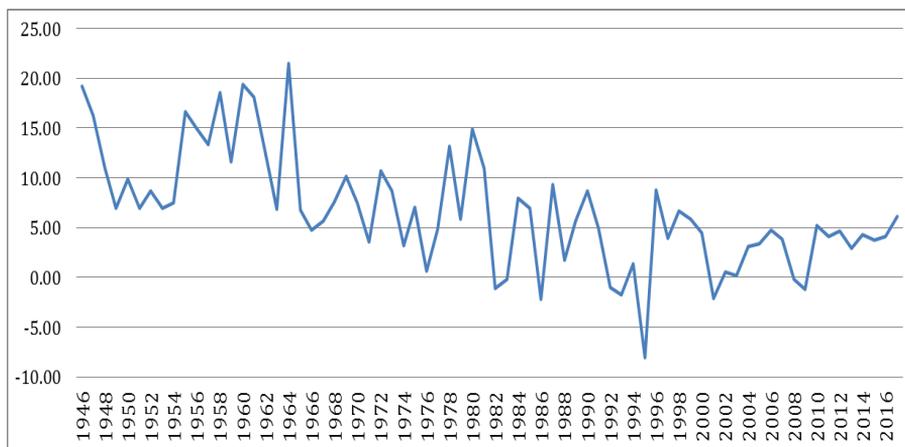
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Figura 5.1. Composición del gasto total en Salud en México.

5.2 Antecedentes.

Pese a que en 1905 se inaugura el Hospital General de México y en 1917 nace el Consejo de Salubridad General, nuestro sistema de salud actual surge en 1943, cuando se crean simultáneamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado como el primero de los Institutos Nacionales de Salud. La intención era clara: por un lado una institución especializada en la protección y provisión de servicios de seguridad social para la creciente población obrera resultado del fuerte proceso de industrialización del país y, por otro, una institución de *soporte marginal* para los grupos de población campesinos y urbanos no derechohabientes (sin acceso a la seguridad social). Esta relación se mantuvo por mucho tiempo, e incluso se fortaleció en 1959 con el nacimiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual atiende a los trabajadores contratados directamente por el gobierno. Pero al igual que el proceso de industrialización del país, el sistema de seguridad social perdió dinamismo y entró en una fase de estancamiento, como se aprecia en la figura 5.2. Para 1964 la tasa de crecimiento anual de la afiliación al IMSS llegó a su punto

máximo, 21.45%. Después de lo registrado en 1980 y 1981 (14.89% y 10.99% respectivamente), nunca más se observarían tasas de crecimiento superiores a la decena.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Gráfica 5.2. México, 1946 a 2016. Tasa de crecimiento anual de la afiliación al IMSS. (Tasas de crecimiento)

Sonia Fleury⁹⁸ destaca el patrón de desarrollo económico seguido en América Latina desde 1950 hasta 1980, que pese a las diversas diferencias entre los países, estuvo caracterizado por una presencia fuerte y activa del Estado, mediante la industrialización por sustitución de importaciones. Por el lado político, “la autoridad era administrada de manera oligárquica, combinando mecanismos de patrimonialismo, populismo y exclusión”⁹⁹. Al respecto, se entiende como patrimonialismo cualquier tipo de apropiación de bienes públicos por parte de una élite; en tanto, el populismo es el intercambio de privilegios por medio de la cooptación de los trabajadores por el gobierno; por último, la exclusión es el proceso de denegar la condición de ciudadano y los derechos sociales a la gente más pobre. Indica, además, que la misma naturaleza de las instituciones generadas por las estructuras políticas, sociales y económicas no permitió un mejoramiento trascendente en la distribución del ingreso. Del mismo modo, la modernización

⁹⁸ SSALYA, pág. 4

⁹⁹ *Ibidem*.

socioeconómica del periodo no permitió extender las relaciones formales del mercado laboral a la totalidad de la clase trabajadora, dando como resultado que “la mitad de la fuerza laboral de la región trabaja en el mercado informal, lo que significa, entre otras cosas, que la mitad de los trabajadores de la región se encuentra excluida del sistema de seguridad social”¹⁰⁰.

Ayala Espino¹⁰¹ señala al periodo de 1970 a 1982 como uno de cambio y transición marcado por fuertes estrangulamientos externos que resaltarían los límites del crecimiento y el fin del modelo de sustitución de importaciones. A pesar de la necesidad imperiosa de reformas estructurales, estas fueron pospuestas debido a una ilusoria bonanza en las finanzas públicas. En efecto, para inicios de los 80 los recursos ordinarios del gobierno federal permitieron cubrir el 90% de los gastos públicos¹⁰². Sin embargo, esto fue posible por los recursos de las exportaciones petroleras y no como resultado de ajustes fiscales o estructurales. En línea con las políticas de tipo keynesiano, se recurrió al gasto público como mecanismo de reactivación económica. El incremento de su participación en el PIB fue del 58% en 1982 mientras que en 1970 representaba sólo el 24%. A pesar de ello, su impacto en las variables económicas fue despreciable: “entre 1974 y 1977, cuando el gasto público aumentó 11% en términos reales, la inversión total creció en sólo 2.7% y la privada apenas 0.4%.”¹⁰³. Las empresas paraestatales (como las de salud y seguridad social), fueron favorecidas por el aumento de gasto público, no obstante, este aumento en su gasto no se vio contrastado por un aumento en sus ingresos. El déficit del sector paraestatal que, en promedio representaba en 1970 el 2% de sus ingresos propios, para 1981 se había elevado a 41%, mismo que fue financiado mediante recursos externos por lo que en la década de los 80 sus recursos estaban seriamente comprometidos con el pago del servicio de deuda. Así, “la política de financiamiento que debía proporcionar los recursos necesarios para el crecimiento del sector se convertía en su principal obstáculo.”¹⁰⁴ En agosto de 1982 el gobierno mexicano se declaró incapaz de pagar su deuda, anunciando oficialmente una

¹⁰⁰ *Íbidem*.

¹⁰¹ Ayala Espino, José (2003), *Estado y desarrollo. La formación de la economía mixta mexicana en el siglo XX*. Facultad de Economía, UNAM.

¹⁰² *Idem*.

¹⁰³ *Ibíd.* Pág. 424.

¹⁰⁴ *Ibíd.* Pág. 434

moratoria de 90 días. La economía mexicana no volvería a ser la misma a partir de ese punto. Las reformas estructurales ya no podían ser pospuestas y ahora el país debía redefinir el papel del Estado y transitar hacia una economía abierta y orientada al mercado.

Cuadro 5.1. Diez hitos en la historia del Sistema Mexicano de Salud*.

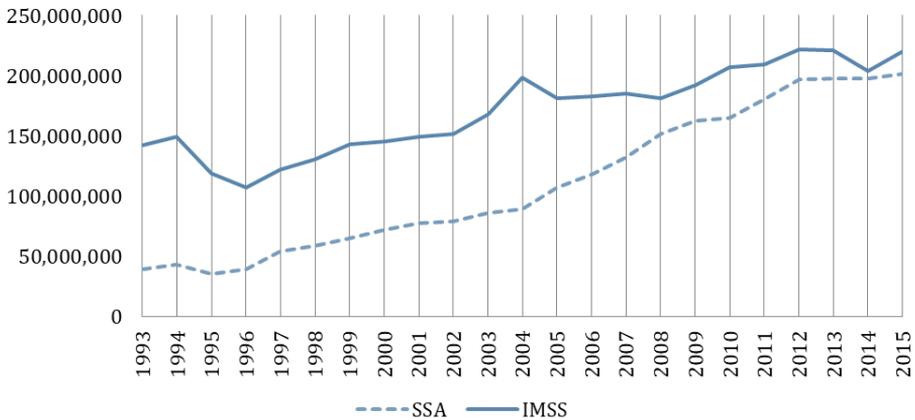
1905	Inauguración del Hospital General de México.
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública.
1937	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública.
1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México.
1953	Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales.
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
1979	Creación del programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades.
1985	Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en 2000.
1987	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.

