



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Economía

Economía de la Salud en México 2018-2022

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMÍA
P R E S E N T A

Juan Mario Beltrán Valle

Asesor: Joaquín Vela González

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Mayo del 2022





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.

Dedicatorias

Siempre fue un sueño para mi madre Yolanda Valle Vázquez, verme titulado, además de ser un pendiente, era una promesa sin cumplir, ella me inculcó el amor a la entonces Escuela Nacional de Economía, en 1961 teniendo solo tres años, la acompañaba a sus actividades laborales, como secretaria de tan loable y noble institución, mi madre, hoy 10 de mayo de 2022, después de su larga ausencia con fecha de partida el 17 de mayo de 1980, no la he olvidado y no la olvidaré, por siempre MI BELLA DAMA, vive en mi mente, pero sobre todo en mi corazón, con ella compartí en las paredes de las instalaciones ahora Facultad, hechos inolvidables y que me marcaron hasta hoy en día, como fueron el movimiento estudiantil de 1968, cuando los granaderos entraron a sacarnos a todos, ver como a muchos los subían a los camiones, cuando eran identificados como estudiantes, en esa ocasión se llevaron a la maestra y directora Ifigenia Martínez, momentos difíciles de olvidar, en el auditorio Ho Chi Minh, adquirí el gusto por la música folklórica sudamericana y de protesta, cantada por los exponentes de la época, agrado que sigo disfrutando, GRACIAS MAMÁ, TE LO OFREZCO CON EL ALMA, SIEMPRE BIEN MERECIDO, UN REGALO QUE SALE DE LO MÁS PROFUNDO DE MI CORAZÓN.

Después la vida, por cosas o azares del destino, en el quehacer del tiempo, se estrecharon mis lazos con la entonces Facultad de Economía, inicie mis estudios en el año de 1978, después como Gerente y Apoderado Legal de la Asociación de Ex alumnos de la Facultad de Economía de la UNAM (AEFE), durante el periodo de 1990 al 2005, tiempo que, brindé mi mayor esfuerzo por retribuir a la Facultad, en lo particular y a la UNAM, en lo general, todo lo recibido en sus aulas apoyando sus planes y programas académicos, mediante el fortalecimiento del esquema de becas a estudiantes de excelencia académica, impresión de libros, cursos de inglés y computo, aunado a becas para maestros titulares de Cátedras Extraordinarias, todos con el propósito plausible de fortalecer la enseñanza de los futuros egresados, dentro de los cuales, honro pertenecer.

Si todo lo mencionado, fueran pocos motivos, para agradecer lo aprendido en sus aulas, debo hacer hincapié que, la Facultad de Economía, me otorgó el gusto y satisfacción de enseñar sus principios y conocimientos, al segundo de mis hijos Allan Iván Beltrán Hernández, en la licenciatura y especialización, ofreciéndole las bases que, le permitieron realizar los estudios de Maestría y Doctorado en la Universidad de Birmingham, Inglaterra, en la cual, actualmente ocupa la Jefatura del Área de Economía Ambiental. El primero, es decir mi primogénito Mario Abraham Beltrán Hernández, con el aprendí a ser papá, sigo aprendiendo, es una carrera que nunca se termina.

Después, tuve la gran dicha de sumar dos hijos más, Ángel Emiliano y Miley Jolie Beltrán Mora, ahora, en el presente, mi motivación, amigos, compañeros, la razón de mi lucha diaria, la fortaleza que me levanta, a un día más de lucha, para alcanzar este y muchos más propósitos. Para ti, Ángel Emiliano, gracias por estar siempre a mi lado, por hacerme tan feliz, por tus logros. Para ti, Miley Jolie, mi única hija, gracias es un privilegio tenerte, me has hecho sentir la grandeza de ser papá, con tu ternura, tu consuelo, tus palabras siempre de aliento, pero, sobre todo, gracias a DIOS, "LOS AMO".

Contenido

Introducción	5
1. Marco Teórico y Conceptual	10
1.1. Economía de la Salud y la Teoría Sanitaria	10
1.2. Evaluación del Sistemas de Salud	17
1.3. El Método Costo Beneficio y Costo Efectividad	19
1.4. Cobertura Parcial y Cobertura Universal.....	22
1.5. Sistemas Únicos o Diferenciados: Ventajas y Desventajas	26
2. Sistemas y Modelos Vigentes de Salud	32
2.1. El Modelo Privado de Salud como Origen del Servicio	32
2.2. España	38
2.3. Suecia	44
2.4. Singapur	47
2.5. Estados Unidos	51
2.6. Reino Unido.....	56
2.7. Canadá.....	59
2.8. Experiencias en América Latina: Brasil, Cuba, Chile.....	62
2.8.1. El SUS de Brasil.....	63
2.8.2. El Desunido Sistema Argentino.....	67
3. Sistema de Salud en México: Situación Actual y Perspectivas.....	71
3.1. Composición de los Servicios de Salud.....	71
3.2. Problemas de Rectoría Hacia Adentro	80
3.3. Problemas de Rectoría Hacia Afuera	82
3.4. Insuficiencias de la Provisión de Salud.....	84
3.5. El Tamaño del Sistema de Salud en México	87
3.6. Financiamiento	96
3.7. Impacto del Manejo de la Pandemia Coronavirus Sars 2 y la Visión del Mando Único en Salud.....	103
4. Sistema Único de Salud: Propuesta Alternativa en la Mejora Integral de Atención Médica a la Población en México	105
4.1. La Llamada Federalización de la Salud.....	105

4.2. Algunas características del IMSS Coplamar	108
4.3. Características del IMSS Bienestar	109
4.4. El costo del nuevo sistema	111
4.5. Qué abarcará la unicidad del Sistema de Salud Mexicano	113
4.6. Beneficios del Sistema Único de Salud	119
4.7. Cobertura efectiva y afiliación.....	124
4.8. Análisis costo-beneficio	125
4.9. El Contexto Político y su Importancia en el Modelo de Salud	133
Conclusión.....	137
Anexo Estadístico.....	144
Bibliografía	145

Introducción

En este Trabajo de Tesis se aborda el Sistema de Salud en México, desde el punto de vista económico, es decir buscar el uso eficiente, eficaz y transparente de los recursos públicos, prioridad insoslayable emanada de nuestra Carta Magna Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es su Artículo 134, teniendo como directriz el fortalecimiento del Sector Salud o Sistema de Salud, el cual, se ha visto mermando en los últimos años (últimos sexenios), hecho que se hizo evidente de manera contundente en la Contingencia Sanitaria con motivo de la pandemia por COVID, no solo en México, si no también, a nivel mundial.

Lo anterior tiene sus orígenes y motivos, en la ponderación que se ha dado año con año a los presupuestos aprobados, mismos que han priorizado la Seguridad Social, que no es tema menos importante pero que ha tenido un impacto regresivo en los temas de Salud y Educación, pasando estos a un segundo término.

En este entorno, se hace importante así como impostergable buscar alternativas que favorezcan y robustezcan el Sistema de Salud en México, siendo esta la más noble y loable de las políticas públicas, más aún si se considera que los recursos económicos son limitados, es por ello la necesidad de buscar alternativas novedosas de alto impacto social y de gran valor público, en pro y beneficio de la población en México, así y solo así, con políticas públicas podemos trazar una estrategia basada en estos principios buscando reducir la desigualdad en México, más aún, en lo concerniente al tema de la Salud.

En este contexto y en el actual entorno social, se debe analizar la problemática que existe en la Salud, en el entorno del ámbito económico, por tal motivo, este trabajo pretende despertar la inquietud de todos aquellos que tienen en sus manos y bajo su responsabilidad el brindar los servicios de salud en México, de manera equitativa, incluyente y generalizada, recordemos que la salud es primordial en materia de bienestar, y un tema, detona y es propulsor del resentimiento social, que puede poner focos rojos en la estabilización social del Estado.

En la presente investigación se pretende primeramente encontrar la fuente u origen, de la problemática, así como sus causas del problema que se presentan en el Sistema de Salud en la actualidad, como son:

- La insuficiente cobertura para millones de mexicanos, que, por ello, experimentan un deterioro, en el grado de satisfacción de la población.
- La mala distribución de la oferta de alternativas de Salud, en todo el territorio de la República Mexicana, es decir, una deficiente y escasa infraestructura.
- La escasez de medicamentos, su inadecuada distribución, más aún de aquellos de alta especialidad o controlados.
- La corrupción en el Sector Salud, al no tener planes y programas para la eficiente y eficaz, compra y contratación de insumos médicos, aunado a un déficit presupuestal, que se suma como la rapiña o sustracción de equipos y medicamentos, los cuales, generan año con año un daño al erario federal.
- Aunado, a la insuficiente y pésima distribución del personal médico especializado bien sea de médicos y enfermeras, así como de otros profesionales de la salud, de los cuales, existen grandes carencias, si consideramos el número de habitantes. Presentándose una fuerte concentración del personal médico en los grandes centros de población, es decir, en regiones del país se hace evidente la desigualdad en la atención de la Salud, vulnerando sus derechos de igualdad emanados de la máxima Ley, la Constitución.

Todo lo anterior, repercutiendo directamente en la composición y estructuración de los servicios médicos, garantés por el Estado.

Además , la presente inquietud proviene de la percepción que, se tiene socialmente del Sector Salud, manifestando la insuficiente cobertura y/o el acceso a los Servicios de Salud en cuanto a: Infraestructura, atención médica y medicinas.

Lo antes mencionado, se ha convertido en un tema crítico y de alta demanda social, ante el actual entorno de salud pública, como son:

- La pandemia COVID 2019-2022, ha demostrado que la Universalidad de los servicios de salud, no debe quedar reducida a grupos vulnerables y población abierta, sino a todos los mexicanos.
- La emergencia sanitaria del SARS-COVID en 2019, mostró la real insuficiencia en la cobertura, no sólo en cuanto a enfermos de esa pandemia, sino que se dejaron de atender el resto de las enfermedades.

- La mortalidad que ha ascendido de 734 mil individuos a 1 millón 86 mil, de 2019 a 2020, lo que significa un aumento de 47%, es otro hecho que justifica el estudio del Sistema de Salud en México.

Esta tesis tiene como Objetivo Principal:

Analizar los costos y beneficios, a una solución de la cobertura insuficiente de los servicios de salud pública y a su deterioro mostrado durante la presencia de pandemias como la del COVID, proponiendo la creación de un Sistema Único de Salud (SUSA), como respuesta a un derecho, a una demanda social, por su impacto económico en la población, por todo ello, destaca la importancia que adquiere la salud en la actualidad.

El trabajo de tesis se rigió por el siguiente planteamiento problemático:

¿Es posible económicamente, es decir, con los recursos que siempre son escasos y utilizados con distintos fines alternativos, lograr la Cobertura Total de la población mexicana, en cuanto a oferta suficiente y de alta calidad, de los servicios de salud pública?

Y la Hipótesis o respuesta tentativa que guio la investigación fue:

El establecimiento de un Sistema Único de Salud, que provea a la población servicios médicos de calidad y de equidad, con un impacto que revierta la desigualdad en este derecho básico de todos los habitantes, contemplando una administración eficiente y eficaz, pero sobre todo transparente de los recursos públicos, con una administración colegiada de profesionales como órgano rector, que revise, analice y valore las decisiones en servicios de salud pública, para establecer mejores políticas públicas, en esta materia, acompañadas de un entorno de dirección, planeación y presupuestación, evitando y/o coadyuvando en las siguientes directrices, como son:

- Evitar duplicaciones de gastos, en adquisiciones de medicamentos e insumos, mediante compras consolidadas, planeadas y cuantificadas de manera integral, para evitar dispendios y/o compras innecesarias.
- Toma de decisiones, previamente estudiadas, revisadas, analizadas y valoradas para tener un mayor impacto, en los servicios de salud, reforzando la infraestructura médica, la distribución y oferta de medicamentos, evitando la concentración

del personal de médicos y enfermeras, en los centros urbanos de alta población, en atención al principio de igualdad.

- Fortalecer las unidades médicas de formación del personal, para favorecer e incrementar la oferta de especialistas, por las grandes carencias existentes hoy día.
- Óptima Programación y Planeación integral, de los servicios médicos a cargo del Estado.

Todo lo anterior, como pasos definitivos hacia la solución de la cobertura universal de los servicios públicos de salud para toda la población mexicana.

Para abordar la problemática y probar la hipótesis, el trabajo se dividió en **4 capítulos:**

El **primero** nombrado Marco Teórico y Conceptual se define y delimita el concepto de economía de la salud, así como el método de costo beneficio para evaluar económicamente un sistema; en el cual, se aborda el concepto de sistema único de salud, analizando un esquema de beneficios y ventajas de los sistemas de salud en general.

El **segundo** titulado Sistemas y Modelos vigentes de salud, se destacan las características de los sistemas de salud actuales, en algunos países, con la finalidad de tener elementos de comparación respecto del modelo vigente en México.

El **tercero**, denominado Sistema de Salud en México, situación actual y perspectiva, describiendo el sistema de salud del país, destacando las causas económicas de los problemas de cobertura, eficiencia y eficacia, para contrastarlos con una propuesta de solución.

El **cuarto y último** de los apartados con el título Sistema Único de Salud (SUSA). Una propuesta alternativa en la Mejora Integral de Atención Médica a la población en México, se expone las características, ventajas y desventajas de una alternativa de sistema de salud, de corte único.

Para concluir se presentan las conclusiones, que permite establecer la comprobación de la hipótesis de esta tesis.

Se incluyen también el anexo estadístico y las fuentes de información utilizadas en este trabajo.

El trabajo de tesis combina la metodología asociada a la economía positiva, al utilizar un marco teórico explicativo del Sistema de Salud, combinado con la economía normativa, que intenta establecer lo que debería ser.

Se aplicará la deducción lógica y la inducción económica, derivada del uso de estadísticas para respaldar tanto las explicaciones de la situación del sistema de salud como la propuesta.

Igualmente se recurre a la comparación Costo Beneficio para respaldar la propuesta del proyecto de crear un Sistema Único de Salud en México, al que, se identificará como SUSA.

Economía de la Salud en México 2018-2022

1. Marco Teórico y Conceptual

Se presenta el respaldo teórico del tema en estudio, con la finalidad de tener un fundamento sólido para la comprensión del mismo.

En primer lugar, se aborda el tema a partir de la definición de Economía de la Salud. Este enfoque económico, establece las razones para la mejor opción en cuanto la instauración de un Sistema Único de Salud en México, que en lo sucesivo lo identificaremos como SUSA.

Se exponen algunos métodos de evaluación del desempeño de los sistemas médicos en general, para tener bases teóricas y conceptuales, las cuales, permitan abordar el actual sistema mexicano de salud.

Se aborda también el concepto de Cobertura Universal, puesto que, con el SUSA, se busca la atención al 100% de la población de manera igualitaria, a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios Médicos a personal de los Gobiernos Estatales y de todos aquellos no asegurados.

Paralelamente, se describe brevemente el método de costo beneficio, a fin de sustentar la posibilidad de instaurar del SUSA.

Igualmente se despliegan los elementos básicos de los sistemas parcial y único, para conocer sus diferencias y tener más elementos de apoyo, a la hipótesis de este trabajo.

1.1. Economía de la Salud y la Teoría Sanitaria¹

La economía y la salud es un binomio que se ha tornado fundamental hoy en día ante la pandemia del COVID19 que, hasta noviembre de 2021, le ha quitado la vida a más de 5 millones de personas en el mundo en los años 2020-2021: Si hay Salud en el individuo, puede generar recursos económicos para vivir

¹ La noción de sistema de Salud constituye uno de los tres pilares conceptuales de la Teoría Sanitaria (los otros son “estado o situación de salud de la población” y “políticas de salud”) y presenta especificidades que lo diferencian de cualquier otro sistema.

él y su familia. Si hay ingresos en la familia, es posible mantener un nivel de salud adecuado.

Una primera conceptualización teórica fue expresada por Alfred Marshall quien realizó la siguiente sentencia: "...la salud y la fortaleza física, espiritual y moral, son la base de la riqueza social; al mismo tiempo, la importancia fundamental de la riqueza material radica en que, si se administra sabiamente, aumenta la salud y la fortaleza física, espiritual y moral de género humano". (S/A, Economía de la salud: ¿En qué consiste y cuáles son sus principales retos?, 2015)

Horowitz pasó a una descripción más profunda de las interacciones salud economía (Gráfico 1).

CICLO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD

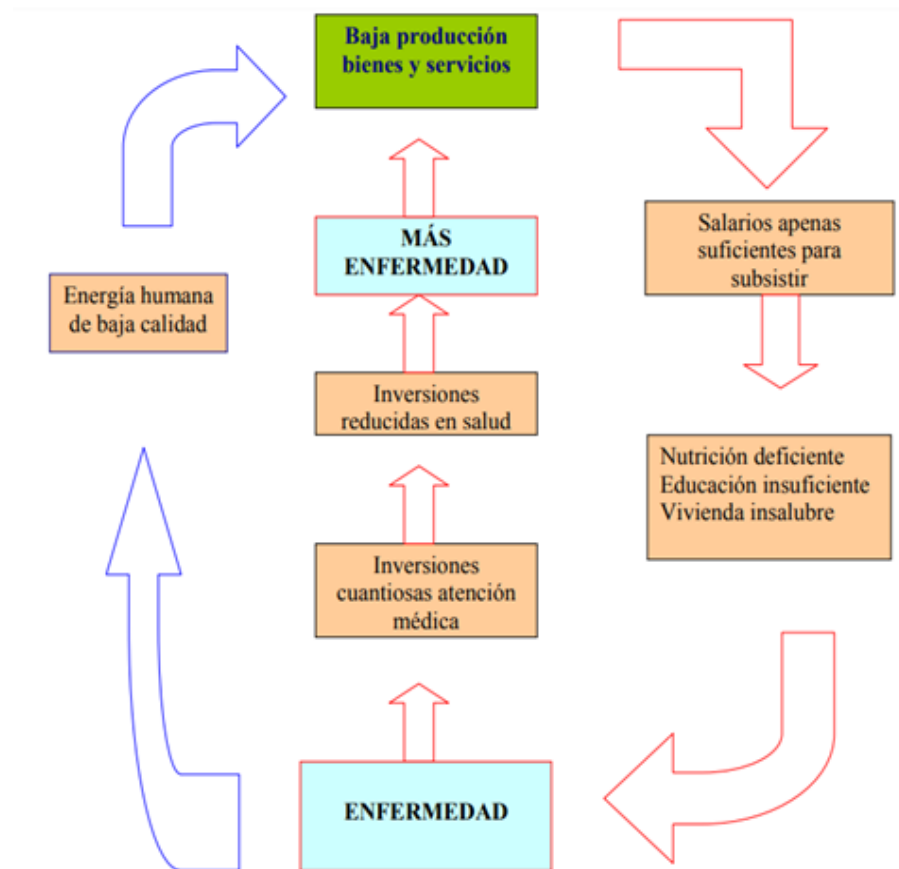


Gráfico 1

Horowitz señala que "al analizar más en detalle la relación entre economía y niveles de vida aparece ostensible lo que hemos denominado "el ciclo económico de la enfermedad", o de la salud... Si se mide el crecimiento económico en términos de la producción de bienes y servicios, se deduce que cuando ésta es

baja con referencia a las necesidades, los salarios son sólo de subsistencia y determinan una nutrición deficiente, vivienda inadecuada y educación insuficiente. Son todos estos factores condicionantes de enfermedad y generadores de una energía humana de baja calidad, la que, a su vez, mantiene una producción de ritmo lento. Este círculo vicioso tiene un reflejo en el campo propio de la medicina en vista que el peso de la enfermedad trae como consecuencia una alta inversión en atención médica, lo cual limita los recursos para la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud.” (Horowitz, 1961, pág. 74)

Sin duda, la práctica de la economía y la salud son el eje del bienestar de la población. Su estudio se aborda mediante la economía de la salud, que es disciplina científica cuyo objeto de estudio es:

La economía es la ciencia que estudia las acciones humanas para cubrir la escasez o diferencia entre necesidades y satisfactores. Enfocada a la salud, permite estudiar las acciones de las familias y el gobierno para mantener y corregir la salud de las personas.

La salud consiste en que un “...ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente. (León Barua & Berenson Seminario, 1996, pág. 2)

De ambas zonas de la realidad (recursos escasos y salud), surge la economía de la salud que tiene varios campos de aplicación como son: “...las determinantes y condicionantes de la salud, la salud y su valor, la demanda de atención médica, la oferta de servicios, la evaluación económica, el equilibrio, y otros.” (Baly Gil, Toledo, & R, La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad., 2001)

La teoría sanitaria o de la salud pública, a su vez, implica la noción de sistema de Salud, así como el “estado o situación de salud de la población” y las “políticas de salud”), todo lo cual permite comprender las especificidades de los sistemas de salud existentes en diferentes países, así como las diferencias entre un sistema único y el fragmentado.

Ya se ha señalado que un sistema de salud se conforma de científicos, profesionistas y técnicos de diversos campos, edificios, equipo, instrumentos, recursos financieros y el marco normativo que lo rige.

Por su parte, la situación de salud de la población, como el de la situación económica, registra la calidad de salud de los habitantes el cual puede tener niveles positivos y negativos. Ante ello, "...se ha desarrollado un instrumento de diagnóstico que permite acercarse a la identificación de los problemas de salud, haciendo hincapié en los determinantes sociales, sobre los cuales el sector de la salud y las comunidades pueden influir para mejorarlos y modificarlos, y de esta manera evitar la enfermedad." (Dávila, Gómez, & Hernández, 2018)

Al llevar a la práctica los Análisis de Situación de Salud (ASIS), como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervenir y dirigidos a fortalecer las decisiones, e involucran un compromiso con la transformación de la salud de las poblaciones y, sobre todo, con la reducción de las inequidades sociales en salud y sus posibles desequilibrios (enfermedades) generan una demanda de servicios de salud que serán atendidas por una oferta, conformada por especialistas, técnicos, instituciones y un conjunto de leyes y normas, lo que conforma un Sistema de Salud. (Dávila, Gómez, & Hernández, 2009)

Es decir, con base en la situación de la salud de la población, la política de salud se especializa en la denominada "...atención de la salud que es el conjunto de acciones, de promoción, estimuladoras, defensivas y reparativas, de la integridad y del desarrollo de la capacidad física, mental y social de las personas y poblaciones. (Chávez, Sistemas de atención de salud (I), 1996)

Las políticas de salud son de dos tipos: la pública y la económica. El cambio del sistema de salud unificado pertenece a la política pública de salud o política cualitativa de salud porque desde el Estado (poder ejecutivo, legislativo y judicial) se realizan cambios de estructura cualitativos, pues supone cambios en la organización del Sector Salud, que debe estar fundamentado en cambios en las leyes y reglamentos. (Ver el tipo política pública en la Gráfico 2)

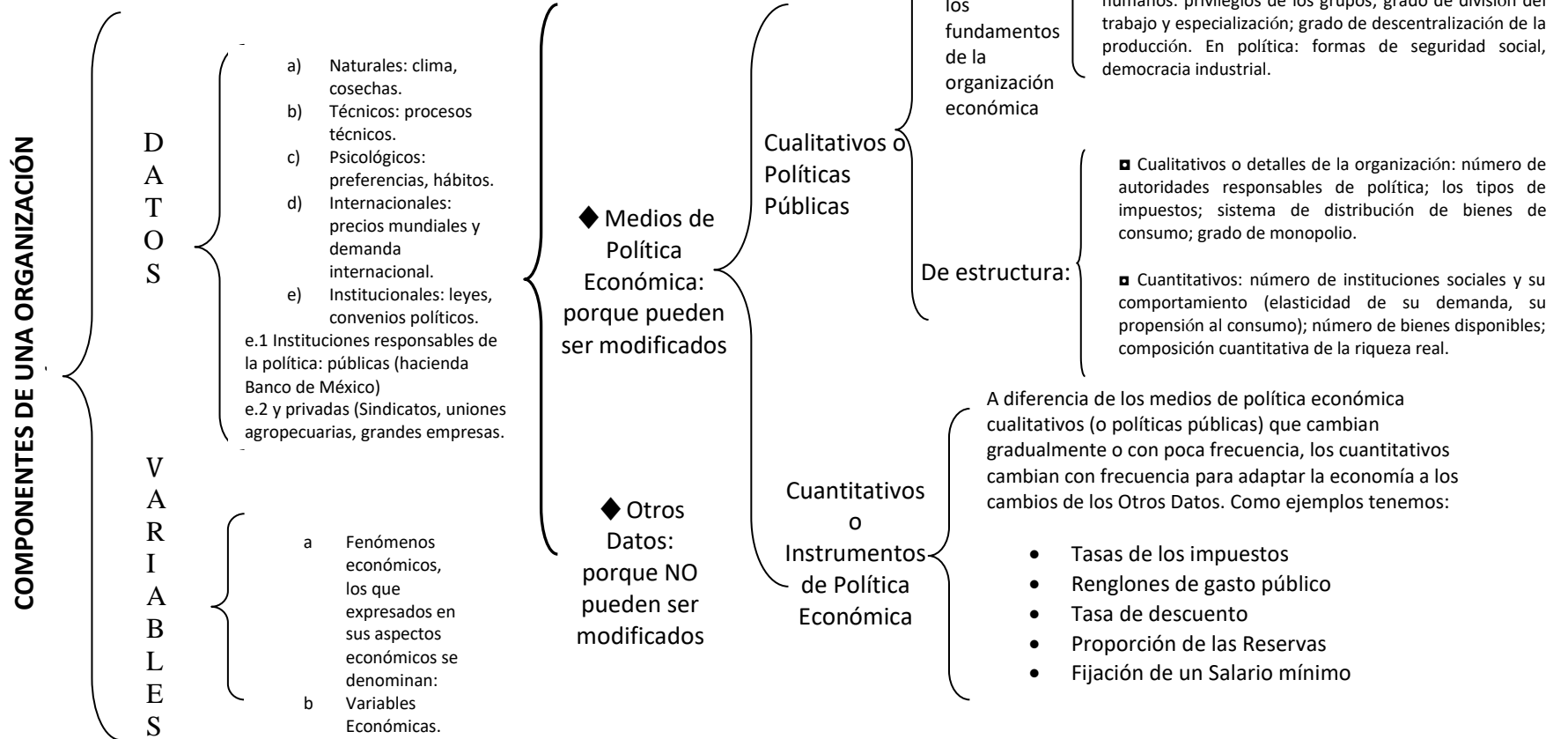
En el ámbito de la Salud, también hay política económica cuantitativa. Esta puede cambiar más rápidamente, pues si bien se fija, al principio del año su ejercicio, puede variar en el corto plazo. La política económica, propiamente dicha, en materia de salud refiere al gasto público en la materia, como también a la fijación de precios y tarifas para los servicios de salud.

En base a este marco teórico se pretende proponer unificar el sistema de salud en México, para cubrir las necesidades de fortaleza de la población mexicana más vulnerable.

El interés de la economía por la salud se basa en que: “La salud contribuye al crecimiento económico de largo plazo a través de los siguientes mecanismos: incrementa la productividad laboral del adulto, reduce las pérdidas de producción de los trabajadores, permite el desarrollo cognitivo del niño por medio de mejoras en la nutrición y reduce la inasistencia escolar ocasionada por enfermedades. Asimismo, la inversión en salud facilita el control de enfermedades y libera recursos financieros para su tratamiento. (Salles & Grant, 2020)

Gráfico 2

Medios e Instrumentos de Política Económica



Fuente: Elaborado con base a (Tomberger, 1961, págs. 34-37).

Integrar, asociar adecuadamente y establecer una organización funcional en el tiempo, del Sector Salud, requiere igualmente una base teórica, relacionada con la teoría económica de la organización.

Para (Báscolo, 2002), existen tres teorías del proceso de integración organizacional aplicables a los servicios de atención médica: la teoría de la firma o empresa, la teoría de los costos de transacción de Williamson y la economía evolucionista relacionada con el pensamiento actual de la economía neo institucional.

Aquellas teorías aplican al sector privado, pero en el ámbito público social, se tiene que aclarar que el Sistema Único, "...no está asociado con un fenómeno de integración de la propiedad de la firma, sino con el desarrollo de mecanismos conscientes de coordinación entre diferentes unidades productivas involucradas en los servicios de atención de la salud. (Báscolo, 2002)

Sin duda alguna, el autor se decanta, en la intención de la creación de un Sistema Único en favor del "...modelo analítico de Williamson (1991) pues según él, "...podría servir como un útil punto de partida en el desarrollo de un adecuado marco conceptual para analizar los problemas organizacionales de los servicios de salud, introduciendo en la evaluación de las alternativas estructuras de gobierno el inevitable juicio profesional como mecanismo esencial de coordinación. Como una consecuencia, las organizaciones de los servicios de salud no pueden identificarse con las típicas estructuras de jerarquía de mercado y modelos híbridos. Pareciera más conveniente pensar en una combinación de los mecanismos de coordinación tradicional (incentivos y controles administrativos) con normas profesionales. El profesional médico es el agente que determina el flujo Inter firma del paciente, la intensidad de los servicios de salud, y es el principal responsable de la calidad del proceso integral de los servicios de atención médica. (Báscolo, 2002, pág. 15 y 16)

El principal elemento a considerar es si la integración del sistema de salud permitirá tomar decisiones a través del mercado, pero si son costosas, puede recurrirse a la jerarquía en dichas decisiones. El actual sistema de adquisición y distribución de medicinas, muestra inclinarse hacia el lado de la jerarquía.

1.2. Evaluación del Sistemas de Salud

Cuando se intenta hablar de una política pública cualitativa en salud, se requiere una evaluación del actual sistema de salud. Definiremos en este apartado los elementos básicos de la evaluación, para surtirnos de herramientas que nos permitan valorar el actual sistema.

La Evaluación es la última parte de la formulación y aplicación de las políticas públicas. El ciclo va desde planeación, formulación, aprobación, ejercicio y termina con la evaluación. Estas etapas como bien señala (Parsons, 2007) la realidad, los límites entre fases y etapas tienden a desdibujarse, superponerse y entremezclarse...todo ello implica el ciclo de las políticas públicas..." (Ibarra Cisneros, 2013, pág. 37)

Consiste la evaluación en comparar los resultados reales con los ideales objetivos señalados al principio de una gestión. Se denomina evaluación del desempeño y para ello se construyen indicadores cuantitativos.

La Formula General del Indicador: es un cociente donde el denominador es la referencia de comparación (universo de cobertura demanda de la sociedad y/o necesidades no satisfechas) y el numerador, por su parte es la capacidad disponible y/o de realización para el logro de los resultados establecidos en las líneas de acción por el factor de escala (siendo igual a 100), el cual permite dimensionar el numerador con respecto al denominador en porcentaje.

La Formula General que se debe usar es la siguiente:

$$Id = \frac{P}{Q}$$

Dónde:

Id = Identificador de desempeño.

P = casos favorables (capacidad de realización en el periodo).

Q = Total de casos.

En ese sentido, "...la Evaluación Económica de la Salud estudia la distribución de los escasos recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible, medido a través de la mejoría en los indicadores de cantidad y calidad de la salud. (Baly Gil, Toledo, & R, La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad., 2001)

En cuanto a la propuesta de un cambio de política pública, se requiere de evaluar si las acciones públicas, o algunas de ellas, son eficientes y eficaces en la atención a la situación de la salud de la población.

Ernesto R. Fontaine (2008), plantea que, "para el economista, un proyecto es la fuente de costos y beneficios que ocurren en distintos periodos. El desafío que enfrenta es identificar los costos y beneficios atribuibles al proyecto, medirlos y valorarlos con el fin de emitir un juicio sobre la conveniencia de ejecutar ese proyecto. Esta concepción lleva a la evaluación económica de proyectos. Para un financista que está considerando prestar dinero para su ejecución, el proyecto es el origen de un flujo de fondos provenientes de ingresos y egresos de caja, que ocurren a lo largo del tiempo; el desafío es determinar si los flujos de dinero son suficientes para cancelar la deuda. Esta manera de concebir el proyecto lleva a la evaluación financiera de proyectos (p. 24). (Fontaine, 2008)." (Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, & Montoya-Rojas, Sistemas y modelos de salud, su incidencia, 2013)

En paralelo, al análisis costo beneficio debe hacerse mención al de costo de efectividad beneficio social. En la propuesta, entonces debería considerarse "una evaluación comparativa del costo efectividad de las diferentes estructuras de gobierno debería pensarse como patrones de diferentes tipos de combinaciones de normas profesionales, incentivos y normas administrativas. (Báscolo, Economía de la salud y neoinstitucionalismo, 2002)

Igualmente se debe considerar que el costo puede medirse en dinero, la cantidad que el Sector Salud gasta, pero como señala (Collazo Herrera, Cárdenas Rodríguez, González López, Miyar Abreu, Gálvez González, & Cosme Casulo, 2002) también puede considerarse como costo de oportunidad, es decir, el costo que se tendría de no haber atendido la salud de la población. Ello porque el costo de oportunidad "es el conjunto de recursos que dejamos de percibir cuando nos decidimos por otra alternativa que puede ser mejor o peor, siempre contando con unos recursos limitados. Este término fue creado por Friedrich von Wiser en su Teoría de la Economía Social, en el año 1914, donde lo define como aquello a lo que renunciamos cuando tomamos una decisión económica." (González, 2020)

Podríamos hablar de una evaluación interna basada en la externa. “En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED se enfocó a la calidad de la atención médica desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos. (Gobierno de la República, 2015)

En ese contexto pueden utilizarse las estadísticas del INEGI sobre nivel de satisfacción de las personas en los servicios públicos. Por ejemplo, en 2019, el grado de satisfacción en educación superior fue de 79.8%, y en Servicios de Salud (ISSSTE, Seguro Popular e IMSS) fue en promedio de 45%. (INEGI, 2019) Lo cual indica un parámetro a superar.

Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2020 la CONAMED registró un total de 11, 259 casos, de los cuales 4, 220 fueron por motivos de inconformidad en la atención médica, pública y privada. (CONAMED, 2020, pág. 25 y 26)

Conviene señalar que la CONAMED señala que en el país ocurren de 44, 000 a 88, 000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles. Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente al desarrollo de medios alternativos para la solución de diferendos entre médicos y pacientes, también incluye como objetivo fundamental contribuir a mejorar la calidad de la atención médica por medio del análisis a las quejas de calidad, así como la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios. (Gobierno de la Republica, 2015)

1.3. El Método Costo Beneficio y Costo Efectividad

Las necesidades o demanda a cubrir en el sector son ilimitadas y los recursos para generar una oferta de salud, son escasos.

Un proyecto social como el de generar un sistema de salud único, implica aumentar la oferta del bien salud, que tiene un costo, y satisfacer la mayor demanda posible, que implica el beneficio del proyecto.

El análisis del beneficio puede enfocarse en el paciente. Pero, en una propuesta de integración del Sector Salud se enfoca en quien da el servicio,

atiende al paciente o cliente, o produce el bien. “Es decir, el costo beneficio, en muchas ocasiones parte de que por vocación se tiene el ánimo de dar el mejor servicio y la mejor atención, y que solo hace falta un poco de conducción o de formación para hacerlo técnica, ética o humanamente mejor. La realidad muestra que no es suficiente con tener vocación, estar formado o capacitado. Es además necesario identificar el beneficio para la persona u organización que otorga el servicio.” (Gobierno de la Republica, 2015)

Algunos elementos a considerar en el lado del beneficio se visualizan en el Gráfico 3:



Fuente: (Gobierno de la Republica, 2015)

Gráfico 3

Un análisis de costo – beneficio consiste de cuatro pasos principales, de acuerdo con: (Bravo Pérez, 2011):

- 1) Identificación de los costos y beneficios relevantes.
- 2) Medición de los costos y de los beneficios.
- 3) Comparación de los flujos de costos y beneficios procedentes durante el periodo de vida del proyecto.
- 4) Selección del proyecto.

1. Identificación de costos y beneficios de un proyecto. Se debe distinguir los costos históricos de los económicos. Los primeros no tienen relevancia en la asignación de recursos en el proyecto. Pero, el costo de un trabajador no es lo que ganaba antes sino lo que pierde la economía por el trabajo que deja de hacer.

Aproximación con-sin: compara los costos y beneficios de un proyecto en términos de la utilidad marginal social que hubiera sido ganada con y sin el proyecto. Distinguir efectos reales de pecuniarios: cambios en valores de la propiedad.

2. Valuación de costos y beneficios. Elementos tangibles del proyecto: capital, trabajo, tierra. Precios de mercado, problemas con poder de mercado e impuestos y subsidios. Precio de mercado- costo de producción = transferencia Precio sombra.

Elementos intangibles: costos y beneficios donde no existe información de precios: vida humana, tiempo, moralidad, factores ambientales, cambio climático.

3. Comparación de costos y beneficios. Consiste en calcular el valor presente de los beneficios y costos futuros y compararlos con los costos de inversión.

Los beneficios futuros se descuentan con un factor. ¿Cuál? Análisis financieros: tasa de interés de mercado.

Proyecto privado: maximizar beneficios.

Comparación de costos y beneficios se realiza mediante:

- Tasa privada de preferencia en el tiempo $\neq i$, \rightarrow impuestos.
- Tasa social de preferencia en el tiempo $\neq i$, \rightarrow sociedad y gobierno ponderan distinto la inversión.

En proyectos públicos la tasa de descuento debe reflejar las preferencias de la sociedad.

4. Selección de proyectos.

Los proyectos se jerarquizan en términos de al menos de uno de los tres criterios de selección de proyectos:

- Relación de beneficio/costos > 1
- El valor presente neto > 0 Aunque puede ser valor presente neto negativo evaluados por su eficacia o cumplimiento de objetivos sociales.
- Tasa interna de retorno $i^* > i$ (o la socialmente aceptada).

En proyectos sociales se requiere calcular el costo, pero el beneficio no se calcula en términos monetarios sino en el logro de los objetivos sociales previamente diseñados. Como se sabe, la eficiencia implica reducir costos y aumentar los beneficios monetarios; en cambio la eficacia implica alcanzar el 100% o un valor determinado mayor o menor, de los objetivos de un proyecto social.

Se entenderá mejor si tenemos en cuenta la diferencia entre eficacia y efectividad, incluso en el ámbito de la salud.

“La eficacia mide la capacidad potencial de una intervención sanitaria para conseguir un resultado positivo sobre un estado de salud. La efectividad es la medida del resultado obtenido por una intervención en un problema de salud concreto, pero ya no en condiciones experimentales e ideales, sino en condiciones habituales de actuación al compararse con otras alternativas generalmente más utilizadas en la práctica clínica. La efectividad mide la capacidad real de la intervención sanitaria para obtener un resultado positivo en el estado de salud de una población. La eficiencia es el resultado obtenido por una intervención en un problema de salud concreto, pero relacionado con un consumo determinado de recursos (costos), es decir, mide la razón existente entre la efectividad y el costo.” (Cabo, Cabo, Bellmont, Herrero, & Trainini, 2018)

Entonces para fundamentar un sistema único de salud, es preciso tener un costo, así como tener una medida de su efectividad, en términos de la productividad que se logra salvar gracias a la atención de salud de la población.

1.4. Cobertura Parcial y Cobertura Universal

Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud.” (Mariscal Cancelada, Zamora Suchiapa, & Torre Márquez, 2016)

La cobertura universal “...en salud se define como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud.” (Knaul, Marie Felicia; González-Pier, Eduardo; Gómez Dantés, Octavio et.al., 2013)

En contraste, una cobertura parcial implicaría que sectores importantes de la población se quedan sin o acceden con dificultad a dichos servicios de salud, con consecuencias de sufrir una penuria económica o agravarse sus enfermedades y morir.

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: (1) la afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; (2) la cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y (3) cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo. (Knaul, Marie Felicia; González-Pier, Eduardo; Gómez Dantés, Octavio et.al., 2013, pág. 208)

Aquí el problema es saber que significa “todos”. En México, todos serían los 126,014,024 habitantes, según dato del 2020. Pero no todos los habitantes son homogéneos: unos trabajan y son asegurados en sus fuentes de labor. Otros son independientes y deben auto abastecerse de servicios de salud.

Igualmente es amplísima la diversidad de edades cada una con específica demanda de servicios especializados de salud: ancianos, maduros, jóvenes, niños; a todo lo cual hay que agregar el sexo, pues en México existen 50, 249, 955 hombres y 53, 013, 433 mujeres.

Las enfermedades también son muy diversas, lo cual agrava el problema de homogenización que facilitaría un sistema de salud integral y único.

Cualquier política de salud, incluida la unificación de este, enfrenta grandes retos como son: la crisis mundial de personal sanitario; la falta de pruebas científicas idóneas y oportunas; la falta de recursos financieros, y las dificultades de la rectoría para aplicar políticas sanitarias pro equidad en un entorno pluralista. (Jong-wook, 2003)

No obstante, la universalidad de la salud significa para todos. “De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Los sistemas de salud deben proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios, incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación de calidad y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras". Además señala que "el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C., 2021)

Es por lo anterior importante conocer el concepto de atención primaria, el cual podría ayudarnos a enfocar mejor la propuesta de levantar un sistema único de salud en México.

La atención primaria es un concepto basado en los siguientes principios:

- Acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades;
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- Enfoques intersectoriales de la salud. (Jong-wook, 2003)]

Para organismos internacionales, la Atención Primaria de Salud “...es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.” (Organización Mundial de la Salud, 2021)

En la máxima ley (México. Cámara de Diputados, 2021) se plantea la existencia de un Sistema de Salud para las personas que no cuentan con seguridad social.

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. (Artículo 4º párrafo cuarto).

Es decir, la Atención Primaria de la Salud es primordialmente para las personas que carecen de seguridad social. Se entiende que los que tienen seguridad social por motivos de ser empleados formales privados y públicos, tienen su propio esquema de salud.

Se deduce entonces que la Universalidad que se busca es atender a la población que no tiene seguridad social, con lo que la cobertura total quedaría completada. El Sistema de Salud para esta población es el que se trata para lograr la integración única de mando.

Aún queda por hacer algunas precisiones. (Cruces, 2006) Como “...debe distinguirse la cobertura legal de la efectiva.² Mientras que la primera refleja una disposición legal y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, la cobertura efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud...” Como ejemplo tenemos que una ley puede señalar el derecho a la atención sanitaria de toda una población objetivo, pero al llevarse a la práctica “...el acceso efectivo a los servicios requeridos se restringe en la práctica mediante listas de espera o se segmenta mediante múltiples esquemas de aseguramiento.

Igualmente hablar de Cobertura debe distinguirse de la afiliación. La cobertura universal en salud implica tres dimensiones que responden a las preguntas: ¿a quién cubre el sistema de salud?, ¿qué servicios cubre el sistema de salud? y ¿cuánto aporta el sistema de salud? (CIEP, 2020) De lo que se deduce que la filiación se refiere a la especificidad de la cobertura: si es niño se

² El autor señala Véase en Madies, Chiarvetti y Chorny (2002) un análisis sobre la cobertura “real” (o efectiva) y la “teórica” (o legal) en la región.

atiende en el área o subsistema infantil, si es una madre embarazada se afilia a esas condiciones de salud.

La propia cobertura puede ser utilizada como un medio de evaluación del desempeño de la atención a la salud en México, por ejemplo, en el 2009 "...su cálculo refleja el porcentaje de la población que ante una necesidad de atención de salud utiliza servicios de calidad. El componente de calidad en este trabajo se mide por el tiempo de espera y la percepción de eficacia de los servicios recibidos. Aunque existe una cobertura por afiliación a las instituciones públicas federales de salud del 89.5% y una cobertura universal del sistema público de salud del 22.5%, la cobertura efectiva por tiempo de espera es de 17.3% y por percepción de calidad es de 18.9%. (CIEP, 2020)

1.5. Sistemas Únicos o Diferenciados: Ventajas y Desventajas

En este apartado se harán algunas reflexiones sobre la unificación del sistema de salud en México. Es decir, la unificación de todas las acciones de salud que se realizan en el Sistema de Salud, en una sola autoridad y sistema homogéneo.

La unificación puede entenderse como el mando único que agrupa los hospitales federales del país, y la homologación en: operación evitando distintas reglas o procedimientos, capacitación, conocimientos, procedimientos, equipamiento, salarios, en el ámbito federal, estatal y municipal.

También unificar implica destinar y ejercer recursos económicos, que ahora no arrojan los resultados equiparables a lo proporcionado, evitando que no se apliquen de manera dispar y se desperdicien, en todos los hospitales que forman el sistema de salud, los salarios igualmente se tendrán que unificar.

Unificar sistemas de información y de comunicación entre los entes agrupados, para resolver problemas in situ y en tiempo real.

Unificación de citas para pacientes, de tal forma que el enfermo asista a la hora exacta y en el hospital adecuado, sin hacer espera.

Como alguna vez se dio en la unificación de las fuerzas de seguridad, el principal obstáculo ha sido la competencia de poderes entre niveles de gobierno, como entre los administradores de cada centro u hospital de salud pública.

Haciendo un símil de obstáculos en la unificación de la seguridad pública (Luna Leal, 2014), en materia de salud se debe tener en cuenta: los distintos modelos locales de atención a la salud que se han generado, se elimina la localía o bondad del hospital local de salud pública, lesión de autonomías municipales y soberanías estatales, el peligro de jerarquías muy acentuadas al recaer el mando del sistema de salud en un solo personaje o grupos de personas, problemas de despido y contratación de personal por recomendación y no por calidad, el no aprovechar la experiencia personal del personal sanitario que enfrenta los problemas día a día.

La unificación del sistema de salud en cuanto a mando, distribución de medicinas, procedimientos clínicos, manejo de presupuestos y de pagos de sueldos y salarios, además, enfrenta otras problemáticas a resolver.

“Excesiva fragmentación territorial y funcional del sistema de atención a la salud, particularmente en su vertiente pública.

Confusión funcional entre el sistema de seguridad social (pensiones y otras prestaciones laborales) y el sistema de salud bajo el control de una misma institución, con posibles interferencias en lo que a uso de los recursos financieros se refiere.

Debilidad de los criterios de planeación de la oferta de servicios de salud derivada de la insuficiencia de diagnósticos y decisiones de política que permitan definir estrategias de salud que respondan a las previsiones demográficas y epidemiológicas del país.

Deficiencias en el modelo de atención a la salud asociadas a la organización institucional, limitado acceso al sistema de salud, limitaciones de infraestructura y recursos humanos, y en la calidad y efectividad de la atención médica. Atención a la salud de naturaleza predominantemente curativa en vez de preventiva. Inadecuación de la oferta de servicios de salud con la demanda, que supone la desvinculación entre las condiciones epidemiológicas y geográficas del país y la atención efectiva de servicios médicos de las instituciones de salud pública, lo que facilita que los servicios de salud sean determinados por el lado de la oferta más que de la demanda.

Persistencia de grupos de población sin cobertura por afiliación y duplicidad en el registro de derechohabientes.

Desigualdad y problemas de acceso efectivo para toda la población, asociados a la condición de aseguramiento, el funcionamiento institucional y la ubicación geográfica.

Inexistencia de un paquete básico de servicios de salud de calidad que implique la atención a las necesidades médicas elementales de toda la población.

Elevada participación del sector privado sin regulación rigurosa, lo que implica la intervención competitiva de servicios privados de salud con el sector público, en lugar de ser complementaria.

Insuficiencia del gasto público y baja capacidad fiscal de la hacienda pública para hacer frente a los requerimientos de un Sistema Nacional de Salud (SNS) con estándares internacionales.

Ejercicio deficiente del gasto público y de las administraciones institucionales, distracción de recursos públicos y falta de rendición de cuentas, particularmente a nivel estatal.

Elevado gasto privado y de bolsillo, lo que está relacionado con la debilidad del gasto público en el SNS.

Descentralización asimétrica entre los estados derivada de las diferencias en la responsabilidad asumida sobre la delegación de competencias de salud, que ha propiciado desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Existencia de sistemas de información desarticulados y parciales en las distintas instituciones del sistema público.

Escasa e inadecuada inversión en infraestructura física en salud, que contrasta con los recursos públicos asignados a gasto corriente.

Desequilibrios en la dotación y calidad de recursos humanos, financieros y materiales con respecto a las necesidades de cada entidad federativa.

Falta de capacidad de rectoría de la Secretaría de Salud (SS) en funciones de planeación, regulación y dirección institucional.

Falta de articulación entre los niveles de atención (principio de médico referente) que regularía la canalización de los pacientes desde las unidades de atención primaria hasta las unidades de alta especialización.

Ausencia de claridad en el proceso de construcción de un Sistema Nacional Público de Salud, ya que no existe consenso sobre la cobertura, financiamiento y la participación del sector privado en el modelo de salud a seguir". (Martínez Soria, Solas, Morales, Sauma, Díaz Peña, & da Silva, 2016)

Es preciso tener en cuenta el concepto de Centralización, muy relacionado con la propuesta de unificación del sistema de salud, que sucede "...cuando los poderes de decisión o de proceso dentro de una organización cualquiera tienden a converger en una misma instancia, o dicho de manera más simple, cuando todo el poder o todas las obligaciones tienden a caer en una misma instancia organizativa." (Equipo editorial Etece, 2021) Igualmente se refiere a también en el de "estado o situación de unidad u homogeneidad." (Méndez, 1970)

El centro positivo de una centralización sería mejorar el control en la atención de la salud de la población. Con ella, se facilitaría la vigilancia, la toma de decisiones única, la fiscalización de los recursos y la especificidad de la organización, dado que se crean núcleos de decisión o de procesamiento de las distintas tareas, evitando que las labores se dupliquen, se repitan o se dispersen. (Equipo editorial Etece, 2021)

Conviene señalar el concepto de órgano central: "La imagen es la siguiente (Gráfico 4): la competencia —si se trata de gobierno, la autoridad—, irradia del órgano hacia cada uno de los individuos que componen la colectividad, sin distinción; cada uno de ellos proveniente de él, le está como ligado por una especie, de rayo; o, todavía, para todos, un acto dado procederá del mismo punto, emanará del mismo hogar, que, comunes, merecen el epíteto de centrales. El órgano constituiría así un centro, pero no del sistema orgánico sino de la colectividad. En la figura 1 puede verse expresada gráficamente esta concepción. No hay un conjunto o serie de órganos ordenados, sino únicamente uno, el central (A), que lo es de la colectividad, representada por el círculo mayor (B), en el que cabe un número indeterminado de individuos. Se ha señalado alguno (C) para la necesaria materialización. El carácter de central lo da la irradiación (líneas AC) de

un órgano común (A), que puede llegar indistintamente hasta todos los individuos que se encuentren en el círculo (B).” (Méndez, 1970)

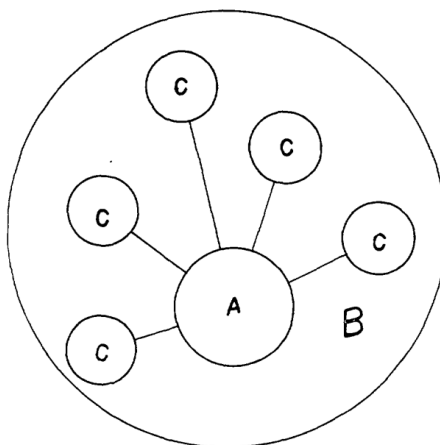


Gráfico 4

A sería entonces el sistema de salud, C los demandantes de servicios de salud y B la colectividad o el resto de la población.