*Tomado de Gómez Dantés, Octavio, Sergio Sesma, *et. Al.* (2011), *Sistema de*

Tal crisis tan devastadora tuvo, por supuesto, serias repercusiones tanto en el sector salud como en los programas sociales. “Por esos años, las autoridades de salud reportaban que más de 10 millones de mexicanos carecían absolutamente de acceso a servicios formales de salud.”¹⁰⁵ No obstante, la seguridad social, como elemento del sistema de salud, siguió concentrando la mayor parte de los recursos destinados al sector pese a que no fue capaz de crecer más allá de sus límites, cubriendo alrededor del 50% de la población total del país. Ante el panorama adverso de la década de los 80, sólo la Secretaría de Salud del Gobierno Federal llevó a cabo una reforma relevante en la estructura de sus servicios sanitarios. Básicamente esta reforma se centró en un proceso de descentralización de los servicios con el

¹⁰⁵ ELSPSenM pág. 1

objetivo de incluir en la gestión y financiamiento de los mismos a las entidades estatales. Sin embargo, era necesario ir más allá de un proceso de descentralización. Derivado de los ajustes económicos del país, el sector informal de la economía creció exponencialmente, a la vez que los trabajadores pertenecientes a él eran excluidos de la protección de los sistemas de seguridad social. Por tanto, una reforma financiera debía acompañar la reforma estructural a fin de nivelar la distribución desigual de fondos públicos destinados al sistema de salud. Bajo este contexto, surge en enero de 2004 el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, también llamado Seguro Popular¹⁰⁶. Diez años después de su creación, la distribución de recursos públicos por fin vislumbraba un equilibrio frente a quien, históricamente había concentrado la mayoría de ellos: el Instituto Mexicano del Seguro Social (véase figura 5.3).



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DGIS, Secretaría de Salud.

Figura 5.3. Gasto en Salud: IMSS y Secretaría de Salud (SSA). Miles de pesos a precios de 2015.

Al día de hoy, el Seguro Popular representa el seguro de última instancia para las personas que no cuentan con ningún otro tipo de afiliación. Adicionalmente, su configuración le dota de mayores incentivos así como una mejor eficiencia operativa. Entre otras características debido a que se basa en la delimitación de un Plan de Beneficios de Salud, un esquema de subsidios

¹⁰⁶ En rigor el programa comienza sus operaciones, aunque de manera piloto, desde el año 2001.

a la demanda y aportaciones individuales de sus afiliados. Con ello se promueve un enfoque orientado al cliente y hacia una continua captación de usuarios. El siguiente apartado está dedicado a él.

5.3 El Sistema de Protección Social en Salud.

La búsqueda de un nuevo esquema de aseguramiento público fue motivada por diversas razones: ampliar la cobertura de servicios sanitarios; proteger a la población más pobre frente a riesgos epidemiológicos y financieros; reasignar fondos federales, los cuales históricamente habían sido distribuidos sin criterios explícitos, creando diferencias importantes entre lo que recibía cada estado y; crear un flujo de subsidios bajo el esquema de subsidios a la demanda¹⁰⁷. Así mismo, materializa la definición establecida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para el concepto de Protección social en salud, definido como “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”¹⁰⁸.

Caracterizado como un seguro público y voluntario, en un principio se definió un PBS explícito compuesto de 78 intervenciones destinadas a cubrir el 85% del total de la demanda de servicios de salud. Tuvo una fase piloto de tres años (2001-2003). Para noviembre de 2003 ya había 630,000 familias afiliadas al programa¹⁰⁹. Pese al éxito en la expansión, se apreciaba una operación heterogénea entre los estados afiliados. No obstante, la flexibilidad en su aplicación pronto creó incentivos para que apareciesen interesantes innovaciones. Jalisco y Tamaulipas, por ejemplo, generaron acuerdos contractuales con farmacias privadas a fin de garantizar la provisión de

¹⁰⁷ Este tipo de esquema es necesario si se quiere avanzar hacia un futuro sistema de salud con libre elección, donde el usuario-paciente pueda elegir voluntariamente entre un conjunto de proveedores de servicios de salud (portabilidad de aseguramiento).

¹⁰⁸ *Óp. Cit.* Secretaría de Salud (2005), Página 16.

¹⁰⁹ *Óp. Cit.* ELSPSenM, Pág. 07

medicamentos, fomentando la participación cooperativa entre el sector público y el sector privado orientada a los usuarios del programa. Sin embargo, ese año será trascendental pues se aprobó una enmienda en la Ley General de Salud, naciendo oficialmente el nuevo Programa de Protección Social en Salud. A diferencia de la propuesta original, es posible resaltar algunos cambios significativos en el nuevo programa que inició sus operaciones en enero de 2004¹¹⁰:

- a) Los estados tienen responsabilidad del co-financiamiento del costo del paquete de servicios.
- b) El subsidio para las familias entre el primer y segundo decil de ingresos es del 100%.
- c) Se incrementó el PBS de 78 a 91 intervenciones.
- d) Se crea un fondo para cubrir intervenciones de alto costo (Fondo de Gastos Catastróficos).

Para su operación, se fijaron reglas flexibles y claras. Por ejemplo, el asegurado puede elegir la periodicidad del pago de su afiliación. Además, los beneficiarios reciben una Carta de Derechos donde se plantean explícitamente los mismos así como las obligaciones de los afiliados. Es significativo el tema del ingreso y nivel de riesgo ligado al estado de salud (*stock* de salud), pues ninguno de ellos impide la afiliación¹¹¹. La cuota de afiliación promueve, además, la cultura del pago anticipado (y, por ende, de mancomunación de riesgos) frente a la del pago directo de bolsillo. Para evitar la doble afiliación, anteriormente los asegurados debían notificar de buena fe no pertenecer a ninguna institución de seguridad social. Sin embargo, a partir de 2015 se implementó un programa de unificación de datos que detecta automáticamente si existe una condición previa de aseguramiento¹¹².

¹¹⁰ *Idem.*

¹¹¹ Evidentemente consecuencia del aprendizaje en el caso del sistema de salud chileno, el cual, como en cualquier otro aseguramiento privado, existe una fuerte aversión al riesgo y preferencia por beneficiarios con mayores ingresos. Es justo decir también que aquí se trata de un seguro público que, a diferencia de uno privado, cubrirá sus pérdidas o deficiencias echando mano del erario público.

¹¹²En el Instituto Mexicano del Seguro Social se instauró en ese año y para tal fin, un nuevo programa de atención en ventanilla en Unidades de Medicina Familiar llamado

El financiamiento, por su cuenta, se estima a partir del PBS, denominado Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME). Así, el subsidio federal es calculado como el costo per cápita promedio del CABEME menos el monto per cápita de recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud a la persona, luego, el subsidio per cápita fue multiplicado por el número promedio de integrantes por familia. Los Servicios Estatales de Salud (SESA) administran los recursos recaudados por concepto de cuotas familiares. Sin embargo, los ingresos por este rubro no fueron sustanciales y en su mayoría fueron destinados a la adquisición de medicamentos¹¹³. Por otro lado, es un logro notable la diferenciación precisa en el destino de los recursos, el cual está claramente diferenciado entre bienes públicos y bienes privados¹¹⁴, aunque aquí se denominan servicios de salud a la persona. De esta manera, se define el ámbito de competencia y responsabilidad para cubrir los distintos costes. En el primer rubro, el gobierno federal es el único encargado de su provisión, dado que no existen incentivos suficientes para que los agentes económicos lo lleven a cabo por su propia iniciativa. En el segundo rubro, no obstante, y dado que se trata de la producción de bienes privados (atención sanitaria), la responsabilidad de su financiamiento no recae sólo en el gobierno (salvo en personas sin capacidad de pago), sino que existe una corresponsabilidad tripartita entre el gobierno federal, el gobierno estatal y las familias. Además, los criterios para la provisión de los servicios e intervenciones de salud se centrarían, en primera instancia, en la relación costo-efectividad¹¹⁵, lo que implica un cuidado especial de los recursos destinados a ello. Esto significa un compromiso serio para afrontar los desafíos técnicos para seleccionar las prestaciones otorgadas. Junto a ello, la medición del desempeño del sistema está planteada como una actividad continua.

La oportunidad en la implementación del SPSS arroja, a poco más de diez años de su entrada oficial en operaciones, evidencia de su acierto y

Acceder Unificado, con el cual se busca estandarizar y generalizar la información de los derechohabientes y usuarios del instituto.

¹¹³ *Ibidem*. Pág. 27

¹¹⁴ Los cuáles se abordaron en el capítulo 2.

¹¹⁵ De hecho el proyecto *CHOICE* (Chosing Interventions that are Cost-Effective, Elección de intervenciones que son costo efectivas) promovido por la Organización Mundial de la Salud ha servido para identificar y diseñar el PBS del Seguro Popular.

trascendencia. Evidencia que ha superado expectativas. La figura 5.4 muestra la consulta externa anual por tipo de institución. Se seleccionaron las cuatro con mayor actividad en el rubro, a saber: el IMSS, la SSA (Seguro Popular), ISSSTE e IMSS-Oportunidades (antes IMSS-Solidaridad). Es evidente que en las dos últimas, la población atendida es prácticamente constante, con leves variaciones a lo largo de 15 años. Esto se explica porque ambos atienden a grupos poblacionales concretos y focalizados. El ISSSTE, se encarga de los empleados del gobierno; IMSS-Oportunidades, por su cuenta, centra su actividad en comunidades rurales y urbanas marginadas del país que, aunque han aumentado, no así los recursos dedicados al programa¹¹⁶. Las dos instituciones restantes, en cambio, han tenido un dinamismo interesante y constante. El IMSS mostró una clara superioridad en consultas otorgadas hasta 2005, donde la diferencia fue de solo 522,751 consultas más que el Seguro Popular. Tras una brecha notable en 2007, no es sino hasta 2009 cuando los papeles se invierten. Tal situación se mantendrá hasta el final del periodo. Así, el año con mayor divergencia en el periodo presentado es el 2014, donde hubo una diferencia de 9,810,399 consultas entre ambos.

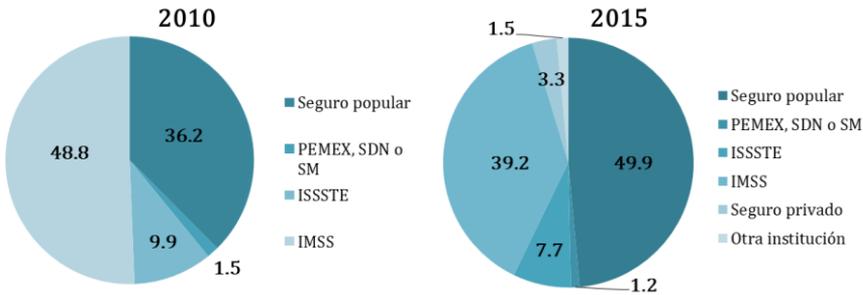


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud.

Figura 5.4. Consulta externa por tipo de institución.

¹¹⁶ El programa IMSS-Oportunidades se financia por transferencias directas del Gobierno Federal al Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” y al Ramo 12 “Salud”, ambos plasmados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Por otro lado, la figura 5.5 compara la composición de la población por condición de aseguramiento en los años 2010 y 2015. Mientras que en el primer año, el IMSS afiliaba al 48.8% de la población, para el segundo su participación del total de la población afiliada había descendido un 19.7%, mientras que la afiliación al Seguro Popular se incrementó en un 37.8%, pasando del 36.2% al 49.9% de la población total con algún tipo de afiliación. Esto no significa que una institución sea mejor que la otra pues, pese a todo, el IMSS continúa siendo la institución de salud más completa, extensa y con mayor infraestructura y recursos del país. Lo que sí reflejan los datos es el comportamiento del mercado laboral, con mayor empleo informal, personas autoempleadas y trabajadores por contrato (*freelance*). La pregunta entonces es, ¿cómo podría el IMSS enfrentar una realidad que reclama una reforma urgente? La seguridad social tradicional, fundamentada en un esquema tripartito de aseguramiento, donde se precisan relaciones laborales formales, está en crisis. La salud de todo un país no puede mejorar sustancialmente si la principal institución de salud no se adapta al nuevo escenario. México necesita de su infraestructura, de su personal, de sus recursos, de sus bien ubicadas instalaciones. Si la tendencia continúa así, es probable que en un mediano plazo el Instituto Mexicano del Seguro Social se transforme en una institución prescindible, con una enorme capacidad instalada pero improductiva, un edificio abandonado listo para demoler.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI¹¹⁷.

Figura 5.5. Distribución de la población afiliada a servicios de salud, 2010 y 2015.

¹¹⁷ La suma es mayor al 100% pues refleja a las personas que cuentan con doble afiliación.

5.4 El Instituto Mexicano del Seguro Social.

Pese a que, como se ha visto, la afiliación al IMSS para el 2015 fue menor que en el Seguro Popular, aún continúa siendo, en muchos rubros, el mayor prestador de servicios de salud con carácter públicas. Sin embargo, el principal reto para el Instituto es hacer frente a la insuficiente generación de ingresos, a la vez que busca disminuir sus pasivos. Sólo alrededor del 30% de lo que gasta proviene de recursos propios. De los 969,062 millones de pesos que gastó en 2012, sólo generó 302,843. Para el 2013 la cifra de gastos ascendió a 973,144 millones de pesos frente a 319,780 en ingresos¹¹⁸. Sin embargo, el pasivo laboral tanto activo como retirado, significa el rubro en que se destina la mayor parte del gasto. Además se trata de un gasto ineficiente ya que se calcula en base a tabuladores categóricos y en la antigüedad laboral, dejándose a un lado criterios de productividad. En años recientes, los flujos corrientes han sido insuficientes para el financiamiento por lo que se ha llegado al punto de utilizar las reservas: “Esta presión de gasto [la del pasivo laboral] ha requerido la utilización de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, la cual fue agotada en el año 2013”¹¹⁹, “para lograr el equilibrio financiero, en 2015 y 2016 se estima utilizar la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad”¹²⁰. En las proyecciones llevadas a cabo por la propia entidad, se observa un déficit constante, “por lo que se hará necesario seguir utilizando las reservas de que pueda disponer el Instituto”¹²¹. Se trata entonces de un panorama sombrío para la Institución de salud de referencia en nuestro país. Nuestro sistema de salud actual no puede explicarse sin hablar del IMSS, mucho menos su futuro.

De la mano de su papel en el sistema de salud, en un enfoque amplio de sus facultades como institución de seguridad social, cumple otras funciones como lo señala el artículo 11 de la Ley del Seguro Social, en donde se describen los seguros que comprende el régimen de afiliación obligatorio del Instituto, a saber:

¹¹⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social (2014), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014*, Primera edición, México D.F. Página 18.

¹¹⁹ *Ibidem*. Pág. 27

¹²⁰ *Ídem*.

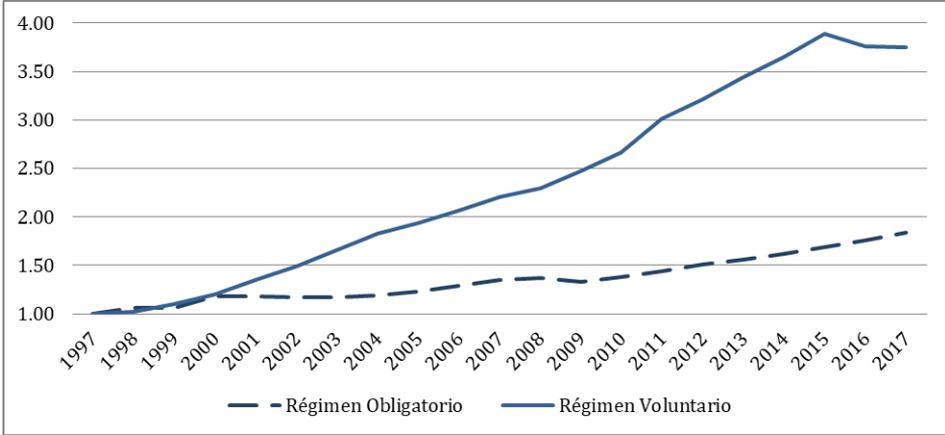
¹²¹ *Ibidem*. Página 31.

- Riesgos de Trabajo
- Enfermedades y maternidad
- Invalidez y Vida
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- Guarderías y prestaciones sociales.

De esta manera, además de la provisión de atención sanitaria se encarga de proteger a los trabajadores y sus familias frente a los riesgos del trabajo y enfermedades (mediante subsidios por incapacidad para laborar e indemnizaciones por accidentes de trabajo), así como de las distintas etapas de la vida como la jubilación y la muerte (mediante pensiones por viudez, orfandad, cesantía y vejez). También, el Instituto administra guarderías para ofrecer sus servicios a madres trabajadoras; posee centros vacacionales en distintas ciudades del país, con servicios de hotelería y alimentos; proporciona centros de seguridad social donde se imparten actividades educativas, culturales y deportivas; ofrece servicios de velatorios e incluso, compete en el mercado de tiendas de autoservicio con unidades propias. Todo como resultado de la visión de seguridad social en el México post revolucionario y acentuada por el optimismo de los años del *milagro mexicano*. Ahora, en cambio, las actuales condiciones económicas y sociales hacen insostenible este conjunto de prestaciones.