En este sistema representaría la parte externa de la unificación, pues queda representada la población a atender en materia de salud por la letra C. Así el sistema de salud unificado sería el representado por la letra A, pues es el que atenderá a los individuos C que demandan salud.

Paralelamente, hacia el interior también sucede la centralización. El sistema de salud unificado puede ser en la parte superior, "...a la cabeza (Gráfico 5), de acuerdo con una representación convencional que expresa su carácter de jefe o jerarca máximo (A). Los demás órganos señalados en las distintas líneas jerárquicas (Ab, Ac, Ad, Ag) con números que indican su grado en ellas, son subordinados o jerarquizados. Algunos de esos órganos subordinados (línea Ad, núm. 1, por ejemplo), aparecen como centrales en grado inferior con relación a los números 2 y 3 de la línea Ac, 2, 3 y 4 de la Ad y 2, 3 y 4 de la Ae. Pero en la terminología adoptada para la materia siempre se considera órgano central al jerarca máximo (A). Los órganos integrantes de cada línea, tienen prelación jerárquica en orden descendente, de tal manera que, siendo subordinados del que los precede, son jefes de los de grado inferior hasta agotar la línea. Pero, aunque haya, como acabamos de ver, órganos centrales secundarios en número variable, el sistema centralizado se caracteriza por disponer de un órgano central único, ya que aquéllos no tienen categoría de centrales frente al jerarca máximo.

Es con este sentido como debe entenderse al órgano central único como determinante o exclusivo de la centralización. (Méndez, 1970)

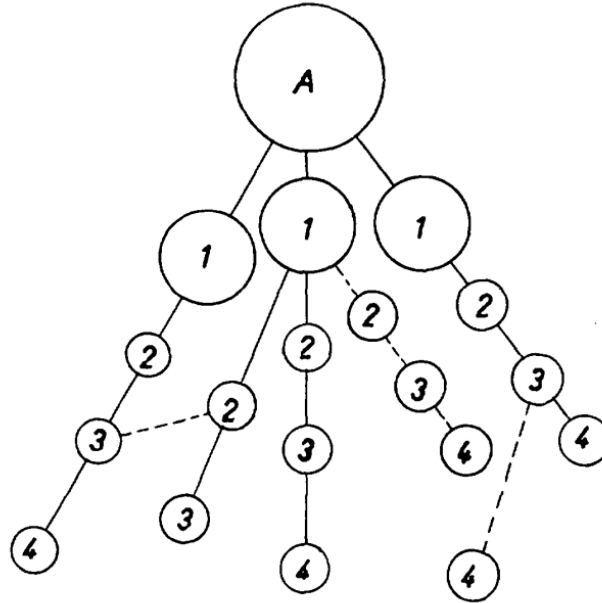


Gráfico 5

Por último, debemos considerar que “toda centralización genera jerarquías y establece dinámicas de jefatura, por lo que se trata de un sistema idóneo para los liderazgos fuertes. (Equipo editorial Etece, 2021)

2. Sistemas y Modelos Vigentes de Salud

Los elementos constitutivos de un sistema de salud pueden organizarse e interrelacionarse de diversas maneras, conformando así un modelo específico de sistema de salud. Un Modelo es una visión reducida de la realidad, por ello se hará referencia a la descripción reducida de algunos sistemas de salud que prevalecen en diversas naciones.

El modelo inicial consistía en una “...relación médico-paciente que se entendía como una relación privada y la asistencia sanitaria como un bien individual.” (Seguí-Gómez, Toledo Atucha, & Jiménez-Moleón, 2013, pág. 419)

A partir de ese modelo inicial, debido a que las enfermedades tienden a crear situaciones de desamparo y quebranto económico expresado en el ciclo económico de la enfermedad, los sistemas de salud se han convertido en más complejos con la creciente intervención estatal en el bienestar de sus gobernados.

Los elementos que se distribuyen para su mejor uso de manera específica en cada país son:

- El tipo de población para el que se oferta servicios de salud.
- La especialización médica.
- El acceso al servicio por parte del demandante.
- El procedimiento clínico y médico que se sigue.
- El financiamiento de los servicios.
- La infraestructura.
- El tipo de participación del gobierno y del sector privado.
- Los sueldos y salarios.

En este capítulo se describen algunos de los sistemas que predominan en varios países, que pueden servir para sustentar la tesis de crear un Sistema Único de Salud (SUSA).

2.1. El Modelo Privado de Salud como Origen del Servicio

Se inicia con este modelo de atención a la salud, porque es el origen y fundamento de cualquier sistema de salud.

El servicio de atención a la salud en el sector privado, consiste en una relación inicial entre paciente y médico. Este hecho es muy personal, individual, secreto y único. Si a esto se agrega que el paciente paga con sus propios recursos la atención médica se asiste al modelo de salud privada (Gráfico 6).

La salud privada así es considerada como un bien privado, es decir, el individuo beneficiado excluye al resto de la población, quien además al desplazar a los demás de la atención que recibe de parte del médico privado, reduce la oferta de salud privada dando así la característica de rivalidad al bien privado salud.

Modelo privado de atención a la salud

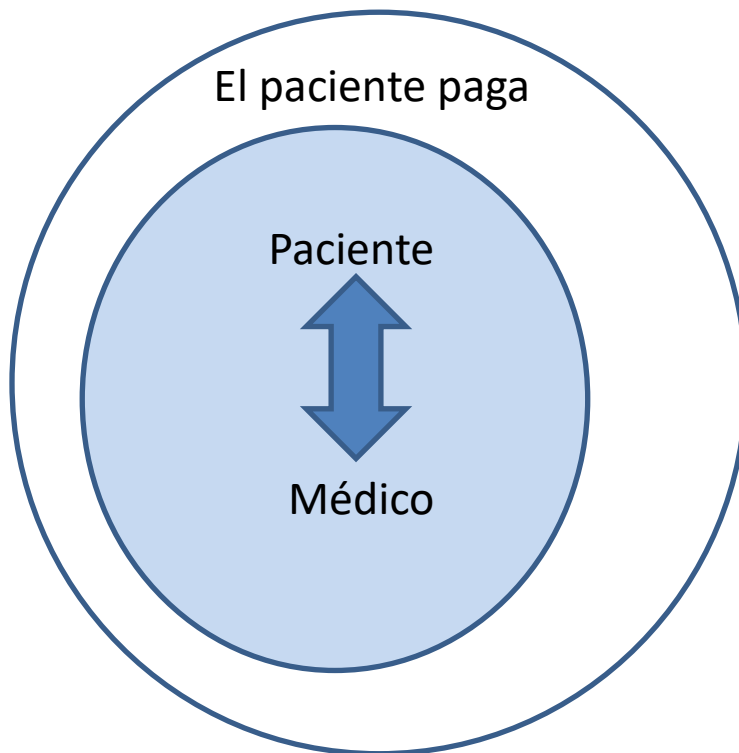


Gráfico 6

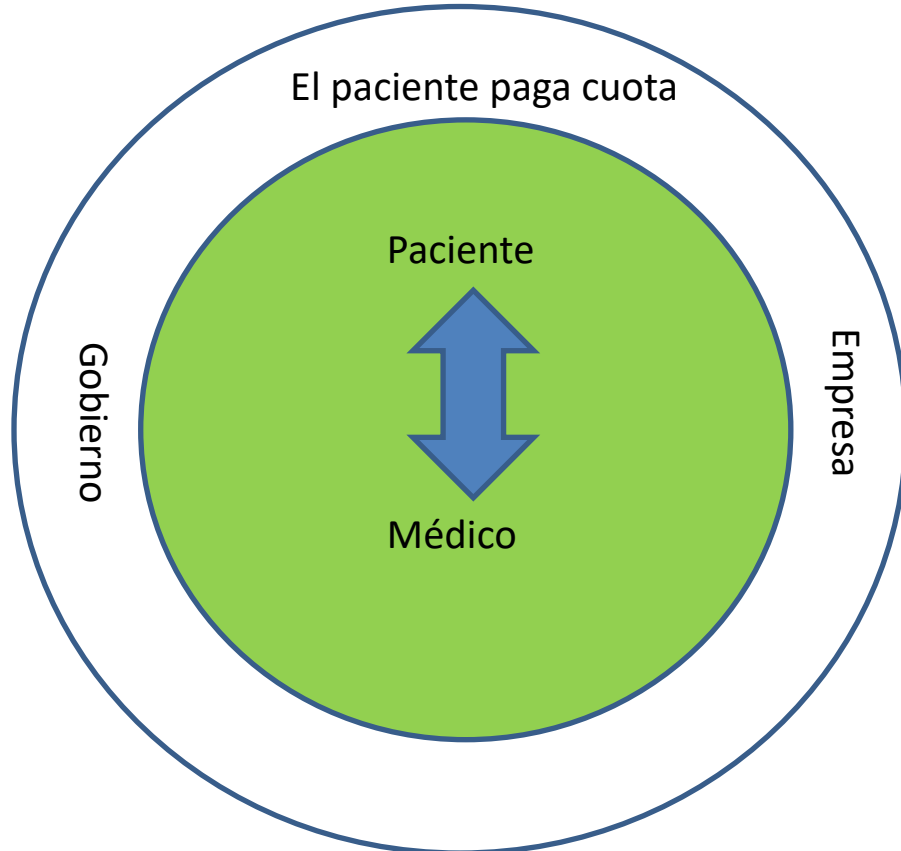
En este modelo de atención a la salud se paga un precio por el servicio, el cual puede ser relativamente alto para muchos individuos que se ven entonces, excluidos del consumo del servicio de salud privada.

Esta privatización de la salud es atendida por empresas, consultorios de médicos individuales, sociedades pequeñas de especialistas y por grandes hospitales privados. Por ejemplo, Hospital Ángeles Universidad que dice contar

con los mejores especialistas de la salud, cuenta con 142 consultorios, 100 camas, 10 quirófanos, la más avanzada área de urgencias y la Terapia Intensiva neonatal más moderna del país. 46,500m² de construcción. Se considera un gran salto al futuro de la salud. (Hospital Ángles Universidad, 2021)

Todo acto de atención a la salud es originalmente exclusivo, individual, secreto y privado. Pero, cuando se concreta la forma de pago es donde comienzan las diferencias. Como dice (Chávez, 1996) "... lo mejor sería clasificar los sistemas de salud de acuerdo con la fuente de financiamiento y la estructura organizativa básica y considerar las particularidades de cada país. En efecto,

Modelo semi público o tripartita de atención a la salud



cuando el servicio de salud obtenido por cada individuo parte de la misma relación parte por el mismo paciente por sus cuotas de empleado, las del empresario que lo contrata y las aportaciones del gobierno (Gráfico 7).

El modelo que podríamos considerar gubernamental, consiste en que la relación paciente médico es financiada en su totalidad por el gobierno (Gráfico 8). Es un sistema de salud gratuito para un amplio sector de la población que, por razones de empleo, no tiene acceso a la salud financiada de manera personal porque le representa un gasto catastrófico, y sólo le queda el camino de la gratuidad, en base al financiamiento del gobierno, quien a su vez lo hace de los impuestos recaudados y contratación de deuda.

Modelo Público de Salud gratuito

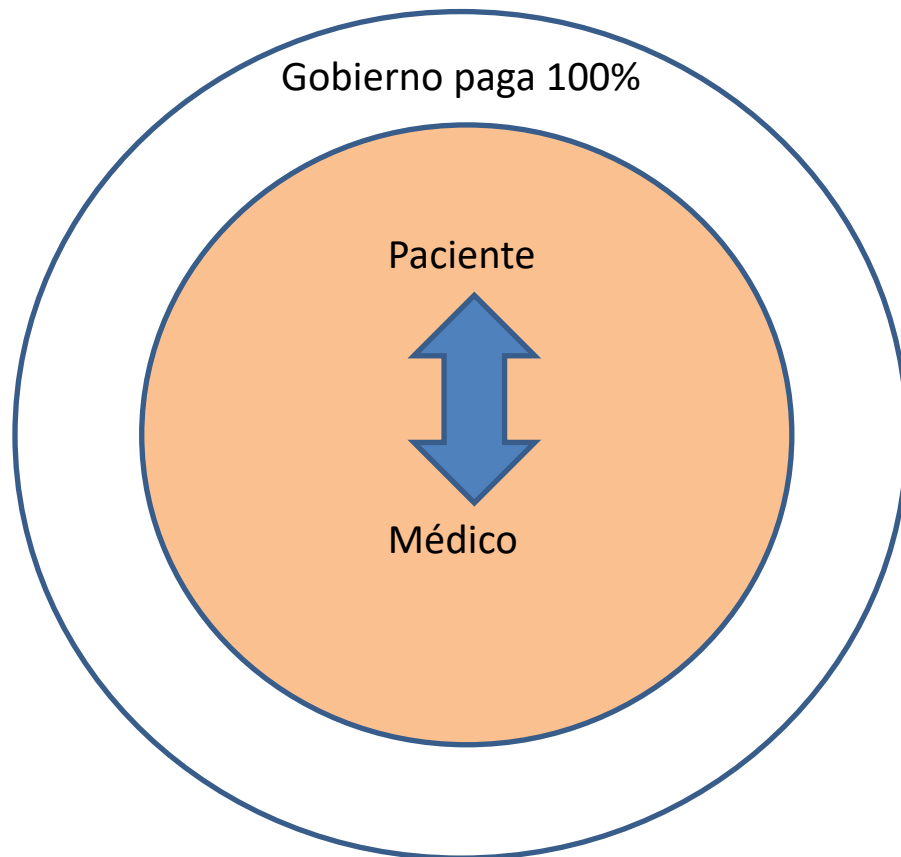


Gráfico 8

Con base en (Valdés-Olmedo, 1988, pág. 38) podemos señalar, en general, que los modelos de sistemas de salud pueden ser tripartitas (empleados, empresarios y gobierno), bipartitas (empleados y gobierno como el caso del ISSSTE) y unipartitas como el privado y el gratuito suministrado, este último, por el gobierno.

Cabe señalar que esos modelos reducidos de la realidad son mucho más complejos, tanto por sus características propias como por su combinación que se da en los millones de actos de salud que suceden a diario (Gráfico 9).

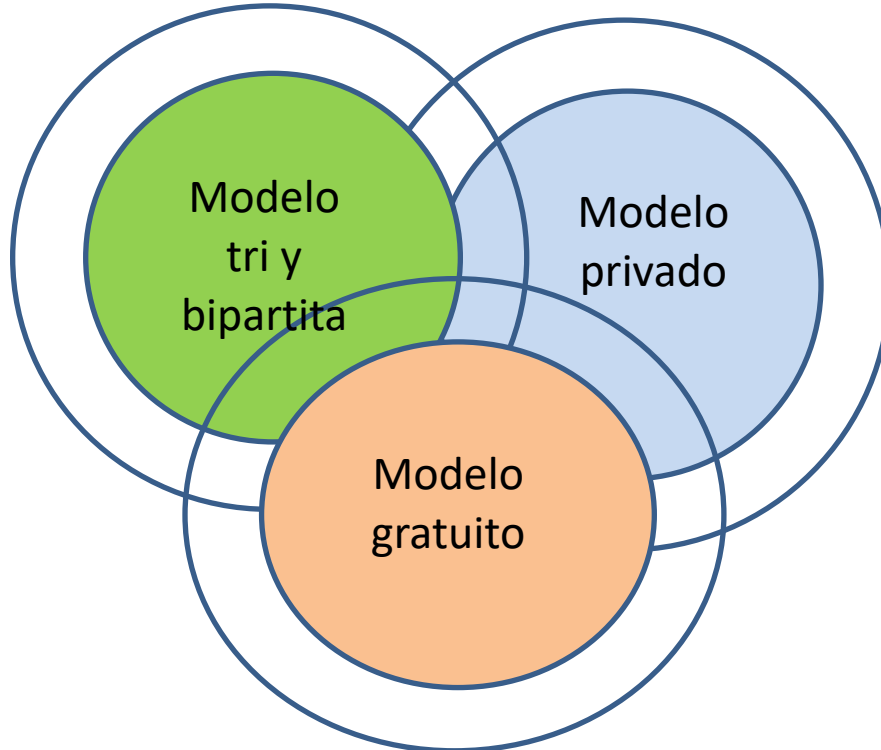


Gráfico 9

Los modelos en los que participa el gobierno, son producto de decisiones políticas y soberanas por parte del Estado, y no del carácter técnico económico de su producción (Martner G. , 2004, pág. 38), como es el caso del modelo exclusivamente privado graficado anteriormente.

El aprovisionamiento de salud pública además surge de la "...la necesidad de prestar atención médica a grupos definidos de la población. Este carácter selectivo encuentra una justificación ética en el hecho de que los grupos amparados ocupan una posición estratégica en la sociedad. (Chávez, Sistemas de atención de salud (I), 1996).

En cuanto a la estructura organizativa la atención de salud puede participar múltiples elementos, desde instituciones benéficas (que financian la salud con caridad), hasta centros de salud pública gratuitas.

Ya más cercanos a la realidad, el sistema de salud lo conforman clínicas, centros de salud, hospitales, las universidades a través de sus carreras biomédicas, organismos no gubernamentales, secretarías de salud, instituciones de seguridad social, instituciones de asistencia privada, consultorios médicos, instituciones de carácter privado, y muchas otras formas organizativas.

Fuentes de Financiamiento

Fuentes de recursos para protección social, 1995-2005 (porcentaje del total de ingresos)

	Contribuciones del gobierno general			Contribuciones sociales									Recibos de octubre		
	Año			Total			Empleados			Individuos protegidos					
	1993	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Austria	34.4	32.5	33.1	64.6	66.2	65.3	38.5	39.1	37.9	26.1	27.1	27.4	0.9	1.3	1.6
Bélgica	26.1	25.3	24.7	71.1	72.2	73.4	49.0	49.9	51.4	22.1	22.3	22.0	2.9	2.5	1.9
Bulgaria	n.a	n.a	36.1	n.a	n.a	60.7	n.a	n.a	42.4	n.a	n.a	18.3	n.a	n.a	3.1
Chipre	n.a	45.0	53.7	n.a	37.3	34.7	n.a	20.5	19.7	n.a	16.8	13.0	n.a	17.7	11.6
Rep. Checa	20.8	25.0	18.1	78.1	73.8	80.7	53.4	49.8	54.3	24.7	24.0	26.4	1.2	1.2	1.2
Estonia	n.a	20.6	20.4	n.a	79.0	79.4	n.a	79.2	79.0	n.a	n.a	0.4	n.a	0.2	0.1
Dinamarca	69.7	63.9	63.2	24.0	29.4	28.8	10.2	9.1	10.3	13.8	20.3	18.5	63	6.7	8.0
Filandia	45.8	42.9	43.7	47.4	50.0	50.2	33.7	38.0	38.8	13.7	12.0	11.4	69.0	7.0	6.1
Francia	21.5	30.3	30.6	74.9	65.9	65.6	47.4	46.0	44.7	27.5	19.9	20.9	3.5	3.8	3.8
Alemania	28.3	31.8	35.6	69.2	66.1	62.7	40.5	38.5	35.0	28.7	27.6	27.7	2.5	2.1	1.6
Grecia	29.0	29.2	30.7	60.9	60.8	58.4	37.4	38.2	35.5	23.5	22.6	22.9	10.0	10.0	11.0
Hungría	n.a	31.6	34.8	n.a	59.8	57.9	n.a	47.0	42.0	n.a	12.8	15.9	n.a	8.7	7.3
Islandia	62.8	58.3	53.9	36.3	40.2	40.0	22.3	25.1	24.7	14.0	15.1	15.3	0.8	1.3	6.1
Italia	30.0	40.6	41.4	67.6	57.7	57.0	50.3	42.8	41.7	17.3	14.9	15.3	2.3	1.6	1.6
Letonia	n.a	33.5	35.3	n.a	66.5	64.0	n.a	50.2	47.1	n.a	16.3	16.9	n.a	0.0	0.7
Lituania	n.a	38.9	39.6	n.a	59.6	59.8	n.a	53.7	53.8	n.a	5.9	6.0	n.a	1.5	0.5
Luxemburgo	47.0	46.9	45.3	47.8	48.5	51.3	25.9	24.7	26.9	21.9	23.8	24.4	5.2	4.6	3.4
Malta	32.3	30.5	34.5	64.2	66.8	62.7	45.5	45.3	43.5	18.7	21.5	19.2	3.4	2.6	2.8
Países bajos	17.1	14.4	19.9	63.8	67.5	67.8	21.0	29.4	33.4	42.8	38.1	34.4	19.2	18.1	12.3
Polonia	n.a	32.5	39.2	n.a	55.3	50.3	n.a	30.5	28.0	n.a	24.8	22.3	n.a	12.2	10.4
Portugal	31.9	39.1	42.2 ^a	53.6	53	47.4	35.9	35.6	31.7 ^a	17.7	17.4	15.7 ^a	14.5	7.9	10.4
Rumanía	n.a	n.a	11.7	n.a	n.a	73.2	n.a	n.a	49.7	n.a	n.a	23.5	n.a	n.a	15.0
Eslovakuía	35.5	31.0	14.0	62.6	66.8	80.5	46.4	48.3	62.0	16.2	18.5	22.4	1.9	2.2	1.5
Eslovenia	n.a	31.5	31.7	n.a	66.3	67.4	n.a	27.0	27.4	n.a	39.3	40.0	n.a	2.2	0.8
España	30.3	29.4	33.3	67.1	68.0	64.5	50.0	51.8	48.9	17.7	16.2	15.6	2.7	2.6	2.1
Suecia	49.8	45.8	48.0	42.3	49.9	49.8	37.0	40.5	41.0	5.3	9.4	8.8	7.9	4.3	2.3
Reino Unido	50.5	46.4	50.5	47.9	52.4	47.9	25.4	29.9	32.4	23.3	22.5	15.5	0.9	1.2	1.6
EU 27	n.a	n.a	37.6 ^a	n.a	n.a	59.1 ^a	n.a	n.a	38.3 ^a	n.a	n.a	20.8 ^a	n.a	n.a	3.4 ^a
EU 25	n.a	35.4	37.7	n.a	60.9	59.0	n.a	38.7	38.2	n.a	22.2	20.8	n.a	3.6	3.3
EU 15	32.1	35.6	37.9	63.9	60.9	58.9	39.2	38.7	38.2	24.7	22.2	20.7	4.0	3.5	32.0
Noruega	62.2	60.5	55.8	37.0	38.4	44.1	22.6	24.4	29.5	14.4	14.0	14.6	0.9	1.1	0.1
Suiza	19.2	21.0	22.2	62.0	60.4	59.7	31.8	29.3	27.6	30.3	31.1	32.1	18.8	18.6	18.0

Fuente: (Cabo Salvador, 2020)

Fuente original: Eurostat, base de datos de ingresos de las condiciones de vida y bienestar y protección social, 2008.

Gráfico 10

Igualmente se debe tener en cuenta que, de acuerdo con el tipo de intervención del Estado en la atención médica surgen sistemas como: "...el seguro social, la asistencia pública y servicio universal, o bien aquélla que realiza una distinción entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio de salud. (Chávez, Sistemas de atención de salud (I), 1996)

EVOLUCIÓN GASTO SANITARIO PÚBLICO/GASTO SANITARIO TOTAL

PAIS	1960	1970	1980	1990	1996	2002
Alemania	66.1	72.8	78.7	76.2	80.6	78.5
Australia	50.4	56.7	63	62.5	66.1	66.5
Austria	69.4	63	68.8	73.5	69.7	69.9
Bélgica	61.6	87	83.4	88.9	71.1	71.2
Canadá	42.6	69.9	75.6	74.5	70.9	69.9
Dinamarca	88.7	86.3	87.8	82.7	82.4	83.1
España	58.7	65.4	79.9	78.7	72.4	71.4
Estados Unidos	23.3	36.4	41.5	39.6	45.6	44.9
Filandia	54.1	73.8	79	80.9	75.8	75.7
Francia	62.4	75.5	80.1	76.6	76.1	76
Grecia	64.2	42.6	55.6	53.7	53	52.9
Irlanda	76	81.7	81.6	71.9	71.4	75.2
Islandia	66.7	66.2	88.2	86.6	83.3	84
Italia	83.1	86.9	80.5	79.3	71.8	75.6

Fuente: (Héctor Ochoa, Francisco vallejo, & José Ruales, 1999)

Gráfico 11

Debido a la gran diversidad de unidades de atención a la salud, pasaremos a reseñar algunos sistemas públicos para tener más elementos que sustente la posibilidad de implantar un sistema único de salud en México.