Junto al régimen de afiliación obligatorio, existe la afiliación voluntaria ya sea como trabajadores independientes (modalidad 44), trabajadores domésticos (modalidad 34), personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio (modalidad 35) o como trabajadores de la administración pública que no cuenten con seguridad social (modalidad 42). Además, mediante la contratación del llamado Seguro de Salud para la Familia (modalidad 33), cualquier persona puede disfrutar de atención médica y obstétrica en el Instituto. Como es posible apreciar en la figura 5.6, este régimen ha sido quién más empuje tuvo en los últimos 20 años, con una tasa promedio de crecimiento en el periodo del 6.9% frente a un crecimiento del 3.13% del régimen obligatorio. Esta diferencia refleja la preferencia por la flexibilidad y accesibilidad que representa la afiliación voluntaria, permitiendo que una mayor cantidad de personas puedan acceder a los servicios del Instituto pese a que su actividad económica no sea llevada a cabo de forma “tradicional”. En

este tenor se requieren mayores esfuerzos de promoción y venta, para difundir y extender este tipo de afiliación. Contratar a vendedores pagados con esquemas de comisión por venta sería una estrategia eficaz aunque de difícil implementación dada la rigidez laboral y sindical prevaleciente en la mayoría de instituciones gubernamentales.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del IMSS.

Figura 5.6. Comportamiento de la afiliación al Régimen obligatorio y al Régimen voluntario del IMSS, 1997-2017. Índice de promedios trimestrales.

Derivado de la compleja red de actividades que lleva a cabo el IMSS, el análisis y la observación del desempeño de la Institución se dificulta y vuelve ambiguo, ya que refuerza temas de asimetría en la información (como el *riesgo moral*) y de eficiencia. Por un lado, y concretamente en el tema médico, al ser también la entidad encargada de emitir valoraciones en temas de salud que pueden concluir en algún tipo de prestación económica (como incapacidades o dictámenes de invalidez para percibir una pensión), la presión por parte de los usuarios a fin de conseguirla redundando en un ejercicio médico defensivo. Es probable que algún porcentaje de los usuarios diarios se acerquen *sólo* con el fin de obtener una incapacidad que respalde su ausencia en el trabajo, por ejemplo. Sumado a esto, los recursos siempre limitados empujan a los médicos a desempeñar un papel doble: ofrecer a los pacientes los servicios y tratamientos que garanticen una asistencia de calidad y también, responsabilizarse del uso más adecuado del gasto¹²². En la

¹²² *Óp. Cit.* Errasti, Francisco (1997).

práctica, la mayoría de prescripciones de medicamentos, emisión de incapacidades y envíos a unidades de segundo nivel deben contar con el visto bueno del coordinador médico o del jefe del departamento clínico para ser aprobadas. Visto en conjunto, es posible apreciar como toda la capacidad e infraestructura de la entidad paraestatal no han podido actuar conjuntamente para mejorar la calidad de vida de las personas. En este tenor, la falta de incentivos directos a los usuarios puede explicar gran parte del problema. Por ejemplo, la sugerencia de realizar actividades deportivas en las instalaciones del Instituto, acompañada de algún tipo de compensación como deducciones contributivas, aumentaría la cantidad de personas y pacientes adoptando un estilo de vida más saludable. Evidentemente, es necesario para su funcionamiento un comprometido respaldo y seguimiento de parte del personal de salud a cada paciente que participe en el programa, revisando periódicamente indicadores como el índice de masa corporal y análisis de química sanguínea.

Dada la diversidad de actividades realizadas por el Instituto, algunas propuestas de reforma (como se verá más adelante), han apostado por una separación de funciones, creando instancias especializadas en cada una de ellas. Específicamente se hace referencia a la propuesta conjunta de la Secretaría de Salud y de la Fundación Mexicana para la Salud A. C. (FUNSALUD), que retoma los principios del *Pluralismo Estructurado* y los adapta al caso mexicano. Se observa enseguida de qué trata.

5.5 Sistema Nacional de Salud Universal: una reforma relegada en la agenda política del presidente Enrique Peña Nieto.

La transición demográfica y epidemiológica que experimenta nuestro país, entre otros factores, se ha traducido en expectativas adversas para la población y el sistema de salud. La doctora Mercedes Juan¹²³ señala además disparidades dentro de las diferentes regiones y estados del país en distintos

¹²³ Juan López, Mercedes (2014-2), *Sistema Nacional de Salud Universal*, Senado de la República. Presentación para la Semana de la Seguridad Social. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/Mesa05_2.pdf (Consultado en julio de 2019)

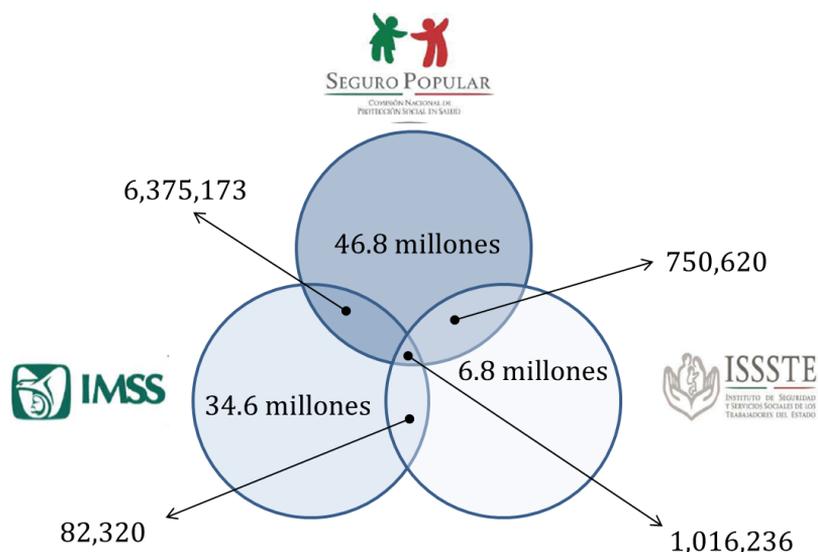
términos como prevalencia de patología infecto-contagiosa; desigual capacidad de gestión y prestación de servicios sanitarios; discriminación por estatus laboral para acceder a los servicios de salud y un sistema fragmentado en distintos subsistemas no coordinados e independientes. Debido a ello, desde inicios de los 80 se buscó reformar el sistema, proceso que terminó con la inclusión del derecho a la protección de la salud en nuestra constitución, Mucho antes de estar a cargo de la Secretaría de Salud (del año 2000 al 2006, durante el sexenio de Vicente Fox Quesada) y con un notorio énfasis estando ahí, el doctor Julio Frenk Mora enfatizó la necesidad de reformar de raíz el sistema de salud mexicano. Su propuesta del *Pluralismo Estructurado*¹²⁴, elaborada junto a Juan Luis Londoño, sentaba las bases teóricas del nuevo modelo que, pese a la esmerada definición y practicidad de su elaboración, sólo pudo ser implementado en Colombia. No obstante, en vísperas del sexenio de Peña Nieto y al menos durante sus dos primeros años, la esperanza de una reforma de salud de gran calada seguía viva y era más que una simple promesa.

El 25 de abril de 2014, frente al Senado de la República, la Doctora Mercedes Juan López presentaba la propuesta para el Sistema Nacional de Salud Universal, contenido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. En ella, aborda, en primer lugar los retos del país en términos de salud y acceso a servicios sanitarios. Después, comenta la importancia y desarrollo del Seguro Popular así como el aumento del gasto en salud dentro del presupuesto público. Hace énfasis, en seguida, en las implicaciones duales que nuestro sistema fragmentado tiene:

- Implicaciones para las personas:
 - a. Heterogeneidad en la cobertura, acceso y calidad
 - b. Incertidumbre sobre quién es responsable de la atención médica en un marco de alta rotación laboral
 - c. Dificultad para establecer relaciones de largo plazo entre el médico y la familia, lo que es fundamental en un sistema basado en la prevención
 - d. Dobles o múltiples coberturas con repercusiones para las instituciones públicas y las mismas personas.

¹²⁴ Véase el apartado 3.5 de este documento.

- Implicaciones para la funcionalidad del sistema:
 - a. Uso ineficiente en recursos del sistema como infraestructura, recursos humanos y tecnologías.
 - b. Duplicidad en el financiamiento público
 - c. Alto gasto administrativo.



Fuente: Óp. Cit. Juan, Mercedes (2014), Pág. 14

Figura 5.7. Múltiple afiliación de asegurados, 2013.