2.2. España

El inicio del sistema de salud denominado de cobertura amplia, surge "...en los gremios medievales, quienes realizaban la contratación de un médico para atender a sus miembros y familiares, siendo retribuidos por ello mediante un

sistema capitativo ³ que cubría la atención sanitaria con independencia del estado de salud...” (Cabo Salvador, 2020) de los maestros, artesanos y aprendices.

El esquema español se basa en la Atención Primaria, el cual se paga por «cartilla», capitación, que después se hizo desaparecer por el pago por salario, y finalmente se ha conservado como modelo mixto (salario más capitación propiamente dicha, en torno al 15% de los ingresos mensuales) ...” (Cabo Salvador, 2020)

Hoy en día el sistema español de salud financiado por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo Beveridge con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado. (Cabo Salvador, 2020)

El eje organizativo es el gobierno central a través del Ministerio de Sanidad que asume la responsabilidad de áreas estratégicas como la coordinación general y la legislación sanitaria básica; la definición de la cartera de servicios básica del Sistema Nacional de Salud (SNS); la política farmacéutica; y la educación sanitaria de pre y posgrado; y la gestión, es decir, el Ministerio tiene el poder legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas.” (Cabo Salvador, 2020)

La práctica en sí de la atención a la salud de la población se descentraliza en las 17 comunidades autónomas que conforman España, mismas que “...tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central. Dentro del Ministerio y con participación de todas las comunidades autónomas se crea el Consejo Interterritorial de Sanidad con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema. (Cabo, Cabo, Belmont, Herrero, & Trainini, 2018)

En cuanto a la centralización, el sistema español (Cabo Salvador, 2020) enfatiza la Atención Primaria más orientada a aumentar su capacidad de resolución de problemas que a la mejora de la coordinación, existiendo todavía

³ La financiación capitativa es un sistema de financiación que consiste en asignar al conjunto de proveedores de cuidados de una zona geográfica determinada, un fondo económico por cada persona de dicha zona que está incluida dentro de la población protegida, durante un periodo determinado (un año).

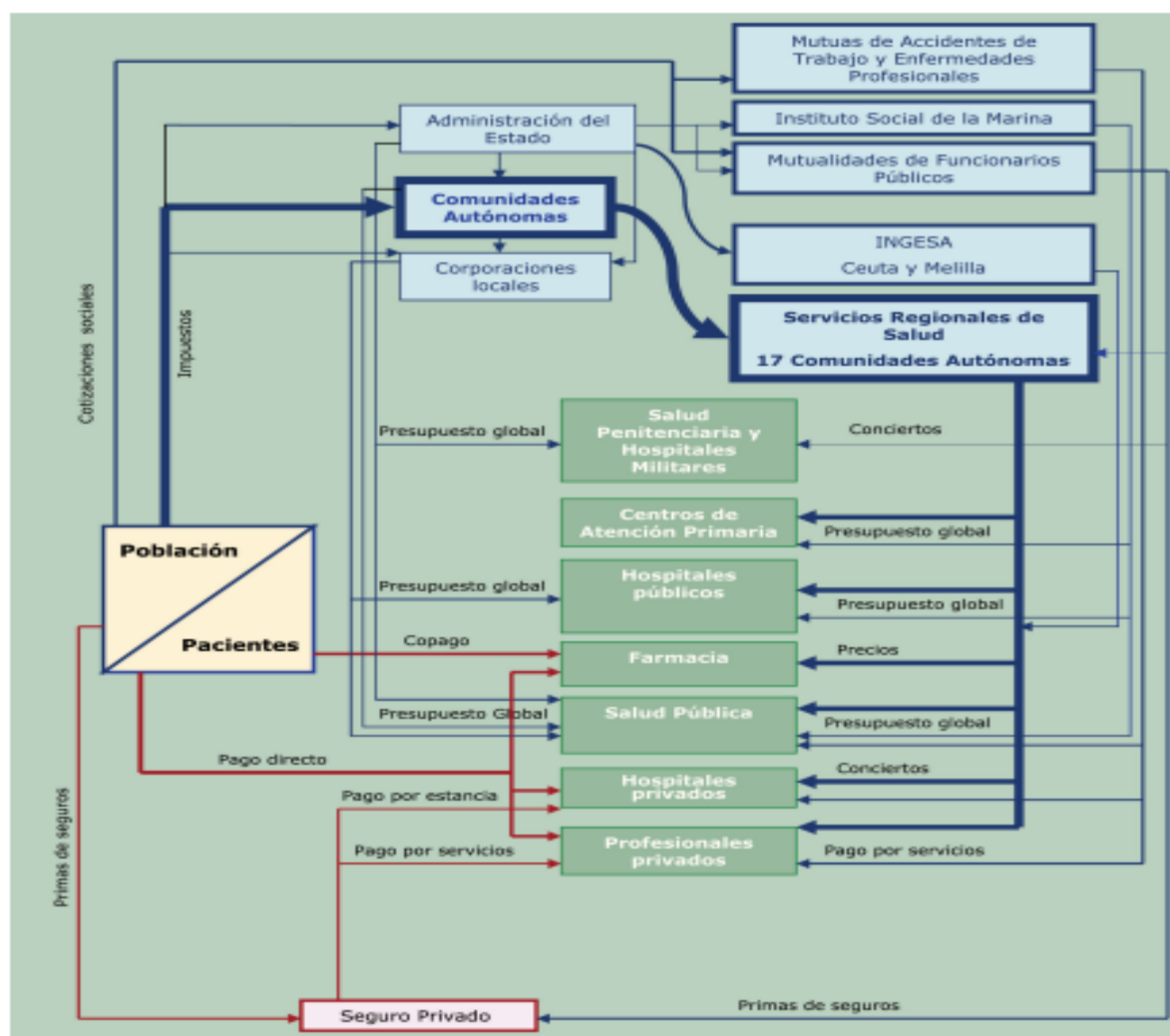
Este fondo económico (cantidad monetaria) se caracteriza por:

- Ser equivalente al gasto teórico en servicios de salud de una persona durante el periodo definido.
- Estar ajustado en función de determinadas características socio-demográficas y de salud de la población de dicha zona geográfica.
- Ser independiente del nivel de utilización de servicios sanitarios que se produzca durante el periodo de tiempo determinado. (Fernández, 2005)

lagunas muy importantes en el sistema como son la coordinación absolutamente necesaria entre asistencia primaria y especializada; la Gerencia Única entre los Centros de Salud y el Hospital de Referencia...”

Conviene resaltar el esquema del sistema español en cuanto a que: “...nunca hubo un sistema de cita previa, ni en Atención Primaria ni con los especialistas, pues se daba por supuesto que los pacientes debían ser atendidos en el día, según orden de presentación en la consulta o en el ambulatorio, donde al llegar se pedía «la vez» para un orden de visita. (Cabo Salvador, 2020)

Flujos financieros del sistema público español. Reforma del 2002



Fuente: (Ministerio de Sanidad, 2008)

Gráfico 12

La asistencia sanitaria en España es una prestación no contributiva (es decir no la pagan los demandantes de salud) cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad.

Flujos financieros

Financiación del gasto por sectores	Estructura porcentual
Administración Central	3,00
Sistema de Seguridad Social	2,53
Mutualidades de funcionarios	3,40
Comunidades Autónomas	89,81
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,01
Corporaciones locales	1,25
Gasto sanitario público	100,00

Fuente: (Ministerio de Sanidad, 2008)

Gráfico 13

Cada una de las comunidades autónomas deciden cómo organizar y proporcionar los servicios sanitarios y configuran su mapa sanitario con divisiones territoriales en las mencionadas Áreas Sanitarias que tienen la responsabilidad de dar cobertura sanitaria a la población adscrita a su Área. Esta distribución recientemente está siendo cambiada en alguna de las comunidades autónomas, como la de Madrid a favor de la creación de un Área Única Sanitaria de gestión y planificación. (Cabo Salvador, 2020)

En el sistema español el beneficiario contribuye a pagar (copago) los enseres y medicinas farmacéuticas, a excepción de los jubilados. La cobertura es universal que llega al 99,8% de la población, incluyendo indigentes y población inmigrante. Los funcionarios pueden optar libremente a la asistencia dentro de la asistencia pública del SNS o por la asistencia sanitaria privada a través de alguna de las aseguradoras concertadas. Existen aseguradoras privadas que ofrecen cobertura adicional complementaria que a menudo se compra para paliar las largas listas de espera diagnóstica y quirúrgica del SNS. En el 2003 el 18,7% de la población tenía contratado algún tipo de seguro privado. (Castro Ruz, 2003)

Se mencionan al menos 6 problemas que actualmente caracterizan al Sistema Nacional de Salud en España:

1.- Desprotección de la innovación. El sistema de protección intelectual es clave para las empresas innovadoras. Los laboratorios, por ejemplo, calculan que tardan entre 10 y 15 años en sacar al mercado un medicamento, con miles que se quedan por el camino, y que ese desarrollo puede costar más de 2,000 millones de euros. Esto se debe a que el Congreso ha llegado a aprobar si deberían concederse licencias obligatorias (permiso para saltarse las patentes y fabricar más barato) en algunos casos.

2.- Falta de involucración del paciente. La población tendrá que formarse para ser más activo en su cuidado, por ejemplo, con el uso de tecnología en su domicilio.

3.- Merma de la capacidad de decisión de los médicos. Los profesionales ven limitada su capacidad de elegir un tratamiento u otro porque deben seguir protocolos fijados por las Administraciones (por ejemplo, recetar solo lo que sale en su ordenador o lo que ha decidido comprar el gestor de un hospital).

4.- Inequidad territorial. Problema generado por la descentralización de la salud a las Comunidades Autónomas, y consiste en no convence la idea de que una comunidad pueda ofrecer una asistencia distinta de la de al lado. La solución sería que "si una agencia hace una evaluación, su resultado sirva para todas". A este sistema se añaden los sistemas de evaluación de cada hospital, de manera que la inequidad no es solo entre comunidades, sino entre centros del mismo lugar.

5.- Disparidad en la toma de decisiones. Cuestiones como las distintas regulaciones autonómicas o distintos plazos de pago implican inseguridad para las empresas que deben invertir en innovar. Destaca la "escasa colaboración entre los diferentes agentes del sistema de salud con dificultades para poner en marcha acuerdos de colaboración público-privada, así como reducido conocimiento y desarrollo de los modelos de compra pública innovadora y compra pública de innovación que faciliten la actualización tecnológica de nuestra Sanidad".

6.- Falta de criterios estratégicos. Mientras las medidas presupuestarias tienen un objetivo de un año, y los plazos políticos son de cuatro, el de muchas

enfermedades es mucho más largo (las crónicas, para toda la vida). Esas disparidades, unidas a la falta de datos que se mencionó anteriormente, lastran la toma de decisiones de inversión. No es lo mismo plantear la adquisición de una máquina, por ejemplo, si solo se piensa en su coste a pagar el primer año que si se consideran sus beneficios para la salud a lo largo de 20. Esta visión también debería llevar a desinvertir en tecnología obsoleta, advierte el trabajo. (De Benito, 2017)

Al calor de la Pandemia de COVID, el 41% de los ciudadanos coincide en que el principal problema de su sistema sanitario son los tiempos de espera para acceder a los tratamientos, seguido de la falta de personal (39%), y del coste de los tratamientos (31%). Mientras que el año pasado (2020) la ciudadanía veía la falta de personal como el mayor problema de la sanidad pública (55%), en este estudio son los elevados tiempos de espera los que ocupan la primera posición (52%), siendo el país junto a Reino Unido donde más ha crecido esta percepción (+9 puntos). La carencia de profesionales pasa al segundo puesto bajando hasta el 51% y, en tercer lugar, se señala la falta de inversión en el sistema (40%). (pronoticias, 2021)

España		
Año	Gasto en Salud	
	Per cápita	Porcentaje del PIB
2010	2789.53	9.12
2011	2909.12	9.17
2012	2591.02	9.16
2013	2629.61	9.07
2014	2679.85	9.09
2015	2349.23	9.13
2016	2376.72	8.95
2017	2522.64	8.94
2018	2736.32	8.98
Prom:	2620	9.10

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

Gráfico 14

Como se observa en la tabla anterior, España dedica 9% en promedio del producto Interno Bruto, para el cuidado en Salud. Nivel muy parecido al del Reino Unido, aunque no iguala el 16% que se dedica en Estados Unidos.

En cuanto al gasto por persona en Salud asciende a casi 2, 609 dólares por persona, debajo de lo que se dedica en Dinamarca (5, 996), Suecia (5, 936),

Reino Unido (4, 263) y sobre todo en Estados Unidos donde el gasto en salud es de 9, 134 dólares por persona.

En cuanto al precio de los servicios, en España son superiores en 21% al promedio mundial, comportamiento de intensidad media si se compara con Estados Unidos donde son mayores en 179% y en Suiza 79%.

2.3. Suecia

El siguiente sistema que aquí se expone es el de Suecia, debido al énfasis en imitarlo por parte de la Administración Pública del presidente Andrés Manuel López Obrador.

Es un sistema nacional porque se ofrece a todo aquel individuo que tenga la condición de ciudadano, y no al de actividad de empleo. Comparado con España, es menor su cobertura porque incluye servicio también a inmigrantes.

La sanidad es financiada con impuestos generales, locales y específicos regionales, pero existe un copago obligatorio independiente de la situación económica del paciente. (Sánchez-Sagrado, 2015) Es entonces un sistema de atención a la salud bipartita.

El acto de servicio de salud se realiza en centros médicos y hospitales que suelen ser de propiedad pública, pero de manera descentralizada porque la gestión de la atención sanitaria está a cargo de los *counties* o regiones suecas.

En 1955 se establece un sistema de salud donde los médicos privados, son los encargados de la provisión de la asistencia sanitaria. Los pacientes tienen que pagar la totalidad de la consulta y son reembolsados posteriormente a través de un sistema de seguridad social nacional. (Sánchez-Sagrado, 2015)

Como se oferta la salud y su financiamiento en Suecia 1955

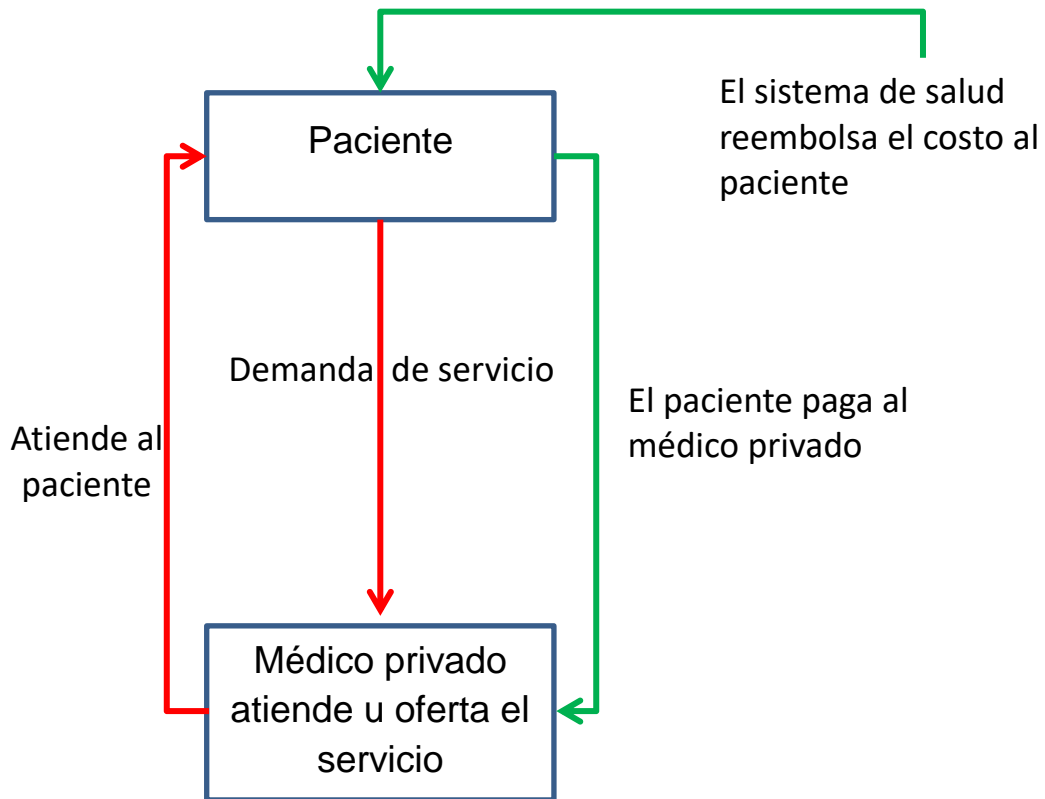


Gráfico 15

En 2015 este sistema semi público se ha transformado en otorgar salud a todos los ciudadanos suecos. La financiación y provisión de esta asistencia es responsabilidad de cada una de las 21 regiones y 290 municipios en los que se divide Suecia. Las regiones tienen libertad total en la financiación y provisión de asistencia sanitaria. (Sánchez-Sagrado, 2015, págs. 409-410)

Conviene destacar el manejo electrónico de las historias clínicas del paciente, pues en "...2009 el 90% de los Centro de Atención Primaria (CAP) utilizaba historias clínicas electrónicas. La historia clínica del paciente es privada y, aunque no tiene acceso a ella, es el paciente el que tiene que otorgar el acceso al profesional cuando es recibido en un hospital o en un CAP diferente al suyo. Cada hospital y cada CAP pueden elegir su propio sistema informático, con los

consiguientes problemas de intercambio de información entre programas no compatibles. (Sánchez-Sagrado, 2015, pág. 410)

Los problemas que aparecen en casi todos los sistemas de Salud, aún en el sueco que es de los más avanzados, es la coordinación entre los distintos niveles sanitarios y las listas de espera. Desde julio de 2010 la espera máxima para obtener una cita en un CAP es de una semana, y de 90 días para la atención especializada. Si los servicios sanitarios de una región no pueden ofrecer una cita en estas condiciones, el paciente puede elegir el especialista donde él quiera, y la región sanitaria a la que pertenece tiene que pagarle los gastos de desplazamiento. (Sánchez-Sagrado, 2015, pág. 411)

El flujo paciente médico

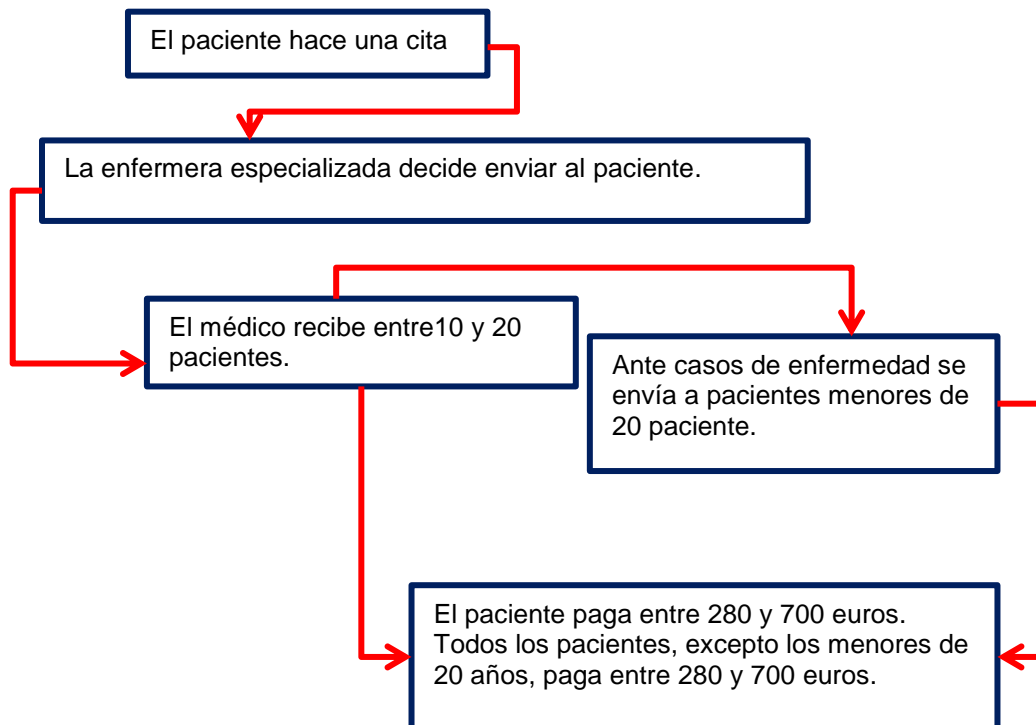


Gráfico 16

Ante la Pandemia de COVID, se ha puesto en evidencia al que se consideraba uno de los mejores sistemas de salud del mundo. La gráfica de percepciones de Calidad de cuidado de la salud, indica que el Sistema de Salud de Suecia tiene un 64% de aceptación por parte de sus usuarios. Esta cifra puede

compararse con el 79% de aceptación, el más alto, de Singapur y el 31% para el caso de México.

Estos datos sólo confirman la necesidad de hacer algo sustancial para enfrentar la Salud de la población, agravada por la presencia de la Pandemia de COVID.

2.4. Singapur

Interesa ver algunas características del sistema de salud en Singapur, porque es el mejor del mundo evaluado por sus usuarios como se observa en la tabla de percepciones de Calidad de cuidado de la salud.

Singapur cuenta con un sistema de salud de clase mundial, en el que conviven costos bajos y una excelente calidad de servicio. (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2013)

El sistema de salud se basa en aportes privados de los ciudadanos, sumados a planes estatales de gestión y supervisión. El porcentaje de gasto público en el Sector Salud en Singapur es de 33% aproximadamente, mientras en los países occidentales europeos promedia el 75%.

Se observa un sistema de financiamiento mixto: el fondo Medifund, proveniente de los recursos recaudados mediante impuestos y está dedicado a servir como red de seguridad para quienes se encuentren en una situación financiera delicada que les impida pagar por los servicios médicos. Garantiza la universalidad y requiere un estudio de la situación financiera del paciente.

Los individuos y familias aportan obligatoriamente en un fondo privado (Medisave) que cubra las posibles necesidades que puedan tener a consecuencia de hospitalización, cirugía o diferentes pruebas con especialistas. Se compone de aportes obligatorios que realizan los trabajadores y las empresas en las que laboran (a modo de retención o complemento salarial). Por tanto, cada trabajador y su familia va aportando dinero a su fondo, y cuando necesita atención médica, el servicio se realiza con cargo al fondo del paciente.

Por último, el Medishield que es un fondo nacional reservado a cubrir situaciones catastróficas, excepcionales, o enfermedades crónicas o de larga duración no cubiertas por el Medisave. (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2013)

Es entonces un sistema tripartita pagado por familias, empresas y gobierno, a través de esos tres fondos.

La oferta de atención a la salud se ejerce en base a centros de salud del gobierno y centros de salud privados.

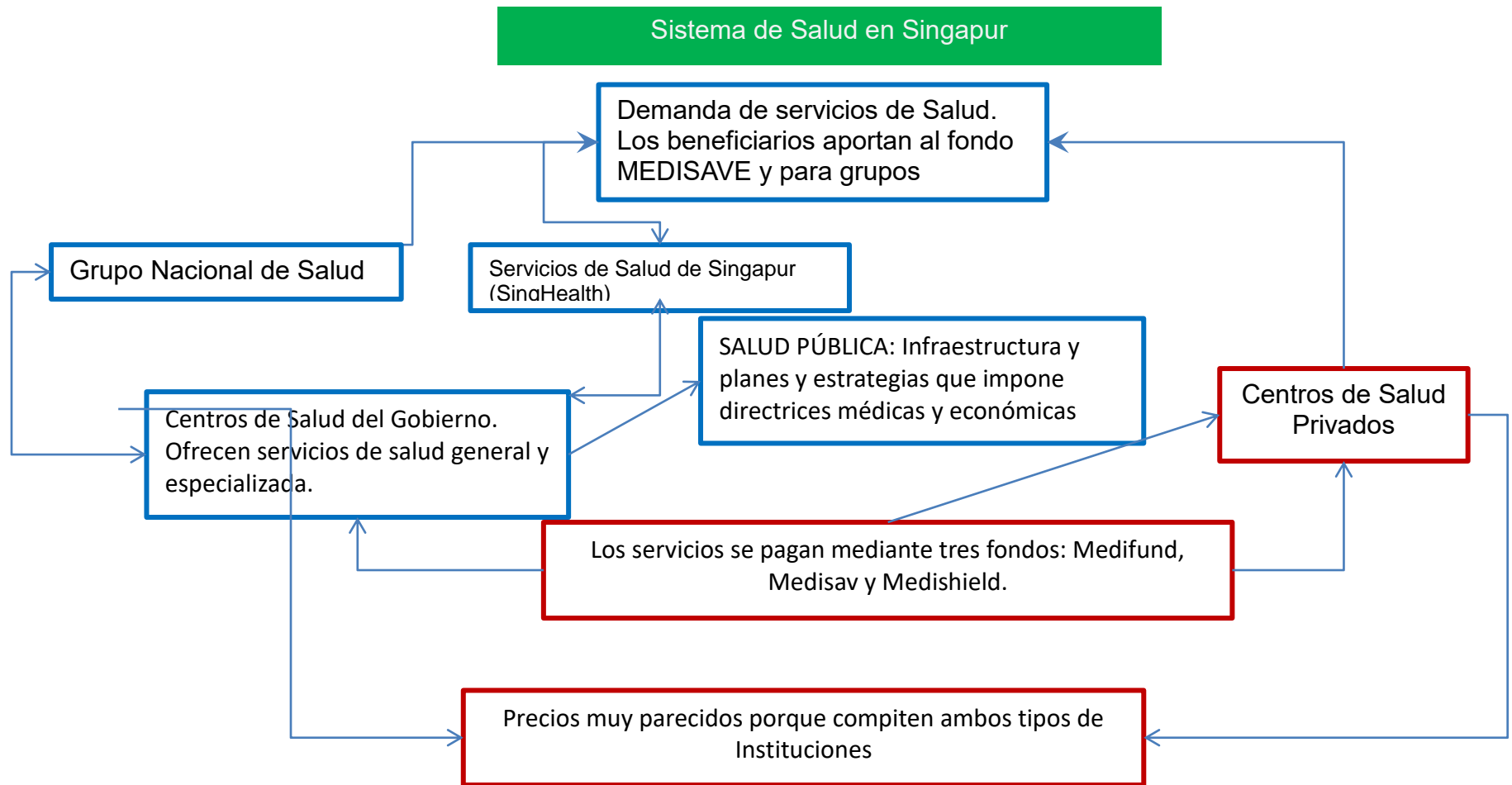


Gráfico 17

Los centros de salud del gobierno son hospitales que funcionan como sociedades de responsabilidad limitada⁴, lo que les permite competir con los centros de salud privados, por lo que los precios son muy semejantes. Estos ofrecen servicios de hospitalización y numerosos policlínicos que ofrecen servicios ambulatorios⁵.

Los centros de salud públicos se dividieron en dos grupos que son el Grupo Nacional de Salud (NHG) y los Servicios de Salud de Singapur (SingHealth) para fomentar la integración vertical de los servicios y mejorar la sinergia en línea con el objetivo del gobierno de estimular la innovación, mejorar la calidad de la atención médica y mantener los costos médicos asequibles. (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2013)

Estos centros de salud públicos son un punto de referencia para el sector privado en torno a los estándares médicos profesionales y a sus honorarios. Así como también referencia para asuntos como el suministro de camas de hospital, la introducción de la medicina high-tech/high-cost y la tasa de aumento de los costos y precios para el sector privado.

Las diferencias de costos entre los centros del gobierno y los centros de salud privados son insignificantes, ya que compiten directamente entre sí, aunque, como es natural, los centros de salud privados cuentan con tiempos mínimos de espera.

Singapur financia su sistema de salud, la fórmula del éxito es bastante simple. "Se trata de un sistema que se basa en la responsabilidad individual de los pacientes, que no tienen incentivos para abusar del mismo porque los gastos corren a cargo de su fondo privado. (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2013)

Entonces le caracteriza al sistema de salud de Singapur la oferta pública y privada del bien salud, a precios semejantes, y financiado por las familias y empresas (casi 67%), lo que impide aprovecharse del uso desmedido de los servicios.

⁴ La principal característica es que es una entidad jurídica independiente, que limita las responsabilidades de los accionistas: si la empresa sufre cualquier vicisitud (por ejemplo, deudas o pérdidas), ello no afectará ningún activo personal de los accionistas. Su principal ventaja es que las empresas recién constituidas disfrutan de incentivos y exenciones fiscales.

⁵ Los servicios ambulatorios son procedimientos médicos que pueden realizarse en una clínica o un centro hospitalario sin la necesidad de que el paciente pase la noche en éste

Conviene señalar que en Singapur el gasto dedicado a Salud es de los más bajos, pues apenas se dedicó entre 2010 y 2018, 2, 168 dólares por persona, cifra que, comparada con Canadá y Francia, donde se dedica 5,000 y 4, 000 dólares respectivamente, casi el doble por persona a salud. Y sin embargo ya hemos visto es uno de los mejores calificados por los beneficiarios.

Singapur		
Año	Gasto en Salud	
	Per cápita	Porcentaje del PIB
2010	1496.78	3.20
2011	1676.00	3.16
2012	1828.90	3.33
2013	2078.59	3.69
2014	2206.11	3.87
2015	2302.60	4.18
2016	2476.17	4.40
2017	2619.08	4.42
2018	2823.64	4.46
Prom:	2168.00	3.90

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

Gráfico 18

2.5. Estados Unidos

Opera un modelo sanitario de libre mercado donde la sanidad está gestionada por empresas privadas y compañías de seguros. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021)

No rige la cobertura universal dado que actualmente 45 millones de personas (de un total de 322 millones o 15%) carecen de seguro de salud y por ende de alguna prestación sanitaria. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021) Como se recordará la universalidad implica que cada norteamericano obtenga los servicios que necesita a un costo asequible para sí mismo y para la nación en su conjunto. No obstante, ello implica que acuden a los servicios médicos privados cuando se ofrece y los pagan directamente, sin intermediación del gobierno ni de seguro privado alguno.

Además del autofinanciamiento de la salud, existen los seguros privados pueden ser de tipo directo o gestionado, el primero te permite acudir a cualquier consultorio médico además de ser gestionado por el beneficiario o por su empresa

de trabajo. El modelo gestionado ofrece una cobertura más barata que la directa pero solamente se puede acudir a una determinada red de hospitales y centros, sino se deberá pagar una tarifa más elevada. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021)

También del auto financiamiento individual y los seguros médicos contratados por los individuos, el sistema de salud pública, se encuentran lo que los estadounidenses denominan asistencia sanitaria pública incluidas en los programas de Medicare, Medicare o asociaciones de veteranos donde los organismos públicos del país administran y distribuyen los fondos económicos, pero no suministran la atención médica al carecer de una red de hospitales públicos El programa Medicare está destinado a personas mayores de 65 años que disponen de 60 días de asistencia hospitalaria gratuita, pero deberán pagar alrededor del 20% de la factura y una cuota mensual. Para las personas sin trabajo o sin unos ingresos mínimos mensuales existe Medicaid donde para el año 2020 estaban inscritos 34 millones de personas adultas. Por último, el State Children's Health Insurance Program ofrece cobertura sanitaria a menores de edad cuyas familias no cumplen los requisitos de acceso a Medicaid pero no pueden afrontar el costo de un seguro privado. Entre Medicaid y State Children's Health Insurance Program se atienden a 35 millones de niños. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021)

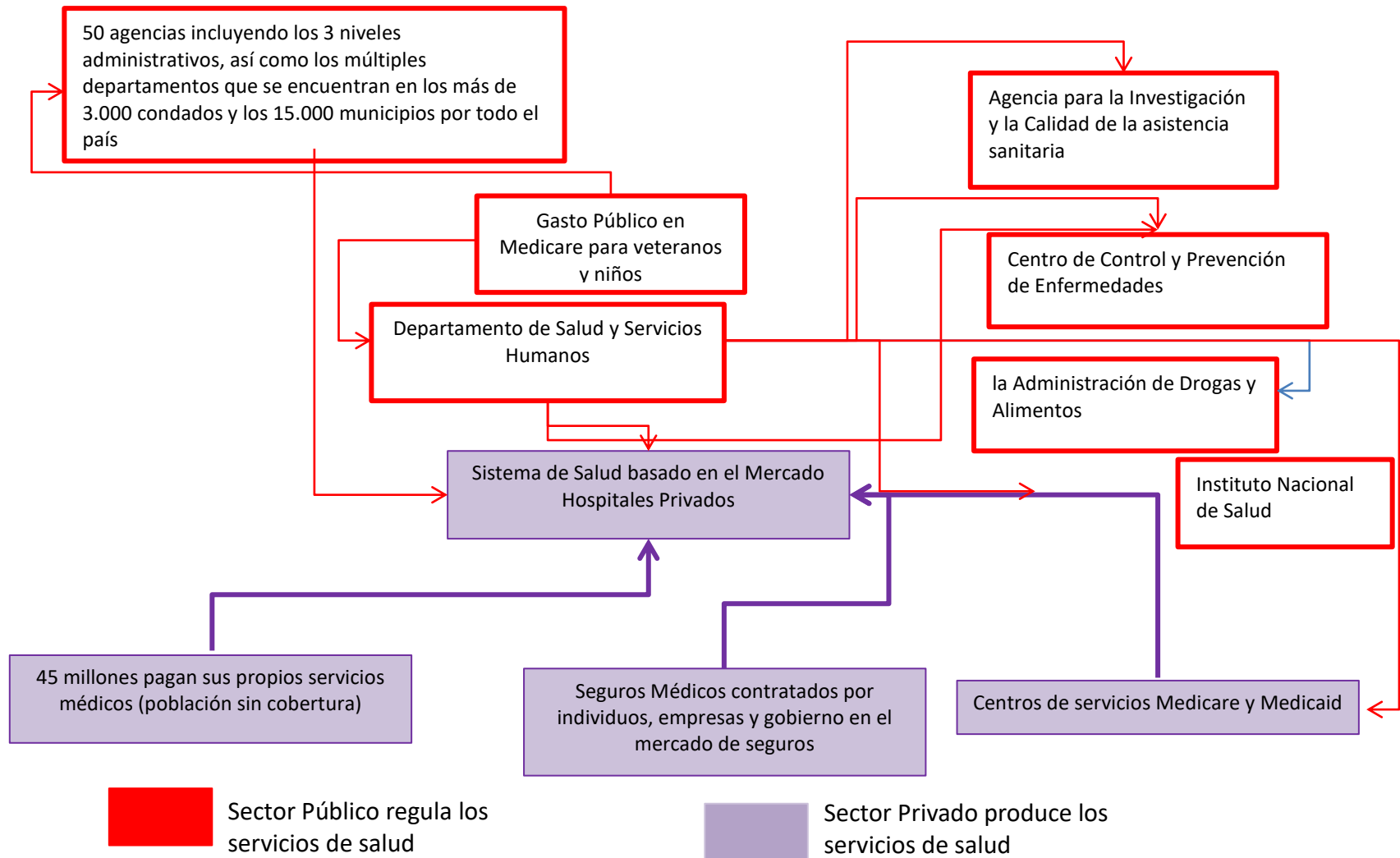


Gráfico 19

El proveedor más grande de los servicios de salud es un sector privado competitivo, compuesto por hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos y fabricantes de productos farmacéuticos. (Organización Panamericana de La Salud, 2002)

No corresponde a un sistema único, nacional, de asistencia sanitaria.

El gasto público dedicado a la salud ha pasado de 21.8% del PIB en 1993 a 16% en el 2020 en las áreas regulatorias que están en rojo en el esquema anterior. Mientras que el gasto por persona en salud es de 9, 000 Dólares (4, 358 dólares en 1999).

En el año 2011, el 55% de los estadounidenses en edad laboral recibió un seguro patrocinado por un empleador, un 10% contrató un seguro individual en el mercado privado y un 12% recibió ayuda a través de los programas públicos. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021) El número de personas sin seguro médico en Estados Unidos ronda los 27 millones (algo más del 8 % de la población). (EFE News, 2020)

Si bien se señala que 45 millones no reciben cobertura sanitaria, no quiere decir que no compren bienes de salud, lo hacen y lo pagan con sus propios recursos o bien recurren a donaciones mediante GoFundMe, la web de petición de donaciones. Una consulta de simple catarro tiene un costo de al menos 100 dólares. (EFE News, 2020)

Todos los servicios médicos se realizan en hospitales privados, incluso Los programas privados financiados con dinero públicos que son principalmente Medicare (para mayores de 65 años y discapacitados), Medicaid y el State Children's Health Insurance Program. Destacan también los programas de la asociación de veteranos y el Departamento de Defensa. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021)

Medicaid es un programa de seguro de salud, financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales, que se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos. (Organización Panamericana de La Salud, 2002) Los principales grupos atendidos son niños, mujeres embarazadas, discapacitados, ancianos y padres de hijos dependientes. (Valdrés López, Bruna Barranco, Martínez Giménez, López Zapater, & Maestre Aguilar., 2021)

Percepciones de calidad del cuidado de la salud 2020-2021
¿Cuál sería su opinión de la calidad del cuidado de la salud al cual a tenido acceso usted y su familia en su país? (% Bueno o muy Bueno)

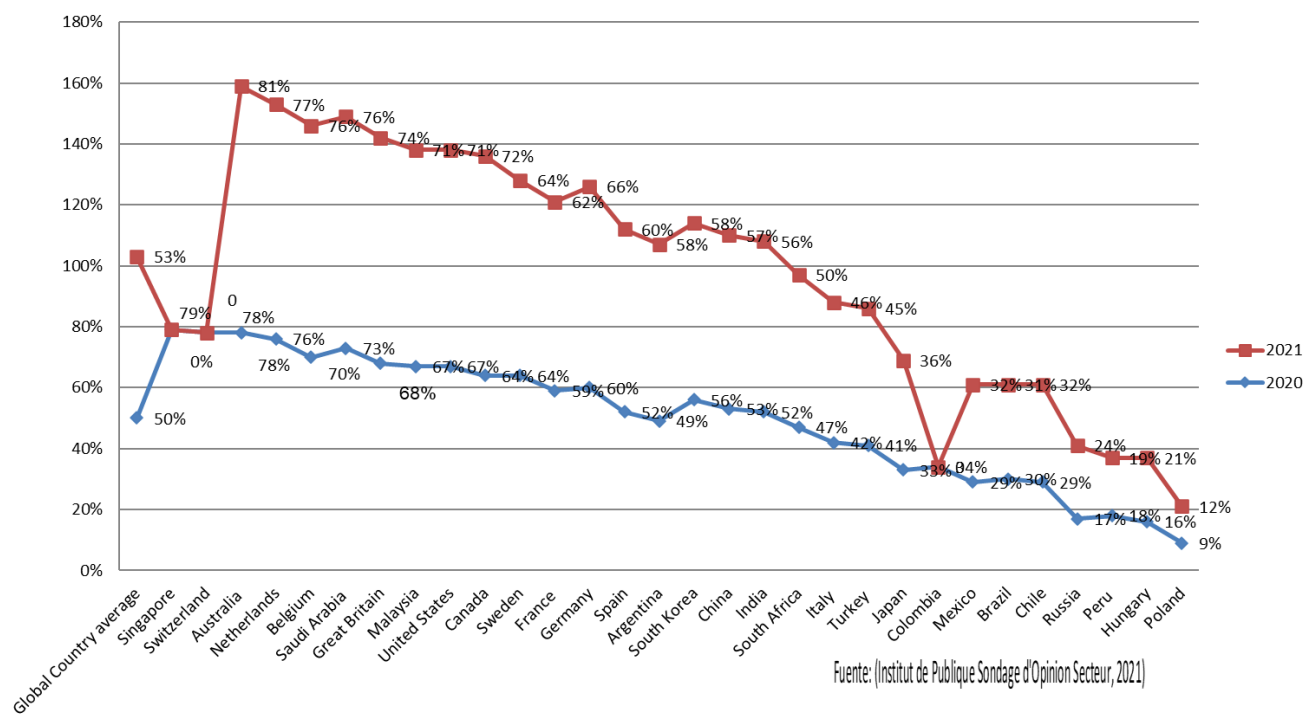


Gráfico 20

Este sistema que no es único, sino descentralizado y el proveedor central son privados, tiene una percepción de calidad muy alta de 67% a 71%.

En Estados Unidos se registra el más alto nivel de precios pues el índice de precios en salud es de 179, con referencia al promedio mundial de 100. Es decir, los servicios de salud se han encarecido en 79%.

Estados Unidos

Año	Gasto en Salud	
	Per cápita	Porcentaje del PIB
2010	7930.15	16.35
2011	8130.76	16.30
2012	8399.24	16.29
2013	8599.53	16.21
2014	9023.61	16.41
2015	9491.09	16.71
2016	9877.87	17.05
2017	10209.63	17.00
2018	10623.85	16.89
Prom:	9143.00	16.60

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

Gráfico 21

A pesar de esa alza de precios, el gasto por persona dedicado a salud es de 9,143 dólares, y como porcentaje del PIB el gasto en salud es del orden de 16.6%. Es sin duda el mayor esfuerzo que se hace en el mundo por la salud de sus habitantes, y se basa en el sector privado.

2.6. Reino Unido

En el Reino Unido existe un sistema de salud público de cobertura universal. Los servicios de atención sanitaria se prestan por el National Health Service (NSH) Existen diversas entidades según el territorio: NSH England, NSH Wales, NSH Northern Ireland y NSH Scotland.

Es todo lo contrario del que existe en Estados Unidos donde prevalece la oferta privada de salud. En reino Unido el gasto por persona en salud es de 4, 263 dólares por persona que representa menos de la mitad del que se dedica en Estados Unidos. En cuanto al gasto en salud como proporción del PIB llega a 9.96%, 6 puntos abajo comparado con Estados Unidos.

La idea de que este tipo de servicio debería ser gratuito para todos y basarse en las necesidades sanitarias de cada ciudadano, más que en su capacidad para costearlo, era —y sigue siendo— el núcleo del NHS, y condujo a un uso mucho más generalizado de los medicamentos y a grandes mejoras en salud pública. (Reyes Santos Vivas Consuelo, David; B, Vivas Consuelo, & Barrachina Martínez, 2004)

Año	Gasto en Salud	
	Per cápita	Porcentaje del PIB
2010	3955.00	9.99
2011	4208.00	9.97
2012	4282.05	10.05
2013	4350.00	9.98
2014	4740.00	9.96
2015	4472.00	9.90
2016	4066.00	9.87
2017	3978.00	9.83
2018	4315.00	10.00
Prom:	4263.00	9.95

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

Gráfico 22

Para tener acceso a la asistencia sanitaria del NSH, todos los residentes en el Reino Unido deben acudir a los profesionales médicos concertados con el NSH. Para acudir a un especialista (consultant) o recibir tratamiento hospitalario, los pacientes deben ser derivados por su médico de cabecera (general practitioner). Dado que las listas de espera del sistema público a veces son extremadamente largas, muchas personas que viven en el Reino Unido optan por la atención sanitaria privada. (Faye, 2021)

Sistema de Salud del Reino Unido

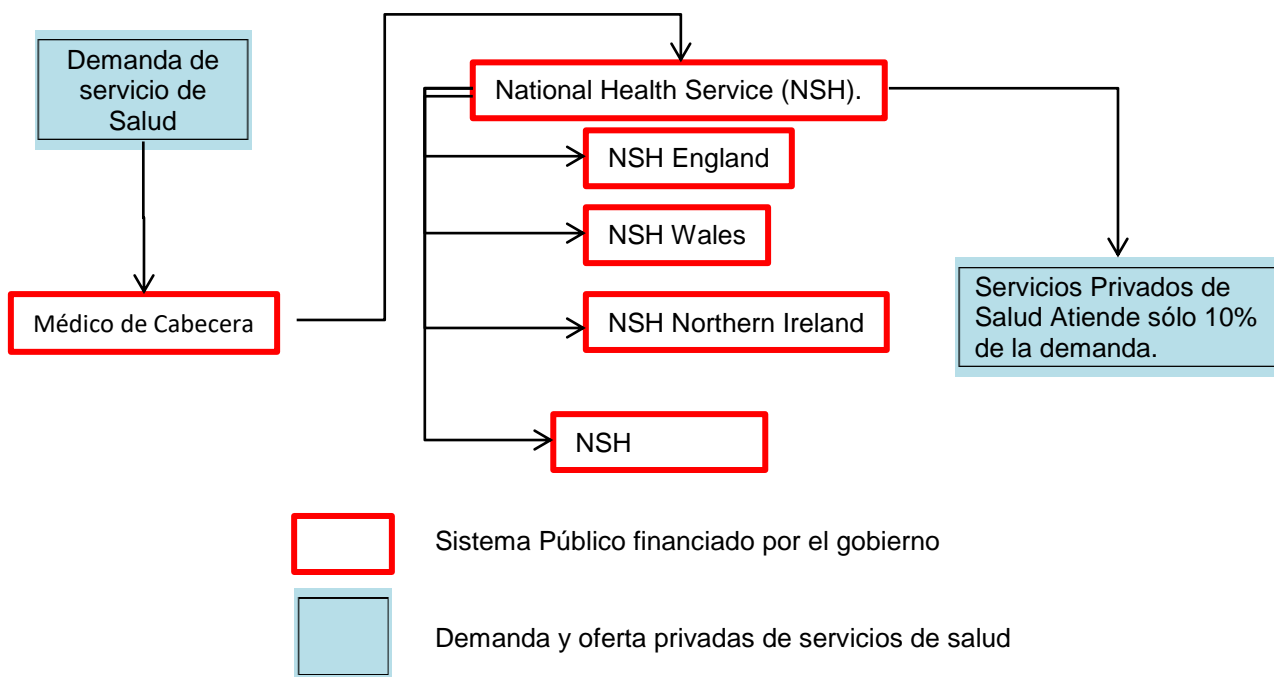


Gráfico 23

La atención sanitaria del NSH, que representa la 5 empresa más grande del mundo, es gratuita en su mayor parte. Los residentes en el Reino Unido tienen derecho a las siguientes prestaciones gratuitamente:

- Consultas con el médico de cabecera;
- Recibir tratamiento en un hospital concertado con el NHS.

Aunque en determinados casos el paciente puede cumplir ciertos requisitos para recibir tratamiento gratuito, por lo general tiene que pagar por las siguientes prestaciones: (Faye, 2021)

- atención dental;
- tratamientos ópticos;
- gafas y lentes de contacto;
- medicamentos con receta.

En el Reino Unido, el sector hospitalario privado es pequeño comparado con el del NHS. Respeto al número de camas es de 10 veces menor en el sector privado. (Reyes Santias Vivas Consuelo, David; B, Vivas Consuelo, & Barrachina Martínez, 2004) En 2020 en el reino Unido hay más de 163 mil camas de hospital, por lo que se estima el sector privado tenga 16 mil. (Faye, 2021)

Existe tres compañías más grandes de seguros médicos que son Bupa, PPP y WPA mismas que cubrieron con seguro médicos alrededor de 6. 366. 000 mil personas, en 1999, es decir, 10,8% de la población del Reino Unido. (Reyes Santias Vivas Consuelo, David; B, Vivas Consuelo, & Barrachina Martínez, 2004)

El aumento o disminución de la demanda de servicios médicos al sector privado se explica por factores como los siguientes, que oscila entre 32% y 26%.

Existe estrecha relación entre las largas listas de espera y la demanda por la seguridad médica privada pagada individualmente, calculando un incremento del 2% en la probabilidad de que un individuo compre seguro médico privado. Un crecimiento permanente del 1% en la variable del tiempo de espera, llevará a una menor demanda –del 4,79%- por el servicio de ayudas del NHS. (Reyes Santias Vivas Consuelo, David; B, Vivas Consuelo, & Barrachina Martínez, 2004, pág. 28 y 29)

Dado que al individuo cuando está enfermo no le afecta el alza de precios, este puede acudir a hospitales del sector privado. Pero, también pacientes sin muchos recursos son atraídos a hospitales privados y unidades privadas del NHS. El NHS provee 15% del total de la actividad de internos privados, incluida la mitad de pacientes de pocos recursos del sector privado. El NHS también financia 10,5% de las actividades de pacientes internos privados, paga costos completos de entrenamiento a especialistas, provee cuidados de emergencia en hospitales privados. (Reyes Santias Vivas Consuelo, David; B, Vivas Consuelo, & Barrachina Martínez, 2004, pág. 35)

2.7. Canadá

En Canadá, la atención a la salud de los ciudadanos está financiada enteramente por el Estado (modelo de Seguridad Social de William Beveridge 1879-1963, otorgamiento de prestaciones sociales de carácter universal, sostenidas impositivamente) el cual cuesta el 10.6% de la renta nacional, para brindar estos servicios caracterizados por la universalidad, accesibilidad, cobertura universal y administración no lucrativa. (Chávez, Sistemas de atención de salud (I), 1996)

El sistema de salud pública en Canadá se llama Medicare. A pesar de esto, no hay un plan nacional, porque Canadá está dividido en provincias. (Araujo, 2021)

Desde un enfoque político–administrativo se describe como una interconexión de “planes de salud semejantes” de las 13 entidades federativas de Canadá: diez provincias y tres territorios. (Fajardo Ortiz & Olivares Santos, 2010)

Su descripción es importante por la “unicidad” que presenta. Los planes de seguro de salud son provinciales y territoriales deben cumplir con los estándares descritos en la Ley de Salud de Canadá requeridos para obtener el pago completo bajo la Transferencia de Salud de Canadá. (Araujo, 2021)

Las atribuciones de los servicios de salud territoriales son: administrar, organizar y brindar servicios de salud a sus residentes.

Las atribuciones del gobierno federal son:

- Definir y administrar estándares nacionales para el sistema de atención médica a través de la Ley de Salud de Canadá;
- Brindar apoyo financiero a los servicios de salud provinciales y territoriales;
- Apoyar la prestación de servicios de salud a grupos específicos;
- Proporcionar otras funciones relacionadas con la salud. (Araujo, 2021)

El sistema de salud canadiense se sustenta en cinco pilares:

- 1) Cobertura universal. Abarca a toda la población residente.