Respecto a la fragmentación del sistema, hace hincapié en un fenómeno inherente: la doble o triple afiliación de una misma persona en varias instituciones. Para el 2013, más de 8 millones de personas se encontraban en esta situación, como lo muestra la figura 5.7. En ella se aprecia que la mayor cantidad de personas con múltiple afiliación se encuentran tanto en el IMSS como en el Seguro Popular, sumando casi 6.5 millones de casos (casi la misma cantidad de personas afiliadas al ISSSTE). Esta situación resta eficiencia al sistema y genera dobles costos tanto para él como para las personas, ya que el salto de un sistema a otro interrumpe la continuidad de tratamientos e imposibilita la formación de relaciones entre el médico y la familia a largo plazo. La alta rotación laboral entre empleos formales e informales ha generado esta situación y el pronóstico es que seguirá aumentando. Para las instituciones representa un desperdicio en el empleo de recursos como

infraestructura y recursos humanos. Tan sólo el abrir nuevos expedientes o retomar medicación cuando un asegurado regresa a alguna clínica implica doble tiempo y trabajo administrativo.

Para afrontar estos retos, era necesaria una nueva configuración del sistema en su conjunto. Era necesario abordar el problema de la sanidad como un reto nacional. El enfoque debía ser revolucionario y global, dejando atrás la fragmentación con una visión inclusiva y sostenible en el largo plazo, con la universalización de los servicios de salud como meta final. Para ello, debía reformarse de raíz el sistema, separando actividades y dotándolo de flexibilidad: una reforma trascendental y de hondo calado, como muchas de las que se propuso el entonces nuevo gobierno, todas ellas con la misma urgencia para el país.

5.5.1 La propuesta de reforma.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) suscribió 5 estrategias para asegurar el acceso a los servicios de salud, con sus respectivas líneas de acción:

- 1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.**
 - Garantizar el acceso y calidad de los servicios de salud a todos con independencia de su condición social o laboral.
 - Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.
 - Desarrollar los instrumentos para la integración efectiva de las distintas instituciones de salud.
 - Fomentar la planeación estratégica interinstitucional, así como procesos de información y evaluación.
- 2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.**
 - Garantizar la oportunidad, calidad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
 - Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles.
 - Reducir la prevalencia de estupefacientes y adicciones.

- Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.
- 3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.**
- Asegurar un enfoque integral para reducir la mortalidad infantil y materna.
 - Impulsar el enfoque intercultural en el diseño y operación de programas dirigidos a la población.
 - Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad.
- 4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.**
- Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.
 - Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
 - Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
 - Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.
 - Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
 - Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.
- 5. Promover la cooperación internacional en salud.**
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica para proteger la salud global en un contexto de emergencia epidemiológica.
 - Cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos.

Aunado al tema de la salud, la seguridad social ampliada también fue un objetivo del sexenio. Para tal efecto, se propusieron 3 estrategias y sus respectivas líneas de acción:

1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales.
 - Promover la inclusión financiera en materia de aseguramiento de los distintos riesgos que enfrentan los mexicanos a lo largo del ciclo de vida.
 - Fomentar políticas de empleo y fortalecer los programas de transferencias para proteger el poder adquisitivo y el ingreso.
2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.
 - Facilitar la portabilidad de derechos entre los diversos subsistemas que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas y municipios.
 - Promover la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral y tomando en cuenta a las personas adultas mayores.
3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.
 - Reordenar los procesos que permitan el seguimiento del ejercicio con apego fiel al logro de resultados.
 - Racionalizar y optimizar el gasto operativo, privilegiando el gasto en inversión de carácter estratégico y/o prioritario.
 - Incrementar los mecanismos para verificar y supervisar todas las aportaciones y cuotas.
 - Determinar y vigilar los costos de atención de los seguros, servicios y prestaciones que impactan la sustentabilidad financiera de los organismos públicos.
 - Impulsar la sustentabilidad de los sistemas de pensiones, considerando transiciones hacia esquemas de contribución definida.

Con estas estrategias, se buscaba consolidar un Sistema de Seguridad Social Universal que protegiese a la población en cuatro rubros sustanciales: Seguro de Vida, Pensiones, Seguro de Desempleo y un Sistema Nacional de

Salud Universal. Este nuevo sistema de salud buscaría unificar en el mediano plazo los distintos servicios y prestaciones, homogenizándolos. También, integraría de manera funcional y efectiva a las distintas instituciones de salud, promoviendo con ello un uso más eficiente de los recursos disponibles. Todo esto de la mano de una función rectora fortalecida de parte de la Secretaría de Salud. Así, se podría atender a las personas sin importar su condición laboral y garantizar el acceso a servicios de salud a toda la población. La rectoría representa aquí las funciones de modulación y articulación recomendadas en el Pluralismo Estructurado, la cual debe tener cuatro objetivos¹²⁵:

1. **Conducción:** Se debe establecer y guiar la política nacional en materia de salud. Para ello es necesario consolidar un sistema nacional de información, así como planear la generación de recursos en función de las necesidades de salud.

2. **Coordinación:** Es importante ejercer el liderazgo como cabeza de sector, articulando acciones sectoriales e intersectoriales en un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes ámbitos de gobierno.

3. **Regulación:** Se necesita blindar financieramente la salud pública. También se debe proteger a la población contra riesgos a la salud así como a los usuarios mejorando la calidad de la atención.

4. **Seguimiento y evaluación:** Mediante la vigilancia y control de los riesgos sanitarios, el monitoreo de la calidad de la atención y la evaluación integral del Sistema.

Reforzar la regulación y vigilancia del sistema es indispensable para su desempeño futuro. Se planteaba la creación de una Comisión Reguladora de Servicios y Establecimientos de salud, a fin de certificar y acreditar a los proveedores de atención médica, al personal de salud y a la práctica médica en específico, mediante auditorías médicas, guías de práctica clínica y el fomento de códigos de ética. Por el lado de los usuarios, es necesario el

¹²⁵ Juan López, Mercedes (2014-1), *Sistema Nacional de Salud Universal: experiencia en México*. Presentación en la Conferencia Internacional "Hacia la cobertura universal en salud". Lima, Perú, 20 y 21 de febrero de 2014. Pág. 29.

fortalecimiento de la conciliación y arbitraje médicos y el seguimiento de quejas.

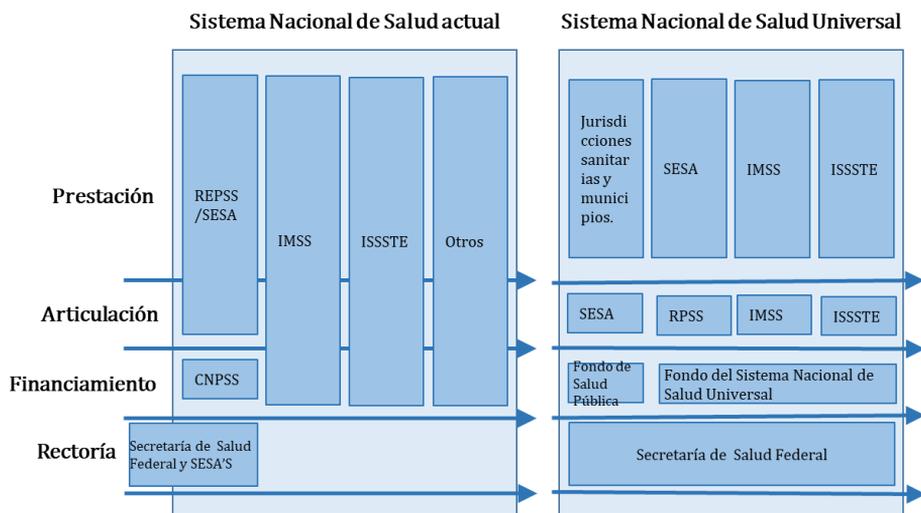
Para lograr una efectiva transición, debe haber un nuevo tipo de políticas rectoras en el nuevo modelo, orientando a cambiar el enfoque y directrices de operación de los participantes. Estas se muestran en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2. Políticas para el Sistema Nacional de Salud Universal.		
Política	Definición	Impacto
Portabilidad	Selección del asegurador y/o libre elección del prestador de servicios (clínica y médico de una red de proveedores).	Mejora del desempeño ante mayor competencia.
		Satisfacción y empoderamiento de una ciudadanía fiscalizadora de la calidad y el desempeño
		Continuidad de la atención para privilegiar la prevención (y seguimiento) de enfermedades crónicas.
Convergencia	Acceso equitativo entre sistemas. Estandarización de intervenciones cubiertas (calidad técnica y trato adecuado).	Equidad en el acceso efectivo (utilización) de los servicios.
		Progresividad del gasto al priorizar zonas marginadas y poblaciones vulnerables.
Integración	Fortalecimiento, homologación y coordinación entre funciones en las instituciones (regulación, financiamiento y prestación) para todo el sistema. Separación del rubro salud de las demás prestaciones de la seguridad social.	Optimización de la capacidad instalada.
		Evita duplicar funciones (ordena el financiamiento).
		Mejor planeación de inversión en infraestructura y en recursos humanos.
		Reduce el gasto administrativo.
Acceso efectivo	Acceso efectivo a los servicios de salud independientemente de estatus laboral.	Formaliza el derecho a la protección de la salud como un derecho humano.
		Evita duplicidad y doble pago de coberturas.
		Facilita la portabilidad y la libre elección.
<i>Fuente: Tomado de Óp. Cit. Juan López, Mercedes (2014-1),</i>		

La propuesta, entonces, no se trata sólo de una reforma constitucional y de un cambio de atribuciones institucionales. Es más bien una nueva visión

de un sistema que trabaje de manera coordinada e integrada. Es acerca de un ministerio de salud capaz de orientar la política de salud con mayor eficacia. Al restar responsabilidades a las instituciones de seguridad social, separando la provisión de atención sanitaria de la emisión de prestaciones económicas, por ejemplo, está fomentando la especialización y concentración de esfuerzos hacia una meta concreta. Al homologar servicios, se busca alcanzar estándares de calidad y acceso para la población, de forma que reciban un tratamiento adecuado independientemente del proveedor, hecho que influirá positivamente en las expectativas hacia el sistema. La libre elección, concretada en la portabilidad de coberturas, permitirá una mayor competencia entre proveedores, “con ello se busca que los agentes económicos se esfuercen por mejorar el uso de recursos para producir bienes y servicios, y de perfeccionar e innovar en la calidad y variedad de éstos, con la finalidad de que reditúe en mejoras en competitividad y más beneficios para los consumidores.”¹²⁶ El sistema se torna más dinámico, ya que se ponen sobre la mesa mayores incentivos para que los participantes busquen dar lo mejor de sí de manera constante. Eliminar barreras al acceso, como el estatus laboral o la capacidad de pago, reorienta el sistema hacia la equidad y la universalización, meta severamente sugerida por la OMS.

¹²⁶ Comisión Federal de Competencia México (2018), *La Competencia Económica*. Pág. 03. Disponible en <https://www.cofece.mx/wp-content/uploads/2018/05/1lacompetenciaeconom.pdf> (Consultado en julio de 2019)



Fuente: Tomado de Óp. Cit. Juan, Mercedes (2014-1), pág. 34

Figura 5.8. Modelo propuesto para reformar el actual sistema de salud.

La figura 5.8 muestra el nuevo sistema propuesto versus el actual. Ahora, se aprecia la fragmentación institucional donde IMSS, ISSSTE y otros servicios de salud, ejercen verticalmente las funciones de prestación de servicios, articulación y financiamiento. Así, ellos recaudan ingresos, pagan insumos y trabajadores, y administran su propia infraestructura. Su actividad, por ende, persigue metas locales y aisladas. El nuevo modelo propone la creación de un fondo mancomunado de salud llamado Fondo del Sistema Nacional de Salud Universal, acompañado de un fondo para intervenciones de carácter preventivo y de salud pública. Además, establece la rectoría del sistema por parte de la Secretaría de Salud, a fin de alinear las metas y objetivos particulares a la estrategia nacional de salud. Establece además, un Paquete Universal de Salud, el cual es un PBS que garantiza la sustentabilidad financiera del sistema y abriendo la opción al financiamiento privado de beneficios adicionales, hecho que dota de flexibilidad al plan base.

En el tema de eficiencia, se planteó que las nuevas unidades médicas deberán apearse a un Plan Maestro de Infraestructura Sectorial, con ello se optimiza el uso de instalaciones a fin de evitar la restricción en su uso para

diferentes instituciones. Se propone, en este sentido, un intercambio de servicios, incluyendo a prestadores privados. Para ello, se diseñaron mecanismos de transferencia de recursos financieros en función de los servicios otorgados. Al respecto, se ha desarrollado ya el Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), el cual es un conjunto de información financiera que da seguimiento a los recursos tanto públicos como privados que se invierten y consumen en la producción de salud. Dicho sistema tiene la capacidad, mediante una matriz interinstitucional, de registrar las transferencias de recursos y prestaciones entre distintas dependencias. Actualmente se usa, entre otras cosas, para registrar y compensar financieramente la atención obstétrica y de urgencias otorgada a personas de distinta afiliación en unidades médicas ajenas. Adicionalmente, el modelo propone 5 ajustes más para la buena operación de la portabilidad de cobertura y libre elección de prestador:

1. Establecer un mecanismo de garantía de pago por servicio, cuya función sería equivalente a una cámara de compensación.
2. Mejorar los sistemas de referencia y contra-referencia.
3. Ampliar y generalizar el uso del expediente clínico electrónico. De esta manera, la información de cada paciente puede ser consultada por cada proveedor de forma que no se interrumpa la continuidad de tratamientos e intervenciones.
4. Desarrollar sistemas de facturación.
5. Trabajar en los procesos para el manejo de pacientes.

En concordancia con lo señalado en el capítulo 2, esta nueva orientación que separa la provisión de atención médica y otorga al ministerio de salud la conducción del sistema, es congruente con lo mencionado sobre bienes públicos y privados. Por un lado se fortalece el carácter de la salud como bien público al permitirle al gobierno su dirección y actuación para promover su oferta acorde con las necesidades sociales y, por otro, reconoce la calidad de la atención privada como bien privado, al permitir la libre elección a los pacientes y la competencia entre los prestadores, haciendo frente a la rivalidad y exclusión inherentes a este tipo de bienes.

A pesar de los argumentos, la agenda política y pública tenía pendientes otras reformas prioritarias que reclamaban atención: la educativa, la energética, la laboral y la de telecomunicaciones, entre otras. El gobierno en turno, caracterizado por la desaprobación popular, tuvo que ser cuidadoso y jerarquizar sus acciones. El Pacto por México fue la principal herramienta política para lograr el consenso y aprobación de las reformas estructurales. La cuestión sanitaria, no obstante, fue relegada. Para mediados del sexenio el tema dejó de mencionarse públicamente y a fines, al liberarse el precio de las gasolinas (acertada decisión económica pero muy costosa en términos políticos) era prácticamente un hecho que no habría cupo para futuros cambios. En 2018, al ser elegido presidente López Obrador, se hizo real que la cobertura universal en salud tendría que esperar indefinidamente. Toda reforma profunda sugiere cambios que frecuentemente implican afectar intereses de grupos de poder, como trabajadores sindicalizados, contratistas del sector y burócratas. La población además tiene bastantes prejuicios ante lo que consideran “reformas neoliberales”, asimilándolas negativamente. El planteamiento populista y simplista que propone el nuevo gobierno del tabasqueño promete más bien una continuidad del ineficiente sistema actual y un escenario futuro de mayor inequidad en materia de salud. Propone mayor concentración de recursos y un gasto público no focalizado con tintes más bien políticos que revivirá las viejas prácticas clientelares de décadas anteriores. Con ello, el horizonte de un nuevo sistema de salud parece lejano y sombrío.

El caso mexicano es un tema que aún tiene la oportunidad de resurgir como un modelo exitoso e innovador. No está todo perdido pues se conservan los esfuerzos institucionales y personales para mejorarlo: las investigaciones de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), las aportaciones del Dr. Julio Frenk Mora, el modelo propuesto en el anterior sexenio. Es importante que todo este trabajo no se eche en saco roto y sea tomado en cuenta para futuras decisiones en la materia. Las acciones para mejorar la salud no comparten la misma incertidumbre y falibilidad que las acciones para la mejora económica. Existe el conocimiento y capacidad técnica para lograrlo, sólo es necesario preparar el camino para lograrlo.

Conclusiones.

El propósito a lo largo de estas páginas ha sido exponer y resaltar la importancia de reconfigurar y rediseñar nuestro sistema de salud para dotarlo de mayores incentivos y eficiencia. El tema de investigación fue planteado en 2010, y fue sorprendente que, de manera paralela e independiente, coincidiría más tarde con la mayor parte del contenido de la propuesta de reforma en salud del sexenio anterior. Esto fue posible en parte por la aplicación de criterios económicos en el análisis sanitario, sumado a la consulta de directrices y estudios llevados a cabo por reconocidos organismos internacionales. Esta coincidencia en resultados destaca dos situaciones clave: primero, hay suficiente evidencia para señalar las deficiencias de nuestro actual sistema de salud que ha sido validada y reconocida desde distintos ángulos; segundo, existe en el cajón o anaquele de las políticas públicas una propuesta de reforma coherente, racional y lista para aplicar. En consecuencia, este documento es otra voz que se alza para criticar la ignorancia económica de las acciones del actual gobierno, entre las que destacan, al menos en lo que lleva de su primer año, la eliminación del Seguro Popular. Se trata de un panorama sombrío para el sector al menos en lo que dure el presente sexenio lopezobradorista. Cargado de demagogia, soluciones simples que complican más que resuelven, necedad e ignorancia económica, el actual gobierno está poniendo freno a cambios urgentes para el país. Posponer más los cambios sólo se traducirá en costos de bienestar individual de la población.