- 2) Servicios integrales. Comprende promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.
- 3) Accesibilidad. No hay barreras por razones de enfermedad, edad, sexo, actividad laboral, residencia, etcétera.
- 4) Portabilidad. Se conservan los derechos a los servicios de salud aun cambiándose de residencia.
- 5) Administración pública no lucrativa. Es de carácter gubernamental, sin fines lucrativos. (Fajardo Ortiz & Olivares Santos, 2010)

Los servicios de salud se otorgan en forma privada. Las autoridades públicas cubren los honorarios de los médicos privados con base en pago por servicio, según tarifas previamente aprobadas por las asociaciones médicas y los gobiernos.

Gráfico 24

Año	Gasto en Salud	
	Per cápita	Porcentaje del PIB
2010	5048.31	10.68
2011	5355.68	10.34
2012	5459.96	10.43
2013	5409.79	10.34
2014	5189.83	10.25
2015	4615.64	10.68
2016	4610.93	10.98
2017	4845.59	10.79
2018	4994.9	10.79
Prom:	5059	10.6
Índice de precios de Salud (promedio mundial = 100)	127	

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

El crecimiento en el sector privado cuando los especialistas que trabajan tiempo completo en el sector público y parcialmente en el privado, distribuyan listas de espera para las admisiones, generando un incremento en la lista de espera para tratamientos en el sector público. (Reyes Santos Vivas Consuelo, David; B, Vivas Consuelo, & Barrachina Martínez, 2004, pág. 29)

El Medicare de Canadá

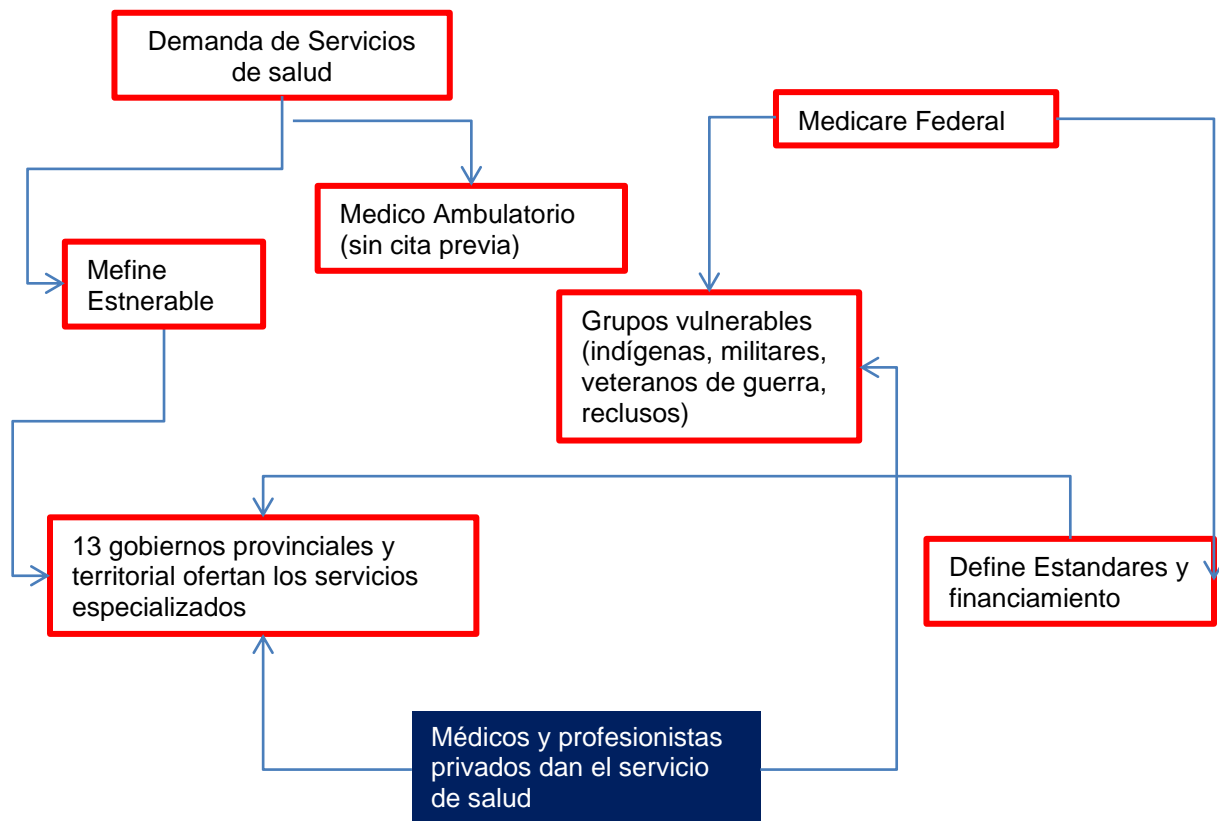


Gráfico 25

Ante el 75% del financiamiento público, en mínimo nivel, también participan en el financiamiento de la salud, los fondos empresariales, destinados a la atención de trabajadores en caso de accidentes o enfermedades del trabajo y constituyen menos de 1% del presupuesto de salud. Los fondos de origen privado (que se deducen son de alrededor del 14%) se encaminan a servicios que no cubren plenamente los servicios de salud gubernamental: algunas medicinas, ciertas atenciones dentales y determinadas prótesis. (Fajardo Dolci, G. Aguirre Gas, & Héc, 2011)

Los problemas del sistema de salud de Canadá, se han agudizado a partir de la epidemia del Coronavirus.

La única característica dominante de la atención sanitaria canadiense es la escasez. Tienen gente en armarios de escobas y en auditorios y salas de conferencias por todo el país. (St. Onge, 2020)

La espera promedio en el Canadá para un especialista es de 20 semanas, en comparación con menos de cuatro semanas en los EE.UU. Mucho antes de COVID-19, se estima que un millón de canadienses “languidecían” en listas de espera, esperando con dolor o volando al extranjero para recibir un tratamiento más rápido.

El sector privado de atención de la salud para cuidados intensivos está atrofiado, en gran medida prohibido por un sector público monopólico que durante mucho tiempo ha hecho recortes para ahorrar dinero. Miles de médicos y enfermeros jubilados se han ofrecido voluntariamente para volver a trabajar, pero esencialmente no hay un sector privado que pueda aumentar la capacidad rápidamente.

Canadá está haciendo muy poco y demasiado tarde lo que puede hacer para atraer al sector privado. Las “desregulaciones” de emergencia se están extendiendo por toda la atención de la salud, desde el ámbito de la práctica hasta la concesión de licencias de productos, mientras que los operadores privados están obteniendo finalmente un permiso limitado para operar la telemedicina.

2.8. Experiencias en América Latina: Brasil, Cuba, Chile...

Al igual que los sistemas de salud descritos brevemente, en América Latina también se reconocen de acuerdo con (López, Sistemas de salud comparados, 2005) tres modelos de sistemas de salud:

1) Modelo Universalista: Cobertura universal Financiamiento público a través de impuestos Provisión pública de servicios a través de hospitales y médicos asalariados (Gran Bretaña, Cuba, Canadá, etc.) (López, 2005)

2) Modelo de seguro social (seguridad social o mixto): Cobertura por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia, Financiamiento público a través de un seguro social Provisión de servicios público y privada o sólo privada, es el caso de Alemania, Holanda, Francia, Argentina. (López, 2005)

3) Modelo privado con Cobertura restringida, Financiamiento privado a través de prepagos Provisión privada de servicios privada. Es el caso de USA y actualmente las ISAPRES de Chile. (López, 2005)

Iniciamos este apartado con el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, porque se plantea esta tesis un sistema único.

2.8.1. El SUS de Brasil

El sistema de salud del Brasil es mixto, segmentado y, según el origen de los recursos, está compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado. En el subsistema público existen dos segmentos: (i) el primero, de acceso universal y gratuito (todos los ciudadanos tienen derecho al mismo), íntegramente financiado con recursos públicos y denominado Sistema Único de Salud (SUS); y (ii) el segundo, de acceso restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

En el subsistema privado se distinguen también dos segmentos, ambos beneficiados con alguna forma de incentivo fiscal: (i) el primero reúne los planes y seguros de salud, denominado sistema complementario, de afiliación voluntaria, no obligatoria, financiado con recursos de los empleadores y los empleados (en el caso de los contratos colectivos de las empresas) o exclusivamente por las familias; y (ii) el segundo ofrece acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

El modelo de Brasil fue cambiado por medio de la implementación del Programa de Salud de la Familia, que busca reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica, en sustitución del modelo tradicional de asistencia dirigido hacia la cura de enfermedades y el hospital. (Machado & Pereira, 2002)

Este modelo en base a las unidades básicas de salud de la familia se caracteriza como la «puerta de entrada» del usuario al sistema de salud y deben destinarse a un determinado grupo poblacional que vive o trabaja en su área geográfica. Estas unidades básicas deben estar vinculadas a la red de servicios de mayor complejidad, garantizando a individuos y familias una atención integral. Este tipo de asistencia precisa del apoyo de servicios ambulatorios especializados e infraestructura de laboratorios para la solución de situaciones o problemas identificados en la atención básica. (Machado & Pereira, 2002)

A la vez de esa unicidad fundamentada en la salud de la familia, se descentralización de la asistencia médica, afirmando el nivel de la gestión municipal como ejecutor de la propuesta y asegurando la inversión en la organización de los servicios de salud con base en la realidad local. (Machado & Pereira, 2002) La unicidad es entonces la atención a la familia, a partir del nivel básico de gobierno que es el municipio. Lo llaman “proceso de municipalización del sistema de salud es una realidad en el país.” (Machado & Pereira, 2002)

Los problemas del sistema de salud, pasan por el exceso de familias pacientes para los profesionistas de la salud. “El exceso de trabajo (muchas veces causado por el número excesivo de familias de las cuales son responsables), y la falta de recursos humanos, materiales y medicamentos; la dificultad de acceso a las áreas de trabajo; la baja remuneración, y la deficiencia en el sistema de referencia y contra referencia, también se han señalado como las causas principales de desgaste en el ejercicio profesional. (Machado & Pereira, 2002)

Brasil

Año	Población en millones de personas	Gasto en Salud		Índice de precios de salud promedio mundial = 100
		Per cápita	Porcentaje del PIB	
2010	195.71	896.70	7.95	
2011	197.51	1031.58	7.79	
2012	199.29	957.01	7.74	
2013	201.04	981.15	7.98	
2014	202.76	1017.05	8.40	
2015	204.47	781.81	8.87	
2016	206.16	801.41	9.21	
2017	207.83	935.3	9.47	108.45
2018	209.47	848.39	9.51	

2019	211.05			
------	--------	--	--	--

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

Gráfico 26

El SUS es un sistema público, universal y gratuito, financiado por los impuestos. Incluidos los gastos en salud y seguros, el monto ha venido aumentando de 7.95 del PIB a 9,51 en 2018. (Sobral de Carvalho & Schubert, 2013, pág. 1)

La provisión de los servicios se realiza mediante hospitales públicos y hospitales privados; por otro lado, el sistema cuenta con planes o seguros de salud médicos y hospitalarios privados manejados por aseguradoras. (Sobral de Carvalho & Schubert, 2013, pág. 21)

Alrededor del 75% de los servicios prestados a la población corresponde al SUS, a nivel nacional y es mantenida por la Agencia Nacional de Salud Suplementar de Brasil (ANS) Es una agencia federal vinculada al Ministerio de Salud, creada por la Ley 9961 del año 2000, cuenta con independencia presupuestaria, con un plazo fijo de administración de tres años, las decisiones son adoptadas por mayoría colegiada (5 directores), los consejeros son nombrados por el presidente y el Senado. gobierno. El 25% restante es proporcionado por empresas privadas con fines de lucro y las instituciones comunitarias y filantrópicas. (Sobral de Carvalho & Schubert, 2013, pág. 22)

Destaca por las funciones que realiza son: regulación de financiamiento de los servicios de salud, regulación de los precios de los diferentes bienes de salud, y una de las más importantes que es Regulación de cobertura, que indica los procedimientos mínimos obligatorios, que incluye tratamientos para todas las enfermedades que figuran en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Sobral de Carvalho & Schubert, 2013, págs. 24-25)

A raíz de la pandemia de Coronavirus, el sistema de salud de Brasil exhibió sus problemas reales, que en el papel parece perfecto el SUS, pero en el terreno se presentan como lo señala (AFP, 2020) problemas como:

- Carecemos de camas de hospital, de personal y de una gama más completa de medicamentos.
- La corrupción, a todos los niveles.

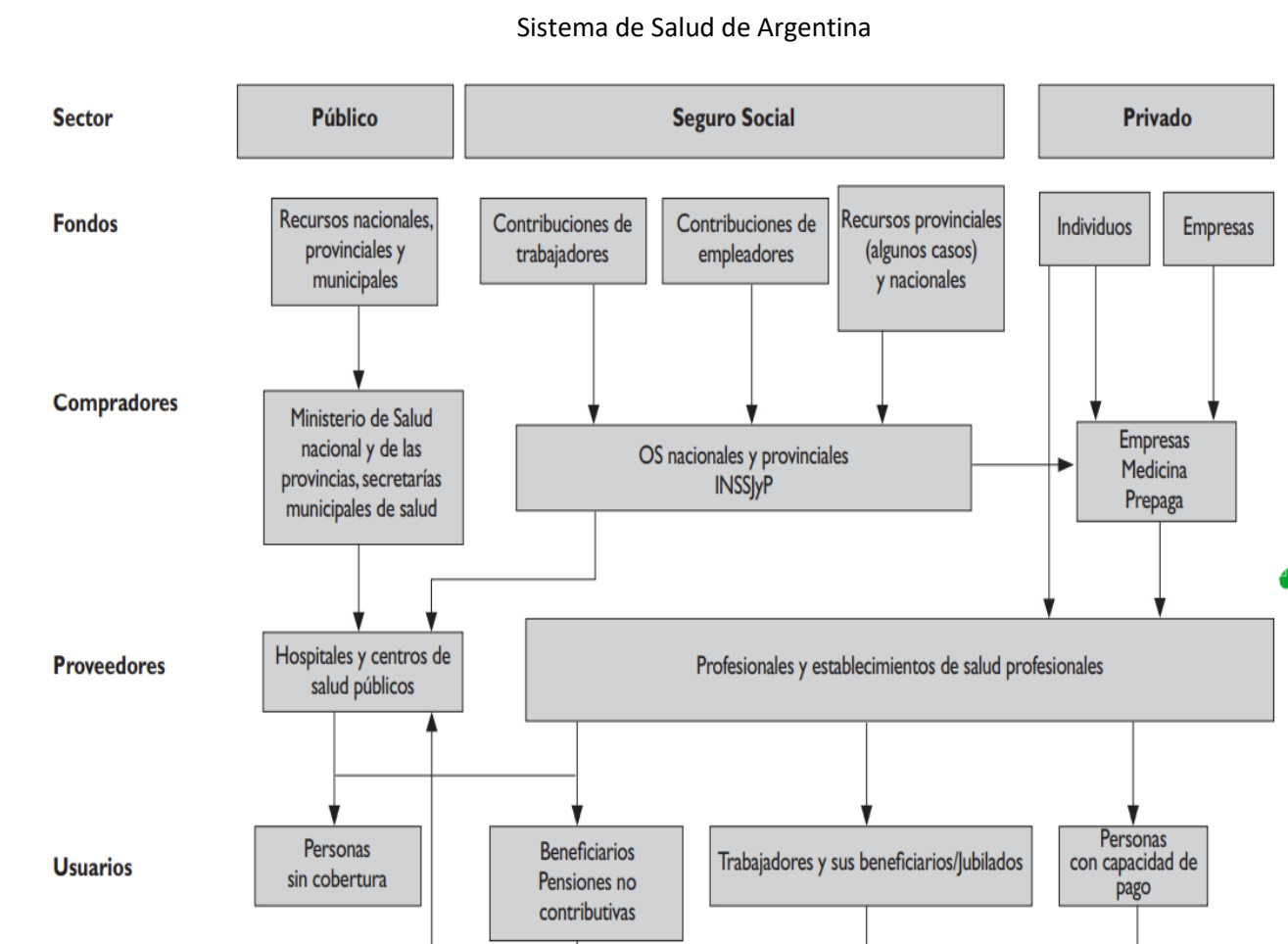
- "Abarca desde los políticos que desvían fondos destinados a la compra de equipos a pacientes que fingen estar enfermos y desordenan nuestros servicios para obtener una licencia por "enfermedad".
- La Constitución dice que garantizar el acceso a la atención médica es un deber estatal, pero la financiación del SUS es en gran medida insuficiente.
- Según un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de finales de 2019, Brasil está entre los últimos del grupo de países desarrollados o emergentes en términos de inversión pública en salud, con un gasto per cápita 30% por debajo del promedio.
- El gasto de Brasil representa apenas 4% de su PIB, menos de la mitad del porcentaje que Francia gasta en salud pública.
- Desde el establecimiento del SUS, hace 30 años, la salud nunca ha ocupado un lugar estratégico en las políticas nacionales.
- Para que el SUS funcione, los estados y municipios dependen del apoyo financiero del gobierno federal, que los especialistas consideran insuficiente.
- Otra paradoja de este sistema: desde la creación del SUS, el estado brasileño ha financiado indirectamente clínicas privadas, a través de deducciones fiscales otorgadas a personas que pueden pagar un seguro médico privado.
- Ningún otro país con un sistema de salud universal financia al sector privado de esta manera.
- Estos fondos devueltos a los contribuyentes ricos "podrían utilizarse para financiar el SUS."
- En Brasil, más de 70% de la población depende exclusivamente de SUS para acceder a la atención médica, mientras que la tasa de recuperación de covid-19 es 50% más alta entre los pacientes hospitalizados en el sector privado.
- Las personas con menos acceso a los servicios sanitarios "ya vivían en vulnerabilidad social y condiciones sanitarias inadecuadas".
- "Si el SUS estuviera mejor financiado, la respuesta a la covid-19 sería mucho mejor, pero si no existiera la tragedia habría adquirido proporciones aún más graves", resume.

De acuerdo con la percepción de Calidad en los servicios de Salud, Argentina es el país de América Latina que aparece con el más alto nivel de aceptación de 48-68%.

2.8.2. El Desunido Sistema Argentino

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores poco que carecen explícitamente de unicidad porque no están integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.

Como es de notarse, el sector público atiende a las personas sin cobertura, La población de escasos recursos que no cuenta con los beneficios de la seguridad social recurre a la red de hospitales y centros de salud públicos en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que lo demande.



Fuente: (Belló & Bec, 2011, pág. s100)

Gráfico 27

Es un país donde se aplica un alto porcentaje de gasto a salud siendo en promedio 2010-2018 equivalente al 9.7% del PIB, lo que significa que es el país donde latinoamericano con mayor inversión en salud. Destaca también el nivel de precios muy bajo en promedio, 32.5% más barato que el promedio mundial que es de 100%.

Argentina				
Año	Población en millones de personas	Gasto en Salud		Índice de precios de salud promedio mundial = 100
		Per cápita	Porcentaje del PIB	
2010	40.79	985.03	9.45	
2011	41.26	1208.39	9.42	
2012	41.73	1368.42	9.83	
2013	42.2	1421.66	9.78	
2014	42.67	1286.22	9.67	
2015	43.13	1531.48	10.23	
2016	43.59	1153.53	9.00	
2017	44.04	1529.62	10.46	67.49
2018	44.49	1127.91	9.62	
2019	44.94			
2020	45.38			
Prom:			9.70	

Fuente: (The Global Economy.com, 2022)

Gráfico 28

Los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus ministerios de salud. La coordinación entre la nación y las provincias no está suficientemente articulada, aunque en los últimos años (2000 - 2010) se le ha dado especial impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los ministros de las provincias y el ministro de la nación. El COFESA es el espacio para la construcción de consensos, establecimiento de metas, y adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones. (Belló & Bec, 2011, pág. s104)

Quizá uno de los elementos más integradores es la Política Nacional de Medicamentos (PNM), la cual marcó un hito en la historia del acceso a los medicamentos en Argentina. Esta política se estructuró sobre tres ejes:

- Prescripción de medicamentos por nombre genérico;
- El Programa Remediar, dirigido a los sectores más necesitados, que contempla la provisión de medicamentos esenciales en centros de atención primaria;
- La implementación y modificación del Programa Médico Obligatorio, que ahora cubre más de 370 medicamentos genéricos, incluyendo 70% de los medicamentos destinados a enfermedades crónicas. (Belló & Bec, 2011, pág. s103)

Otro elemento de la falta de unicidad es que el sector público de salud argentino, opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Hipotéticamente, la Nación en la figura del Ministerio de Salud asume en la década de los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica, el rol del nivel central es muy acotado. Prácticamente no interviene en la política de salud nacional. Asimismo, cabe aclarar que el porcentaje de gasto público que actualmente maneja es muy pequeño. Por el contrario, en las últimas décadas, se ha visto reforzada la importancia de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales, los cuales, como producto de un progresivo proceso de transferencia de establecimientos, han tenido que ir haciéndose cargo de muchos de los hospitales públicos nacionales. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

En paralelo debido a que las provincias cuentan con autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación se ha visto acotado. En forma paralela a esta situación de restricción de su injerencia real, la situación de los Municipios se ve también afectada por la transferencia de la Nación a las provincias, puesto que estas últimas no fueron mayoritariamente descentralizadas a los niveles locales. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

En cuanto al subsistema de Obras sociales, debido a que su control lo tienen los sindicatos, estos se han fortalecido y atienden su actuación en salud de manera no coordinada con las disposiciones del Ministerios de Salud nacional. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de trabajadores formales y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de salarios. Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área. (Acuña & Chudnovsky, 2002)

En Argentina se observa un proceso de formación del sistema de salud siguiendo estas fases:

- El modelo descentralizado anárquico (hasta mitad de los 40)
- El modelo centralizado (1945-1955)
- La descentralización del sistema (1955-1978)
- La descentralización orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias inaugurado en 1976 (1978 en adelante)

Transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales, la profundización de la descentralización hospitalaria y la privatización de los servicios periféricos y ciertos servicios de salud (1990-2020) En el marco de la reforma en la década de los años noventa existieron dos estrategias de descentralización impulsadas desde el Estado nacional dentro del subsector público: por un lado, la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y; por el otro, la promoción de la figura de los

Hospitales Públicos de Autogestión. véase el detalle en: (Acuña & Chudnovsky, 2002, págs. 18-33)

En la actual admiración se intenta establecer el modelo Kirschnerista, es decir un modelo único de salud: lo tenemos dividido en tres sistemas, el público, el privado y el de las obras sociales. Bueno, vamos a tener que empezar a “repensar un sistema nacional integrado de salud” en el que podamos articular todo esto para ser un uso más eficiente de lo que hay en la Argentina”. (Jastreblansky, 2020)

3. Sistema de Salud en México: Situación Actual y Perspectivas

El propósito de este capítulo es bosquejar la estructura, alcances y limitaciones de los servicios de salud en México. Se intenta detectar los problemas de integración, tanto interna dentro de los elementos del Sector Salud, como los externos principalmente la relación sistema de salud público y el sistema privado.

El objetivo es encontrar los elementos que estarían justificando la creación de un sistema único de salud, como vía de mejoramiento sustancial de la oferta pública y, por ende, privada del bien salud.

3.1. Composición de los Servicios de Salud

En México, la atención de la salud de la población se ofrece, por un lado, mediante un Sistema Nacional de Salud (SNS) y, por el otro, a través de los servicios privados de salud. A su vez, el SNS consta de dos subsistemas débilmente coordinados entre sí (y que presentan una acentuada desarticulación interna) a saber, los seguros sociales; y los servicios de salud para la población abierta. (Dávila & Guijarro, 2000, pág. 27)

Los seguros sociales cubren a los trabajadores asalariados del sector público y privado y a sus familiares. Los tres principales seguros sociales en México son el IMSS); ISSSTE; y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Adicionalmente, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTEs estatales),

y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes. (Dávila & Guijarro, 2000, pág. 27)

Servicios públicos de salud atienden a la población no asegurada (población abierta) principalmente a través de la Secretaría de Salud (SS), la cual realiza sus funciones normativas y de evaluación en materia de salud pública y privada opera, algunos programas y las entidades coordinadas por la SS. Sobre todo, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), quien se coordina y establece acuerdo para cumplir el artículo 77 de la Ley de Salud que a la letra dice:

Artículo 77 bis 1.- Todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención, de conformidad con el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. (Secretaría de Salud, 2020)

Estableciendo también en el párrafo segundo del artículo 77 bis 2, la responsabilidad del INSABI en los siguientes términos:

*“La Secretaría de Salud, con el auxilio del **Instituto de Salud para el Bienestar**, organizará las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, cuando así lo haya pactado con las entidades federativas mediante la celebración de los acuerdos de coordinación a que se refiere este Título.” (Secretaría de Salud, 2020)*

Además de no tener servicio de salud, la población abierta se caracteriza por recibir los servicios de salud de carácter ambulatorio y hospitalario.