Para verificar la hipótesis aquí planteada, se analizó la atención sanitaria desde el enfoque de la teoría económica y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Al respecto, se señala que un sistema de salud es el principal insumo con que cuentan los países para mejorar la salud de las personas. A pesar de que otros factores como la biología humana, el estilo de vida o el medio ambiente tienen un impacto poderoso sobre la misma, su control directo mediante políticas o lineamientos normativos, es difícil por no decir costoso. El estilo de vida, por ejemplo, es el determinante más poderoso de la salud de las personas pero no puede ser modificado *directamente* por ninguna institución o autoridad sin atentar sobre las

preferencias y la libertad de elección de las personas. De esta manera, las variables que pueden ser modificadas o manipuladas son reducidas. Algunos cambios requieren generaciones para tener repercusiones de alto impacto: reducir la contaminación, modificar hábitos culturales y reducir los niveles de violencia en la sociedad, son ejemplo de ello. En cambio, la forma en cómo se organizan los servicios de salud y cómo se provisiona la atención sanitaria, esto es, el sistema de salud, es un determinante que puede ser diseñado y que puede tener grandes repercusiones positivas. En este tenor, el papel del gobierno es fundamental dado que:

1. El acceso a la salud (léase a la atención sanitaria) es un derecho fundamental garantizado en la mayoría de las constituciones.
2. La salud como *bien*, tiene múltiples externalidades positivas y puede denominarse un bien público puro. A pesar que por el contrario, la atención sanitaria tiene todos los atributos de un bien privado, al producir un bien público puro la acción pública en su suministro está justificada.
3. El mercado de salud es imperfecto, asimétrico e incompleto. El conocimiento del producto mayor por parte de la oferta respecto a la demanda, la prioridad de su consumo y la existencia de monopolios naturales hacen difícil la existencia de mercados que se autorregulen y en situaciones de libre competencia el consumidor resultaría el menos favorecido.

Pese a lo señalado, existe controversia en la forma en que debe intervenir el gobierno. La mayoría de los estudios están de acuerdo en su papel como Rector y Supervisor del sistema de salud, así como de asegurador de última instancia, aunque no todos coinciden en la eficacia de su papel directo en la provisión de atención sanitaria. Al tratarse de un bien privado puro, existen incentivos para la competencia entre prestadores públicos y privados, por lo que declinar esta oportunidad repercutiría en la eficiencia y desempeño del sistema. De hecho, el capítulo 2 resalta las ventajas de las instituciones del mercado frente a las de gobierno: reducción de costos, diversificación, innovación, enfoque en el cliente.

El capítulo 3 describe la estructura y configuración teóricamente recomendadas para el buen funcionamiento de un sistema de salud. Los sistemas de salud tienen tres funciones fundamentales: mejorar la salud, proteger a las personas de los costos de la mala salud y responder a las expectativas de la población. Aunque usualmente los esfuerzos suelen enfocarse en la primera función, la creación de seguros sociales y seguros de salud, generalizada desde mediados del siglo XX, buscó abarcar el segundo objetivo. No obstante, dar respuesta a las expectativas de la población es una meta poco frecuente dentro de los sistemas de salud. Este objetivo no sólo tiene un bajo costo marginal, sino que además, dejar de cubrirlo implica elevados costes futuros. La razón de esta afirmación reposa en que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, son más costo-efectivas y más eficientes que la tradicional medicina curativa y restaurativa. Por tanto, los sistemas de salud tienen que ser más amigables e incentivar a las personas a acercarse a ellos. Crear vínculos de confianza entre los usuarios y las instituciones de salud permitirá establecer planes y programas de prevención a más largo plazo y con un más estrecho seguimiento. Para el sistema, en conjunto, significará un ahorro sustancial y, para las personas, una mejora en su calidad de vida. Tal urgencia de transitar hacia un nuevo enfoque preventivo es una respuesta a los grandes desafíos que enfrentan en la actualidad los sistemas de salud. Tales retos son de carácter doble: tanto acumulados como emergentes. Los países de ingresos medianos, como los latinoamericanos, no han podido superar aún muchos problemas comunes a las sociedades pobres, los cuales han venido acumulando. Los retos emergentes, por su parte, competen a todos los países por igual. Entre ellos es posible citar el aumento de las enfermedades no transmisibles (crónico degenerativas), el envejecimiento demográfico, la escalada de costos, la expansión tecnológica en el tratamiento de enfermedades y cada vez mayores expectativas del sistema de salud por parte de las personas.

La Organización Mundial de la Salud sugirió, en su *Informe sobre la salud en el Mundo 2000*, algunas pautas para mejorar el desempeño de los sistemas de salud. La necesidad de crear sistemas no sólo *buenos* sino *equitativos* es una recomendación acentuada en el documento. El objetivo de la equidad, en concordancia con la función del sistema de proteger a las personas ante los costos de la mala salud, se puede alcanzar mediante la

creación y generalización de sistemas de pago anticipado para el financiamiento de los servicios de salud, de tal forma que se evite el acceso a ellos mediante pagos de bolsillo. Además, crear fondos grandes y sistemas de aseguramiento, permite la mancomunación de riesgos y la redistribución del ingreso. Así, personas sanas ayudarán a personas enfermas y personas ricas a personas pobres.

Una tendencia internacional para afrontar los nuevos retos de salud es la Cobertura Universal de Salud. Dicha meta, no obstante implica en sí desafíos propios de diseño y reformas de honda calada para llevarse a cabo. Algunos de ellos sugieren replantear la estructura actual de los sistemas y sustituirla por otra donde sectores público y privado trabajen en conjunto, donde las intervenciones sean seleccionadas de acuerdo a su costo-efectividad y donde se establezcan Planes de Beneficios en Salud que garanticen en términos de calidad y tiempos de espera las intervenciones sanitarias. Su uso también permitirá racionalizar explícitamente prestaciones e intervenciones y significará, además, un paquete de servicios que puede servir de base para homogenizar la provisión entre distintos participantes.

Para contrastar las directrices y sugerencias del capítulo 3, se revisan diversos casos internacionales en los que sobresalen distintas formas de organización. Resalta, no obstante, que el éxito de varios países coincide con el diseño de su sistema con distintas situaciones sugeridas por los organismos internacionales. Al respecto, los casos Chileno y Canadiense ejemplifican muy bien de qué forma sector público y privado pueden trabajar juntos e incluso, complementarse. Se analiza el caso Cubano para desmitificar la tradicional buena fama de su sistema de salud encontrándonos con que no es tan merecida. También se revisa el caso estadounidense ya que se trata de un sistema en su mayoría privado y siendo este además el país que más gasta en el rubro a nivel mundial. Sin embargo, tras la revisión de casos, se descubre algo sorprendente: un buen nivel de salud no está necesariamente ligado al nivel de ingresos del país ni a su gasto en salud. Esto es importante pues el sector sanitario no deja de estar expuesto a serias restricciones presupuestales.

Finalmente, en el caso mexicano se revisó el comportamiento y estructura del actual sistema de salud. Fueron señalados sus riesgos y se advirtió sobre las limitaciones del actual modelo de seguridad social que, basado en un sistema tripartito donde patrón, gobierno y trabajador confluyen, se encuentra ahora frente a un mercado laboral cuya tendencia se dirige hacia mayor informalidad y subempleo. Ante tal escenario, la creación del Seguro Popular ha significado un parte agua en la concepción y atención de la salud. Basado en un En 1997, Juan Luis Londoño y Julio Frenk presentaron un modelo innovador de reforma para América Latina, lo llamaron *Pluralismo Estructurado*. El modelo propone una separación de las funciones básicas de un sistema de salud logrando una especialización de cada una de ellas. Retoma los elementos señalados en el Informe de la OMS y los transforma en un modelo tangible. A inicios del sexenio de Enrique Peña Nieto, la Secretaría de Salud en México, en línea con las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, presentaron una reforma profunda para el país.

La concepción de la salud como el resultado conjunto de distintos sistemas y no sólo el sanitario, ayudará a un cambio en la percepción y demanda de ella. Basar su funcionamiento en sólidos criterios y lineamientos derivados del análisis económico, será fundamental para un mejor desempeño del sistema de salud. La economía estudia la escasez, y no hay nada más escaso que la salud y la vida misma.