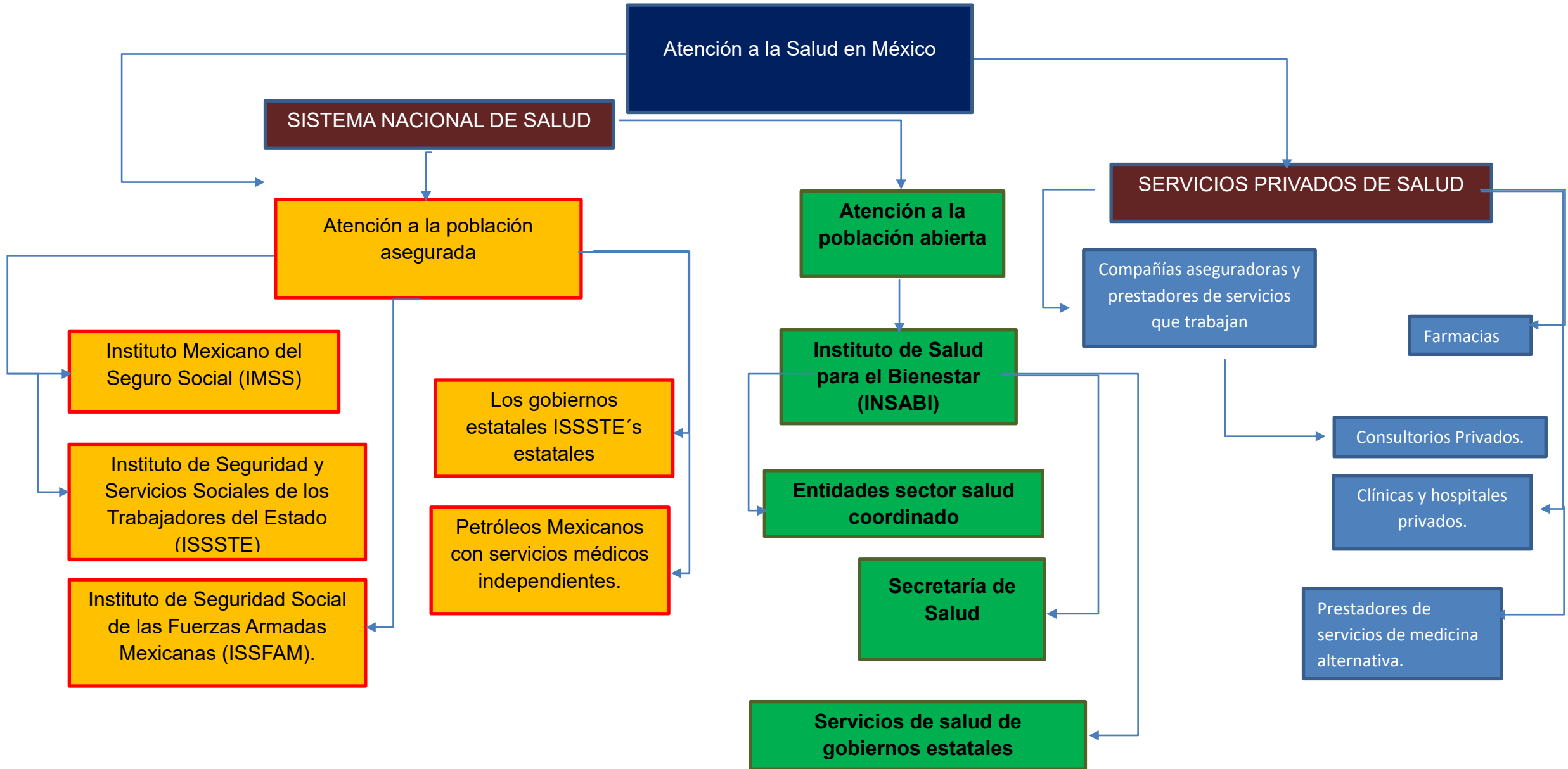
De acuerdo con (Pérez Porto & Gardey, 2022), ambulatorio es un adjetivo que está vinculado a lo perteneciente o relativo a la práctica de andar. El uso más común del término tiene su aplicación en el ámbito de la medicina y la salud, para nombrar al tratamiento o a la enfermedad que no obligan a estar en cama (y que, por lo tanto, permite que el paciente siga andando).

Un paciente ambulatorio es aquel que debe acudir regularmente a un centro de salud por razones de diagnóstico o tratamiento pero que no necesita pasar la noche allí (es decir, no queda internado). Por esta razón, también se conoce al paciente ambulatorio como diurno o de día.

En un sentido similar, el tratamiento ambulatorio no requiere de internación. El paciente puede acudir al centro de salud, llevar a cabo la sesión correspondiente del tratamiento, y regresar a su hogar. Otra opción es que el médico acuda a su domicilio para efectuar los chequeos necesarios, lo cual tiene lugar solo en la medicina privada o en casos muy particulares. (Pérez Porto & Gardey, 2022)

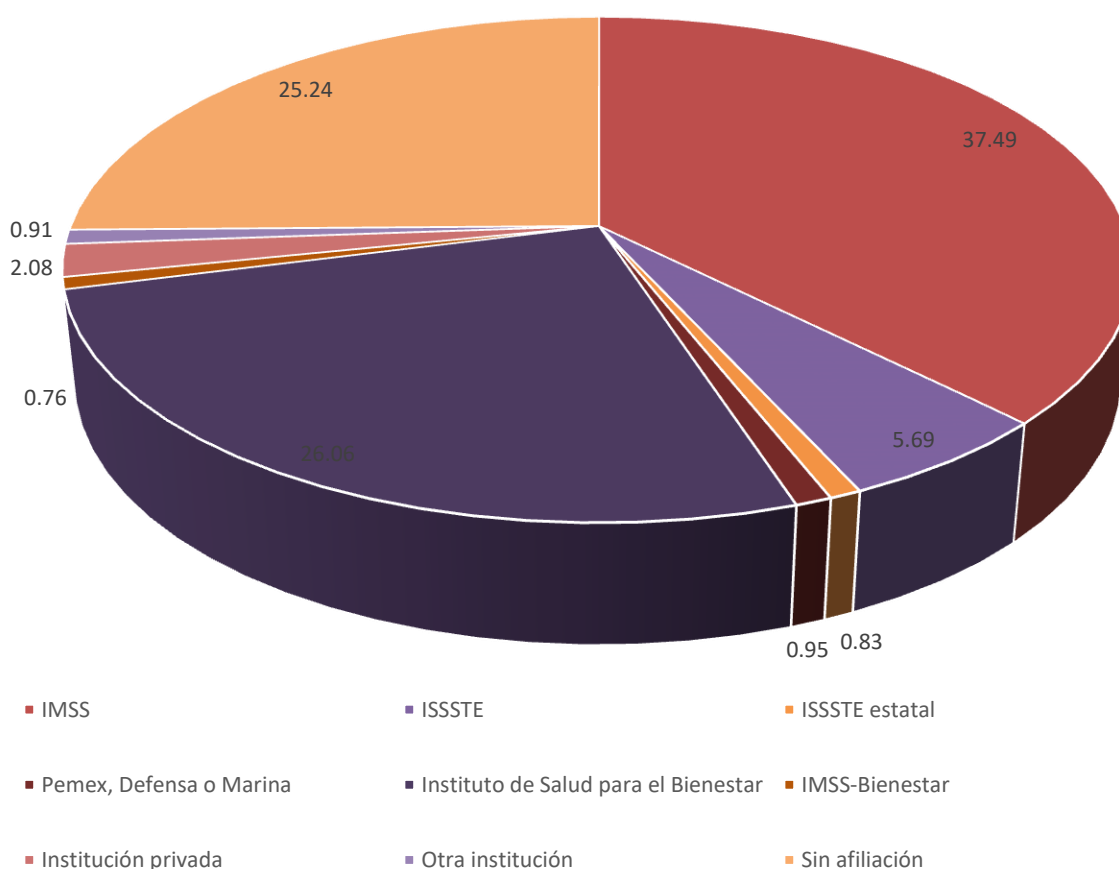
Sólo cuando la gravedad de la enfermedad es alta y se requiere hospitalización, al menos en el tiempo más necesario. De ahí el calificativo de los servicios de salud para la población abierta: ambulatorio hospitalario.

Gráfico 29



Los servicios privados de salud son utilizados por un porcentaje significativo de la población, y exhiben una gran heterogeneidad, tanto en el precio como en el tipo de atención brindada. En efecto, abarcan desde grandes (y lujosos) hospitales con equipo muy moderno hasta pequeñas (y modestas) clínicas, con instalaciones precariamente adaptadas al efecto. El aseguramiento privado en materia de salud se apoya fundamentalmente en los servicios privados, sobre todo en el segmento más caro y lujoso. (Dávila & Guijarro, 2000, pág. 47)

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE- NO AFILIADA 2020



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. (2022)

Gráfico 30

Para obtener una proyección de la población beneficiada con el SUSa, se considera la estimación realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el cual, registró en el año 2020, una población afiliada total real de 92,582,812 de personas. No se omite señalar que, los datos contemplan un porcentaje mayor al total de la población afiliada real, toda vez que, existen personas que se encuentran incorporadas en más de una institución de salud, como se puede observar en la siguiente tabla:

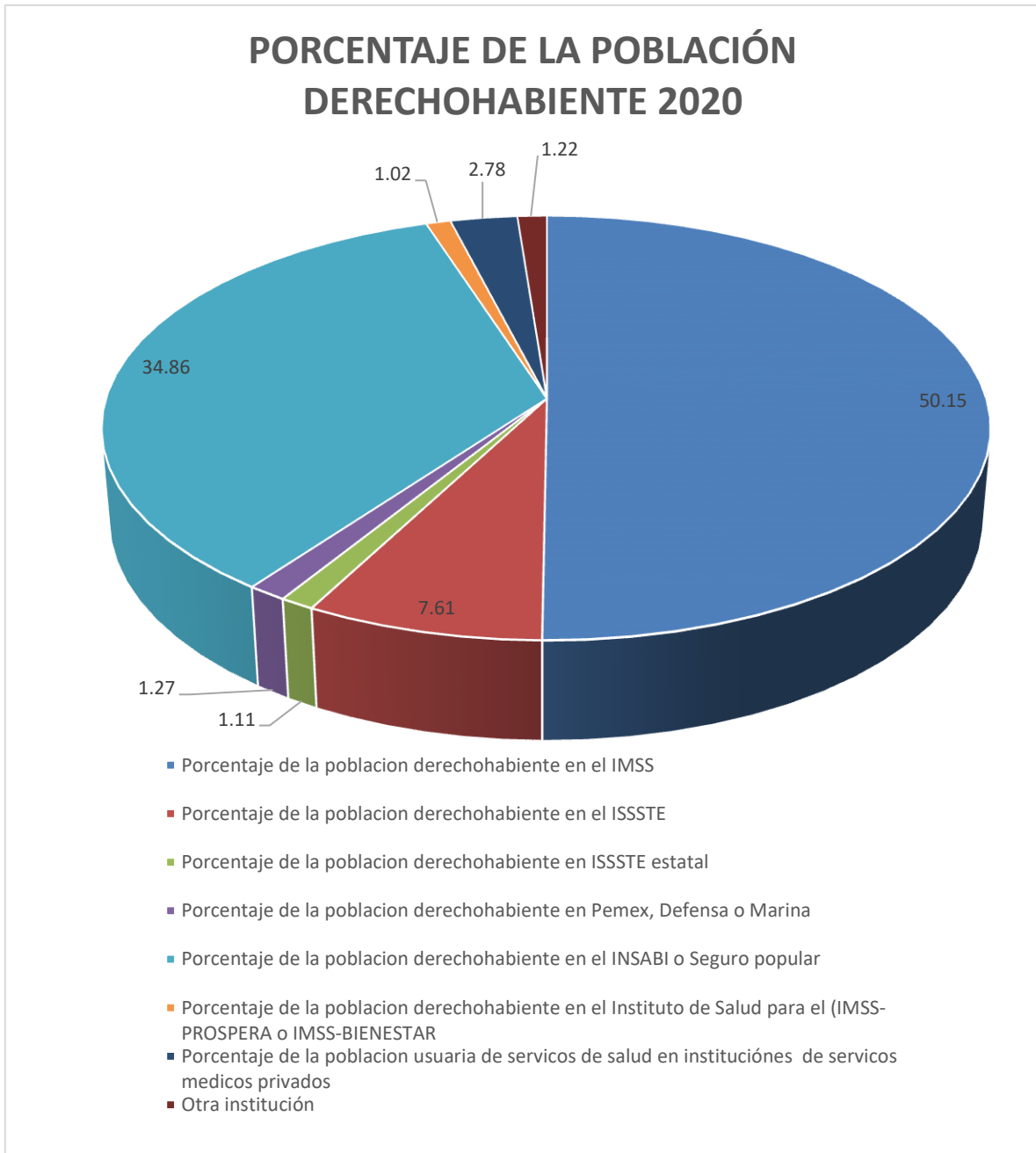
Población afiliada real total	Estimación de la población incorporada en más de un sistema de salud	Porcentaje de la estimación de la población incorporada en más de un sistema de salud	Estimación total de la población afiliada
92,582,812	1,628,357.00	1.76	94,211,169

Gráfico 31

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. (2022)

Cabe destacar que, con la implementación del SUSa, se evitaría que se dupliquen los servicios, y con ello, se obtendría una reducción en el costo total del sistema.

Por lo anterior, para efectos de la siguiente gráfica, se suma a la “*Población afiliada real total*”, el “*Porcentaje de la estimación de la población incorporada en más de un sistema de salud*”, como se muestra a continuación:



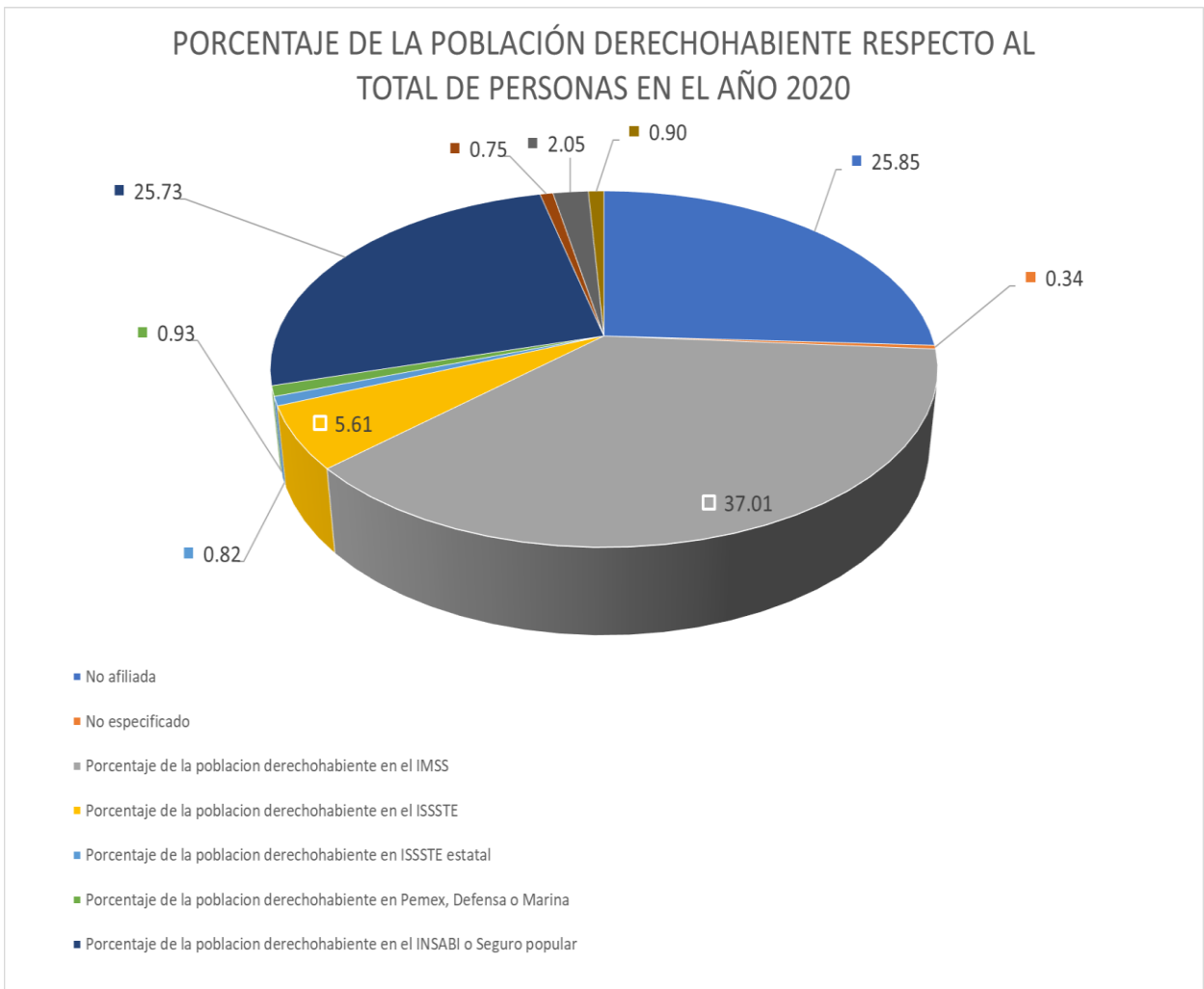
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. (2022)

Gráfico 32

Se puede percibir de manera clara y objetiva en la gráfica circular anterior, la composición de derechohabientes de la población en México, y de esta forma se hace evidente de manera contundente la importancia, valor social e impacto público de la propuesta de un Sistema Único de Salud en el país, el cual,

beneficiaria al 96.21% de la población afiliada, que representa un total aproximado de 91,595,956 de habitantes, quienes se verán directamente favorecidos con esta propuesta, la cual, debe ser una de las políticas públicas más importantes de cada gobierno.

Ahora bien, si hacemos una comparación respecto a la población total, la cual, para el año 2020 fue de 126,014,024, podemos observar que, el impacto público sería del 71.47% de la población beneficiada, que representa un total aproximado de 91,595,956 de habitantes, como se menciona en el párrafo anterior.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. (2022)

Gráfico 33

La actual administración tiene bajo sus propósitos primordiales la unificación de los sistemas de salud, sin embargo, en los primeros tres años, los avances se pueden calificar como muy bajos, quedando un número considerable de acciones por realizar para la segunda mitad del sexenio.

En el caso particular de la Ciudad de México, el viernes 06 de mayo de 2022, los Gobiernos federal y capitalino firmaron un convenio para la unificación de los sistemas de salud, en el cual se resalta lo siguiente:

- La Ciudad de México es la primera entidad de la zona centro del país en firmar el convenio, de acuerdo con lo propuesto por el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, el cual, busca unificar los servicios de salud de todo el país.
- El proceso de federalización contribuye a consolidar un sistema único de salud, con acceso a los servicios médicos de manera universal y gratuita en la Ciudad de México y en el país.
- Actualmente el gobierno trabaja en eliminar la privatización en la distribución de medicamentos a hospitales y centros de salud, con lo que, se logrará ahorrar 200 millones de pesos al año y romper con complicidades de corrupción.
- Se busca lograr la centralización y federalización de los medicamentos, fortalecer el derecho a la salud y, crear un sistema universal y gratuito para los mexicanos.
- Se ha trabajado en un modelo de atención llamada “Salud en tu vida” el cual, se basa en los parámetros que el Gobierno de México propone para los modelos Integrales de Atención Primaria a la Salud.

Por lo anteriormente expuesto, se resalta que, sin duda, el ahorro es una base fundamental para la estabilidad económica del país, pero sólo es uno de los beneficios que, tiene entre sus objetivos el SUSA, a los cuales se le suman otros de igual importancia.

Lo anterior, puede ser solo el principio si tiene eco en las demás Entidades Federativas. En particular, me gustaría que esta iniciativa no sea solo una carta de buenos deseos y que, en realidad, deje ver sus resultados en el corto plazo. Asimismo, demuestra que la unificación de los sistemas de salud, es una preocupación latente del Gobierno Federal y Local en beneficio de la población en México, como avance inobjetable en la calidad, igualdad, cantidad, eficacia, transparencia, efectividad y productividad de los servicios de salud en pro de la

justicia, como parte fundamental de los derechos humanos, una primacía de carácter mundial.

3.2. Problemas de Rectoría Hacia Adentro

La importancia de la función rectora del Sector Salud queda de manifiesto al considerarse que "...a diferencia de la medicina en la que las decisiones de un clínico determinan el resultado de la atención en un paciente, las decisiones que toman los altos directivos del sector público tienen consecuencias sobre miles o millones de personas." (López Moreno, Vértiz Ramírez, Jarillo Soto, Garrido Latorre, & Villa Contreras, 2014)

La función rectora es la responsabilidad más importante de una Secretaría de Salud. La Ley General de Salud, los reglamentos y la Ley Federal de la Administración Pública Federal, enlistan todas y cada una de las atribuciones de la Secretaría de Salud.

El principal problema del sistema de salud era: el carácter fragmentario del subsistema público anterior a 2019. Este servicio recaía en los Regímenes Estatales de Protección Social (REPASS), lo cual generó confusión e ineficiencia al ejercer sus operaciones. Las clínicas u hospitales se veían "...limitadas dependiendo si formaban parte de los servicios estatales de salud o si eran consideradas unidades administrativas (con un menor grado de autonomía)." (Deydén, 2019) La solución fue el intento de federalización a partir de 2019.

Un problema básico para coordinar internamente los servicios públicos de salud: la falta de recursos para salarios, contratación de más personal y de los mejores profesionistas, infraestructura y medicamentos, tecnología para estudios, ambulancias.

Es decir, el cumplimiento eficiente y efectivo de las atribuciones de la Secretaría de Salud, no se logra en muchos casos debido a falta de medios y personal. Y más surge esta deficiencia conforme se ha evolucionado gradualmente hacia un complejo sistema de estrategias de gestión, con el objetivo regular la organización de los servicios de salud.

La falta de recursos y luego su uso fragmentado en múltiples proveedores de salud públicos, todavía agrava la calidad y la oferta de salud para la población.

El acceso de demandantes de salud, aún de asegurados, es tardado, frustrante y tedioso. Por ello, "...un porcentaje importante de usuarios opta por atenderse en establecimientos privados, sobre todo en la atención ambulatoria aun contando con aseguramiento público. (Juan, 2014, pág. 101)

La escasez de recursos y la ineficiente administración de los existentes, implica que "...no se han logrado los niveles deseados de surtimiento completo de medicamentos recetados en las instituciones públicas de salud. Existe una falta de capacidad resolutive tanto en el primer nivel de atención como en el surtimiento completo de recetas..." (Juan, 2014, pág. 101 y 102)

En México existe el INSABI que opera a partir del 1º de enero de 2020, sustituyendo al Seguro Popular (SP). "La primera impresión del Instituto, no podría haber sido peor. Hubo desorden, confusión y mensajes contradictorios sobre la manera específica en que el nuevo instituto reemplazaría al SP, el cual había funcionado durante 16 años, ciertamente con problemas, pero también con reglas claras que generaban certidumbre." (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

Es posible, señalar los problemas actuales del INSABI atendiendo a "...una serie de indicadores que se utilizan de manera más generalizada para las cinco dimensiones del desempeño del sistema de la salud: acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad..." (Knowles, Leighton, & Stinson, 1997, pág. 1)

En el centro de esa problemática se encuentra que "...la actual administración no tiene ni los recursos ni la capacidad para cumplir su promesa de garantizar servicios integrales y gratuitos de salud a toda la población. Así lo demuestran los continuos problemas de acceso a medicamentos y servicios en todas las instituciones públicas, junto con las incontables quejas sobre el cobro de cuotas." (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

Por calidad del sistema de salud puede entenderse como "... robustecer un modelo de servicio que privilegie y ponga en el centro del quehacer sanitario al paciente con todas sus necesidades y expectativas; un modelo que responda con oportunidad, respeto a la dignidad de las personas y eficiencia, equidad y efectividad durante todas las fases del paso del paciente por los servicios: desde su llegada a la unidad de salud hasta la resolución definitiva de su padecimiento." (López Moreno, Garrido Latorre, & González Morgado, La evaluación de un programa público en un sistema mundial poswestfaliano, 2014, pág. 14)

La insuficiencia de recursos se agrava por recortes y falta de certeza en los recursos asignados: "...tres poderosas razones que motivan escepticismo sobre la capacidad de cumplir la promesa de universalidad y gratuidad, aun con la ampliación del plazo: i) los recortes recientes al presupuesto de la Secretaría de Salud; ii) la abolición de un mecanismo financiero creado por el SP, que daba certeza a la asignación de los recursos públicos, y iii) la impericia gerencial del actual equipo de salud del gobierno federal." (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

El carácter asistencial genera en las personas una actitud de insuficiencia por lo que supo aportan impuestos. En efecto "la forma actual tiene sus orígenes en el modelo de Estado asistencial, que considera a los sujetos a los que se dirigen las políticas y programas como ciudadanos que reciben, en forma de bienes y servicios, los recursos que han aportado a través de los impuestos." (López Moreno, Garrido Latorre, & González Morgado, La evaluación de un programa público en un sistema mundial poswestfaliano, 2014, pág. 18) Esta visión, provoca actitudes negativas.

Problemas persistentes son: 1. Percepción de mala calidad de los servicios de salud por parte de la población. 2. Alta variabilidad del nivel de calidad técnica. 3. Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, instituciones y al interior de las propias instituciones públicas y privadas. 4. Escasa Información y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud y sus niveles de calidad, lo que dificulta la toma adecuada de decisiones.