Recomendaciones.

A corto plazo.

1. Reconsiderar la decisión de extinguir el Seguro Popular tomada (irresponsablemente) por el actual gobierno.
2. Seguir fomentando la cooperación interinstitucional en temas de infraestructura y atención sanitaria. Simultáneamente, avanzar en el desarrollo de plataformas tecnológicas que registren dichos intercambios y ayuden en la cuantificación y reembolso económicos.
3. No desistir en la estrategia de salud orientada hacia la prevención de enfermedades y la adopción de estilos de vida saludables.
4. Rescatar el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) e implementarlo como eje para la presupuestación y prestación de servicios de salud.
5. Exigir el análisis económico especializado en la toma de decisiones en salud.
6. Incluir la materia Economía de la Salud (al menos como optativa) en los planes de estudio para la licenciatura de economía de universidades públicas.
7. Estandarizar y extender el uso del Expediente Clínico Electrónico.

A mediano plazo.

1. Aprobar la portabilidad de coberturas y la libre elección de proveedor de servicios sanitarios por parte de los usuarios.
2. Definir un nuevo Plan de Beneficios en Salud o ampliar y homogenizar el CAUSES con el fin de avanzar hacia la homogenización de prestaciones y tratamientos.
3. Impulsar la competencia entre prestadores públicos y privados de atención sanitaria.
4. Diseñar incentivos de recompensa para quienes participen de manera constante y exitosa en los programas de prevención de enfermedades y adopción de estilos de vida más saludables.

5. Impulsar la creación y operación libre de seguros privados de salud, a fin de minimizar los pagos de bolsillo y proteger financieramente a la población frente a los gastos catastróficos de la mala salud.
6. Caminar hacia una cultura de la prevención y aseguramiento.
7. Dotar de mayor autonomía a las instituciones de salud y permitir nuevos esquemas de contratación laboral, a fin de darles mayor dinamismo y eficiencia.

A largo plazo.

1. Reformar estructuralmente el sistema de salud hacia uno con financiamiento público principalmente y con mayor presencia de prestadores privados.
2. Alcanzar la meta de Cobertura Universal de Salud para toda la población.
3. Consolidar un Fondo Nacional de Salud que maximice la mancomunación de riesgos (entre personas sanas y enfermas, ancianos y jóvenes) y los subsidios cruzados (entre personas con distintos niveles de ingreso).

Bibliografía consultada

- A. Narod, Steven y Adriana A. Rodríguez (2011), *Predisposición genética para el cáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2*, en Salud Pública de México, Vol. 53, número 5.
- Artaza Barrios, Osvaldo (2015), *Calidad en el sistema de salud para el acceso y la cobertura universal en salud*, en “La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones”, Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- Ayala Espino, José (2002), *Fundamentos Institucionales del Mercado*, Facultad de Economía, UNAM. México.
- Ayala Espino, José (2003), *Estado y desarrollo. La formación de la economía mixta mexicana en el siglo XX*. Facultad de Economía, UNAM.
- Becerril-Montekio, Víctor, Juan de Dios Reyes y Annick Manuel, *Sistema de salud de Chile*, en Salud Pública México, año 2011 no. 53.
- Cochoero, M. Arantxa, Juan Rivera-Dommarrco, Barry M. Popkin y Shu Wen Ng (2017), *In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax*. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2017/02/16/hlthaff.2016.1231> (Consultado en marzo de 2017).
- Comisión Federal de Competencia México (2018), *La Competencia Económica*. Pág. 03. Disponible en <https://www.cofece.mx/wp-content/uploads/2018/05/1lacompetenciaeconom.pdf> (Consultado en julio de 2019)
- Curiel López, Fátima Belén, Bertha Ruiz Madrigal, Sonia María Román Maldonado y Arturo Panduro Cerda (2005), *Predisposición genética de la litiasis biliar*, en *Medigraphic Artemisa en línea*. Vol. VII, Marzo 2005. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg051m.pdf> (consultado en noviembre de 2016).
- Errasti, Francisco (1997), *Principios de gestión sanitaria*, Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid, España.
- Ferreiro, Alejandro, Eduardo Saavedra y Gustavo Zuleta (2004), *Marco conceptual para la regulación de seguros de salud*, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Fleury, Sonia (2003), *¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia*, en Servicios de Salud en América Latina y Asia, Carlos Gerardo Molina y José Núñez del Arco, editores. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Francès Bozal, Francesc, JV. Sorlí, A. Castelló, F. Verdú, D. Corella y O. Portolés (2007), *Predisposición genética en el consumo de alcohol: el caso de la Alcohol Deshidrogenasa 1C*. Estudio realizado en una

- población mediterránea española. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn48-49/art04.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2016).
- Frenk, Julio (1992), *La Nueva Salud Pública*, en “La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate.” Publicación científica no. 540. Organización Panamericana de la Salud.
- Frenk, Julio y Juan Luis Londoño (1997), *Hacia un modelo innovador de reforma en los sistemas de salud*, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Friedman, Milton y Rose D. Friedman (1979), *Libertad de Elegir*, Ediciones Grijalbo S. A. Primera edición
- Giedion, Úrsula, Ricardo Bitrán e Ignez Tristao, editores, (2014), *Planes de beneficios en salud de América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo, primera edición.
- Hidalgo Vega, Álvaro, Indalecio Corugedo de las Cuevas y Juan del Llano Señarís (2000), *Economía de la Salud*, Ediciones Pirámide.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2014), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014*, Primera edición, México D.F.
- Isapres de Chile (2016), *Obamacare: Ley para la Protección de Pacientes y Cuidados de la Salud Asequibles*, Serie de informes técnicos. Disponible en <http://www.isapre.cl/PDF/Analisis%20de%20la%20Reforma%20Salud%20Obamacare.pdf> (Consultado en Julio 2019).
- Juan López, Mercedes (2014-1), *Sistema Nacional de Salud Universal: experiencia en México*. Presentación en la Conferencia Internacional “Hacia la cobertura universal en salud”. Lima, Perú, 20 y 21 de febrero de 2014.
- Juan López, Mercedes (2014-2), *Sistema Nacional de Salud Universal*, Senado de la República. Presentación para la Semana de la Seguridad Social. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/Mesa05_2.pdf (Consultado en julio de 2019)
- Lalonde, Marc (1974), *A new perspective on the health of Canadians, a working document*, Minister of Supply and Services Canada.
- Larrañaga, Osvaldo (1997), *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*, CEPAL. Chile.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk (1997), *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud de América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Organización Mundial de la Salud (2005), *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*.

- Organización Panamericana de la Salud (2000), *Canadá, perfil del sistema de salud*.
- Organización Panamericana de la Salud, (2001), *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Cuba*, segunda edición.
- Organización Panamericana de la Salud (2002), *Perfil de Sistemas y servicios de salud. Estados Unidos de América*.
- Organización Panamericana de la Salud (2002), *Perfil de sistemas y servicios de salud. Estados Unidos de América*. Primera edición.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2005), *Cómo se encuentra México comparativamente*, Paper electrónico disponible en www.oecd.org/health/health-systems/35140519.pdf (Consultado en mayo de 2017).
- Pinto, Diana y Ana Lucía Muñoz (2010), *Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Rosengard, Jay K. y Joseph E. Stiglitz (2015), *La economía del Sector Público*, cuarta edición. Editorial Antoni Bosch.
- Sánchez Ruíz, Juan F. et al (2012), *La farmacia, la medicina y la herbolaria en el código florentino*, En Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://asociacionfarmaceuticamexicana.org.mx/revistas/2012/RMCF%20V43-3/ARTICULOS%20PDF/LA%20FARMACIA.%20LA%20MEDICINA%20Y%20LA%20HERBOLARIA%20EN%20EL%20CODICE%20FLORENTINO.pdf> (Consultado en diciembre de 2017)
- Secretaría de Salud (2005), *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, D. F.
- Shutz, Gabriel Eduardo, Sandra Hacon y Eliane Ignotti (2009), *GEO Salud: Metodología para una evaluación integrada de medio ambiente y salud. Un enfoque en América Latina y el Caribe*. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Tusié Luna, María Teresa (2008), *El componente genético de la diabetes tipo 2*, en *Mensaje Bioquímico*, Vol XXXII. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en http://bq.unam.mx/wikidep/uploads/MensajeBioquimico/Mensaje_Bioq08_v32p59_66_Tusie.pdf (Consultado en noviembre de 2016)