La problemática de coordinación hacia adentro, se amplía cuando se agrega la necesaria "...complementariedad entre los insumos básicos para producir salud, lo cual se hace patente en el caso de las familias en pobreza extrema. Así, mejorar la alimentación de un niño con parásitos intestinales le beneficiará muy poco y la infestación parasitaria será recurrente mientras la familia habite en una vivienda con piso de tierra y sin agua potable y la madre no aprenda a aplicar medidas básicas de higiene." (Dávila & Guijarro, 2000)

3.3. Problemas de Rectoría Hacia Afuera

El carácter mixto del Sistema de Salud y su fragmentación, en instituciones públicas de seguridad social (para personas con empleo formal) como instituciones públicas de protección social en salud (para personas sin empleo formal), acarrear duplicaciones, incoherencias, ineficiencias, en la provisión de

salud entre instituciones públicas que van cada una por su lado, como con el sector privado donde debería haber armonía y complementariedad.

La atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. Además de que esto dificulta la continuidad de la atención, también es ineficiente, debido a los múltiples requerimientos para mantenerse dentro del sistema al transitar de un subsistema al otro. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C., 2021)

La experiencia demuestra que la fragmentación de los servicios de salud genera:

- Dificultades en el acceso a los servicios;
- Prestación de servicios de baja calidad técnica;
- Uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles;
- Incremento innecesario de los costos de producción, y
- Baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C., 2021)

En el desempeño general del sistema se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicidad de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C., 2021)

Las causas principales de la fragmentación a nivel regional corresponden a: segmentación institucional del sistema de salud; descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento

de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C., 2021)

La medicina privada es un sector escasamente regulado, pues la Ley General de Salud sólo exige que se cumpla con la regulación sanitaria de establecimientos y prestadores, sin promover acuerdos y contratos entre los prestadores de servicios privados, que pudieran llevar a estructurar un sistema de referencia y contrarreferencia. (Dávila & Guijarro, 2000, pág. 48)

3.4. Insuficiencias de la Provisión de Salud

En 2012 se alcanzó un hito en la cobertura universal. En el mes de abril, 52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al Servicio Público de seguridad Social (SPSS) y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal. El componente más destacado del SPSS fue el Seguro Popular. Este plan de seguro público ofrecía acceso universal a un paquete integral de servicios personales de salud con protección financiera que garantiza el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud. (Knaul, Marie Felicia; González-Pier, Eduardo; Gómez Dantés, Octavio et.al., 2013)

Todo ello duró hasta 2019, y de ahí hasta 2022, el subsistema de salud público ha reducido su cobertura de atención, debido al desempleo provocado por la recesión prolongada por la pandemia del COVID, por la incapacidad del personal del Presidente asignado a las áreas de salud, porque se ha magnificado la desconfianza de los demandantes en los servicios de salud pública, también ha influido una creciente desatención del personal de salud, falta de personal profesional, técnico y equipo médico de cuya falta se quejan los usuarios; así como infraestructura descuidada y en mal estado (sin camillas, camas hasta sin papel de baño).

Ante esa situación, usuario de servicios de salud pública traslada su demanda al subsistema privado de salud. Lo que para muchas familias significa un gasto catastrófico.

El sistema de salud en México no alcanza aún la cobertura universal ni la gratuidad para todos, porque los hospitales en ocasiones no cuentan con los recursos necesarios por lo que los pacientes tienen que cubrir estudios clínicos y

medicinas. (Organización Panamericana de la Salud, 2002) Agravándose en la Administración Pública actual.

Según Consejo Nacional de Evaluación (Coneval). "...entre 2018 y 2020 se incrementó en 12% el número de mexicanos sin acceso a servicios de salud. La mayor parte en municipios de difícil acceso, al menos mil 775 municipios del país (de un total de 2471) sus habitantes no tienen acceso a los servicios de salud. Jalisco, Chiapas, la Zona Metropolitana del Valle de México y Veracruz son las regiones donde se agudiza la ausencia de acceso a servicios de salud pública, sin descontar también las zonas serranas del país, donde 40% de su población reporta que no cuenta con acceso a los servicios de salud." (Rodríguez & Gamboa, 2022)

También la fragmentación del sistema de salud y, sobre todo, del subsistema público, al fundamentarse en la autonomía profesional como el principal mecanismo de coordinación de los servicios de atención médica, (Báscolo, 2002, págs. 6-8) el proceso productivo de los servicios de salud, el flujo del paciente está determinado por la opinión informal de los profesionales médicos. Este principio debilita la posición de los aseguradores de los servicios médicos, no solo porque ellos no pueden definir el producto sanitario y sus precios relativos en la negociación con los prestadores de servicios de salud, estableciendo las condiciones de calidad de los servicios sanitarios, sino porque a ellos les resulta imposible afectar la coordinación de los distintos servicios involucrados en el modelo de organización de estos. (Enthoven 1993). (Báscolo, 2002

Al final de cuentas, cada espacio de salud pública genera una distinta función de producción, lo cual implica formas diversas para llegar al mismo fin, pero con costos crecientes y distintos. "Los hospitales, como proveedores de servicios de salud, a través de factores de producción como el talento humano, la infraestructura, la tecnología y lo financiero combinan y transforman las materias primas en servicios de salud u hospitalarios, a partir de cierto conocimiento y tecnología, con un valor agregado, lo anterior traducido en una función de producción. El hospital origina pacientes al final de un proceso productivo que finaliza cuando se da el alta. El alta es el producto final, es el resultado de la combinación y de la agregación de los productos intermedios. (Cortés-Martínez, 2010) Si esa función de producción no se homogeniza, la ineficiencia, ineficacia y el alto costo serán los resultados finales.

Uno de los gravísimos problemas casi inexplicable es la falta de medicamentos. [El Gobierno federal encargó a la empresa paraestatal Birmex hacerse cargo de la distribución de medicamentos e insumos médicos, pero ésta no cuenta con la capacidad para cumplir la tarea. Birmex refiere que hasta el segundo semestre de 2022 podría cumplir con la encomienda. (Badillo, 2021) A más de dos años de que el gobierno actual cambiara la forma de comprar medicinas e insumos médicos para las instituciones públicas de salud, el sistema de distribución continúa dislocado. (Badillo, 2021)

El 30 de julio de 2020 anunció que se crearía una empresa para hacer llegar los medicamentos a las unidades médicas, cuyo titular sería David León Romero, ex coordinador nacional de Protección Civil, quien luego de la difusión de unos videos en donde aparece entregando dinero a un hermano del presidente, renunció a asumir el encargo. (Badillo, 2021)

Luego, el 13 de agosto de ese año, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez, informó que sería la empresa paraestatal Laboratorios de Biológicos y Reactivos (Birmex), la que se convertiría en la distribuidora de medicamentos a escala nacional. (Badillo, 2021)

Con esa decisión se culminó una etapa de alrededor de 20 años de ventas consolidadas al sector, que generó el surgimiento de empresas concentradoras que, además ofrecían servicios especializados, por ejemplo, llevar insumos directamente a quirófano o a piso en hospitales. (Badillo, 2021)

Para 2018, en México operaban más de 1,000 distribuidores de los cuales alrededor de 100 eran proveedores con capacidad para cobertura nacional en cuanto almacenes y transportes que cumplían con las normas sanitarias para garantizar el cuidado de una amplia variedad de medicamentos. (Badillo, 2021)

Cuando fue mejor la distribución de medicamentos, “el IMSS concentra alrededor de 50% de las piezas, pero, además, al final del gobierno del presidente Enrique Peña Nieto, le encargaron comprar los medicamentos para las demás instituciones públicas de salud del país. (Badillo, 2021)

De hecho, el gobierno, a través del esquema de compras consolidadas, adquiriría el equivalente a 75% de todas las piezas de todo el mercado del país. (Badillo, 2021)

Hubo un momento que el IMSS se convirtió en el concentrador de la adquisición y distribución de medicamentos ya que concentró: "...alrededor de 50% de las piezas, pero además, al final del gobierno del presidente Enrique Peña Nieto, le encargaron comprar los medicamentos para las demás instituciones públicas de salud del país. (Badillo, 2021) Y por si fuera poco, al menos en este rubro de los medicamentos ya existía una cierta unificación: "De hecho el gobierno, a través del esquema de compras consolidadas, adquiría el equivalente a 75% de todas las piezas de todo el mercado del país. (Badillo, 2021)

Los cambios realizados por la Administración actual, tuvieron como efecto "...el rompimiento entre los distribuidores y los laboratorios [lo que generó] un enorme desorden debido al desabasto de medicamentos que hoy padece el país". Además, cuando el gobierno tomó la decisión de vetar a los distribuidores, no contaba con un plan para sustituir sus servicios. (Badillo, 2021)

3.5. El Tamaño del Sistema de Salud en México

En México, el sector de servicios de salud y de asistencia social, que incluye los subsectores de i) servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados; ii) hospitales; y iii) residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud y otros servicios de asistencia social, representó en el segundo trimestre del 2020 el 2.60% del PIB nacional, lo que significó un incremento de 0.51 puntos porcentuales con respecto al mismo trimestre del 2019. Este incremento responde en gran medida al aumento de la demanda de los servicios de salud causada por la pandemia del COVID-19 y a la disminución del PIB de las actividades no esenciales derivada de la suspensión de éstas, la cuarentena y el distanciamiento social. (Salles & Grant, 2020)

Cabe señalar que el tamaño total (privado y público) del Sector Salud, medido por el PIB en 2019 fue de 5.4%, por la parte que corresponde al sector privado (2.8%).

Gasto corriente en Salud

Año/ País	% del Producto Interno Bruto			
	México	Estados Unidos	Reino Unido	España
2003	5.8	14.5	8.1	7.6
2004	6.0	14.6	8.4	7.7
2005	5.8	14.6	8.4	7.7
2006	5.7	14.7	8.6	7.8
2007	5.8	14.9	8.8	7.9
2008	5.7	15.3	9.1	8.4
2009	6.1	16.2	9.9	9.1
2010	5.7	16.3	9.8	9.1
2011	5.5	16.2	9.8	9.2
2012	5.7	16.2	9.9	9.2
2013	5.8	16.1	10.0	9.1
2014	5.6	16.3	10.0	9.1
2015	5.7	16.5	9.9	9.1
2016	5.6	16.8	9.9	9.0
2017	5.5	16.8	9.8	9.0
2018	5.4	16.7	9.9	9.0
2019	5.4	16.8	10.2	9.1
2020	6.2		12.8	

Fuente: (OCDE, 2022)

Gráfico 34

Como se observa en la tabla anterior, el PIB en salud de México comparado con países desarrollados es mucho menor. En EU es tres veces mayor, con Reino Unido el doble lo mismo que con España. Esta comparación puede servir de base para estimar un aumento en los recursos para la salud en México.

En México se gastó en el lapso 2010-2018 un promedio de 5.7% del PIB en Salud luego de que en 2010 se alcanzara un máximo de 5.98% y en 2020 de 6.2. Como elemento comparativo se observa que el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE en 2020 fue 9.7%, casi 4 puntos por encima del registrado en México.

Número de Consultorios por cada 1000 habitantes

País/Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Turkey	1.7	1.73	1.76	1.76	1.81	1.83	1.87	1.88	1.95
Colombia	1.7	1.75	1.82	1.89	1.95	2.01	2.09	2.18	2.25
México	2.11	2.12	2.16	2.23	2.33	2.34	2.4	2.44	2.44
Korea	2.03	2.07	2.16	2.2	2.24	2.29	2.35	2.39	2.46
Chile	1.58	1.74	1.88	2.02	2.15	2.3	2.45	2.59	2.64
United States	2.46	2.5	2.56	2.58	2.58	2.59	2.61	2.61	2.64
Canada	2.35	2.41	2.46	2.51	2.56	2.62	2.66	2.72	2.74
United Kingdom	2.68	2.7	2.71	2.75	2.77	2.78	2.81	2.84	2.95
Belgium	2.92	2.93	2.96	2.98	3.02	3.07	3.08	3.13	3.16
France	3.06	3.07	3.09	3.09	3.11	3.12	3.14	3.14	3.17
Slovenia	2.49	2.54	2.63	2.77	2.83	3.01	3.1	3.18	3.26
Latvia	3.13	3.14	3.19	3.22	3.2	3.21	3.21	3.3	3.27
Israel	3	2.97	2.94	2.98	3.07	3.08	3.14	3.22	3.29
Ireland	2.67	2.71	2.67	3.01	3.12	3.19	3.26	3.28	3.32
New Zealand	2.65	2.72	2.83	2.89	3.03	3.12	3.25	3.31	3.38
Estonia	3.29	3.28	3.33	3.36	3.41	3.46	3.47	3.48	3.47
Hungary	2.96	3.09	3.21	3.32	3.1	3.21	3.32	3.38	3.49
Slovak Republic	3.31	3.36	3.39	3.43	3.45	3.47	3.42	3.52	3.57
Netherlands				3.42	3.49	3.54	3.6	3.67	3.72
Australia	3.32	3.31	3.37	3.45	3.51	3.58	3.68	3.75	3.83
Iceland	3.5	3.56	3.61	3.64	3.78	3.85	3.87	3.89	3.89
Italy	3.9	3.87	3.9	3.88	3.84	3.95	3.99	3.98	4.05
Czech Republic	3.64	3.67	3.69					4.04	4.07
Switzerland	3.83	3.92	4.04	4.13	4.2	4.25	4.3	4.34	4.35
Germany	3.88	3.95	4.04	4.11	4.14	4.19	4.25	4.31	4.39
Spain	3.84	3.82	3.81	3.8	3.85	3.82	3.88	4.02	4.4
Lithuania	4.1	4.22	4.28	4.31	4.34	4.47	4.56	4.6	4.57
Norway	4.19	4.23	4.31	4.43	4.45	4.58	4.73	4.86	4.97
Austria	4.84	4.9	4.99	5.05	5.09	5.13	5.18	5.24	5.32
Portugal	3.98	4.1	4.26	4.43	4.61	4.8	4.97	5.15	5.32
Greece	5.78	5.78	5.81	5.87	5.9	6.12	6.07	6.1	6.16
Costa Rica	2.39	2.48	2.56	2.66	2.74	2.85	2.95	3.07	
Denmark	3.79	3.84	3.85	3.88	3.93	4	4.11	4.19	
Japan		2.29		2.36		2.43		2.49	
Luxembourg	2.78	2.81	2.83	2.88	2.91	2.88	2.98		
Poland	2.21	2.23	2.24	2.31	2.33	2.42	2.38		
Sweden	3.89	3.97	4.04	4.11	4.18	4.23	4.27	4.32	

Fuente: (OCDE, 2021)

Gráfico 35

En cuanto a consultorios médicos, de acuerdo con la tabla anterior, dentro del total de países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México cuenta con 2.4 consultorios por cada 1,000 habitantes. Mientras que Reino Unido y Estados Unidos, no llegan a 3 por cada 1,000 habitantes. Siendo Grecia la nación con mayor número este tipo de clínicas es de 6 por cada 1,000 habitantes.

La razón del bajo número de consultorios médicos en Reino Unido y Estados Unidos es que predominan los hospitales más que el consultorio individual. Aun así, México debe aumentar su oferta de salud mediante consultorios que son los más cercanos a las personas.

Total de camas de hospital por cada 1000 habitantes

País/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
México	1.05	1.04	1.03	1.03	1.03	1	1	0.99	0.98	0.97
Costa Rica	1.24	1.23	1.2	1.18	1.17	1.16	1.15	1.14	1.11	1.1
Colombia	1.49	1.46	1.49	1.55	1.59	1.61	1.68	1.7	1.71	1.74
Chile	2.04	2.22	2.17	2.17	2.12	2.14	2.12	2.11	2.06	2.03
Sweden	2.73	2.7	2.66	2.59	2.54	2.44	2.34	2.21	2.13	2.07
United Kingdom	2.93	2.88	2.81	2.76	2.73	2.61	2.57	2.54	2.5	2.45
Canada	2.78	2.8	2.79	2.72	2.67	2.62	2.6	2.53	2.55	2.52
New Zealand	2.75	2.82	2.83	2.78	2.75	2.71	2.72	2.7	2.59	2.54
Denmark	3.5	3.13		3.07	2.69	2.53	2.6	2.61	2.61	2.59
Iceland	3.58	3.29	3.25	3.22	3.16	3.12	3.13	3.06	2.87	2.8
Ireland	2.73	2.62	2.54	2.56	2.57	2.92	2.96	2.97	2.97	2.88
Turkey	2.74	2.62	2.66	2.65	2.68	2.68	2.75	2.81	2.85	2.88
Spain	3.11	3.05	2.99	2.96	2.97	2.98	2.97	2.97	2.97	2.95
Israel	3.13	3.11	3.07	3.07	3.05	3	2.97	3	2.96	2.96
Netherlands	4.12	3.97	3.78	3.69	3.55	3.49	3.41	3.28	3.21	3.08
Italy	3.64	3.52	3.42	3.31	3.21	3.2	3.17	3.18	3.14	3.16
Finland	5.85	5.52	5.3	4.87	4.53	4.35	3.97	3.28	3.61	3.35
Norway	4.3	4.19	3.97	3.86	3.84	3.76	3.68	3.6	3.53	3.47
Portugal	3.37	3.37	3.41	3.39	3.32	3.37	3.39	3.39	3.44	3.51
Greece	4.48	4.47	4.45	4.24	4.24	4.25	4.2	4.21	4.2	4.18
Luxembourg	5.37	5.28	5.15	5.17	5.05	4.93	4.81	4.66	4.51	4.26
Slovenia	4.57	4.62	4.54	4.55	4.54	4.51	4.49	4.5	4.43	4.43
Estonia	5.27	5.36	5.53	4.9	4.9	4.82	4.69	4.61	4.53	4.53
Switzerland	5.19	5.05	4.97	4.85	4.73	4.73	4.69	4.65	4.63	4.59
Latvia	5.68	5.88	5.89	5.8	5.66	5.69	5.72	5.57	5.49	5.42
Belgium	6.12	6.05	5.99	5.93	5.85	5.83	5.76	5.66	5.62	5.57
Slovak Republic	6.46	6.05	5.91	5.8	5.79	5.75	5.78	5.82	5.7	5.76
France	6.43	6.36	6.34	6.28	6.2	6.13	6.06	5.98	5.9	5.84
Poland	6.61	6.63	6.63	6.61	6.63	6.63	6.64	6.62	6.54	6.17
Lithuania	7.16	7.43	7.45	7.31	7.26	6.97	6.69	6.56	6.43	6.35
Czech Republic	7.3	7.06	6.93	6.7	6.68	6.67	6.66	6.63	6.62	6.58
Hungary	7.18	7.19	7	7.04	6.98	6.99	7	7.02	6.95	6.91
Austria	7.65	7.68	7.67	7.64	7.58	7.54	7.42	7.37	7.27	7.19
Germany	8.25	8.38	8.34	8.28	8.23	8.13	8.06	8	7.98	7.91
Korea	8.74	9.53	10.25	10.92	11.59	11.61	11.99	12.29	12.44	12.44
Japan	13.51	13.4	13.35	13.3	13.21	13.17	13.11	13.05	12.98	12.84
United States	3.05	2.97	2.93	2.89	2.83	2.8	2.77	2.87	2.83	

Fuente: (OCDE, 2021)

Gráfico 36

En cuanto al número de camas, México ocupa el nivel más bajo, pues registra una cama de hospital por cada 1000 habitantes. Lo cual contrasta con Luxemburgo que tiene 4.26 camas por cada 1000 residentes, y con Japón que consigna casi 13 camas por igual número de habitantes.

Médicos graduados por cada 100 000 habitantes

País/ Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Japan	5.97	5.88	6	6.01	6.39	6.72	6.84	6.92
Israel	4.85	3.84	5.06	6.29	5.47	6.76	6.9	7.41
Korea	7.87	7.95	7.74	7.79	7.57	7.59	7.59	7.48
Canada	7.36	7.61	7.58	7.89	7.88	7.88	7.69	7.73
United States	6.91	6.95	7.27	7.25	7.49	7.56	7.78	7.95
Chile	6.91	9.36	7.35	8.64	9.42	9.05	8.67	8.73
France	6.73	7.21	7.66	8.09	9.05	9.46	10.84	9.52
New Zealand	8.01	7.89	8.53	8.68	8.66	9.42	9.08	9.67
Norway	11.47	12.33	11.38	11.04	11.18	11.08	11.1	10.2
Estonia	9.42	10.28	9.71	10.57	10.11	11.02	11.46	10.29
Poland	8.8	9.32	9.88	9.7	10.24	10.49	10.95	10.55
Germany	11.92	11.92	12.15	11.85	11.28	11.71	12.01	11.53
Turkey	6.71	6.58	6.79	6.7	8.82	9.65	10.62	11.54
Switzerland	9.4	9.78	9.72	10.54	10.79	10.57	11.19	11.69
Finland	10.82	11.16	10.37	11.65	11.41	12.03	10.42	11.69
México	11.83	11.97	10.2	10.76	10.99	12.49	13.37	12.26
Greece	9.87	9.21	9.32	8.91	10.74	10.22	12.4	12.52
Colombia	8.88	9.59	10.55	9.22	10.02	10.76	11.66	12.9
United Kingdom	13.33	13.88	13.18	13.45	13.61	12.93	13.01	12.9
Sweden	10.7	11.88	10.28	11.25	12.41	11.98	12.74	13.11
Slovenia	10.03	12.93	11.89	14.65	17.35	15.88	17.47	13.55
Iceland	13.79	15.28	12.35	16.19	12.7	15.8	14.56	13.61
Spain	8.98	9.53	10.23	11.99	13.03	13.39	14.48	14.24
Austria	17.47	16.76	13.8	14.73	14.52	13.94	14.19	15.23
Netherlands	14.74	14.74	14.4	14.53	14.64	15.33	15.94	15.78
Australia	13.48	13.98	15.45	15.31	15.75	15.95	15.45	15.84
Hungary	11.51	13.85	14.2	13.65	13.4	14.14	14.41	15.96
Czech Republic	13.91	15.14	12.73	13.99	13.56	15.1	17.13	15.99
Italy	11.28	11.14	11.13	11.48	12.35	13.25	15.07	16.76
Portugal	12.19	13.26	13.64	14.94	15.85	16.44	16.09	17.11
Slovak Republic	12.67	13.59	15.94	13.51	15.63	16.04	16.88	17.66
Lithuania	13.44	13.19	14.81	14.63	16.39	16.11	19.27	20.6
Latvia	11.26	11.5	13.46	14.04	16.18	16.33	17.35	22.21
Denmark	17.05	15.49	15.12	14.48	17.05	21.47	22.2	23.04
Ireland	16.11	16.98	20.13	21.66	23.54	24.44	24.88	25.76
Belgium	10.19	10.62	10.54	11.5	12.05	14.24	14.8	28.72

Fuente: (OCDE, 2021)

Gráfico 37

Uno de los principales factores de una población saludable, sin duda es la calidad del personal médico. Como se ve en el cuadro anterior, el país que cuenta con el mayor número de médicos graduados en 2018 fue Bélgica con casi 29 graduados por cada 100,000 habitantes.

México registra 12 graduados galenos por cada 1000 residentes, lo cual lo ubica en un nivel intermedio, ante ellos es posible aumentar la calidad de los mismos a niveles un poco mayores como los de la República Checa e Italia (16 médicos por misma cantidad de personas).

CONSULTAS A DOCTORES POR PERSONA

País/Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Colombia	1.6	1.9	1.7	2.3	2	1.3	1.9	2.2	2.6
Costa Rica	2.3	2.4	2.4	2.3	2.3	2.2	2.2	2.2	2.3
México	2.7	3	2.8	2.6	2.7	2.6	2.5	2.4	2.3
Sweden	3	2.9	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.6
Greece							3.5	3.3	3.2
Chile	3.4	3.3	3.5	3.4	3.5	3.6	3.8	2.8	2.9
New Zealand		3.7					3.8		
Denmark	4.8	4.7	4.7	4.2	4.2	4.2	4.2	4.1	4
Switzerland		3.9					4.3		
Finland	4.2	4.2	4.2	4.2	4.3	4.3	4.4	4.4	4.4
Norway	4.4	4.4	4.2	4.3	4.3	4.4	4.5	4.5	4.4
Ireland					5.7	5.7	5.7	5	5.8
Luxembourg	6	6	5.9	5.9	5.9	6	5.7	5.8	5.5
Estonia	6.4	6.3	6.4	6.3	6.4	6.3	5.9	5.6	5.5
France	6.8	6.7	6.4	6.3	6.2	6.1	5.9	5.9	
Latvia	6.3	7	6.2	5.8	5.9	5.9	6.1	6	6.1
Austria	6.9	6.8	6.8	6.8	6.6	6.6	6.5	6.6	6.6
Slovenia	6.5	6.3	6.5	6.6	6.8	6.7	6.6	6.6	6.7
Canada	7	7	6.9	6.8	6.8	6.8	6.7	6.6	6.6
Belgium	6.7	6.7	6.7	6.7	6.8	6.9	7	7.2	7.3
Australia	6.5	6.5	6.5	6.7	6.8	7	7.1	7.3	7.3
Spain	7.4			7.6			7.3		
Poland	6.8	7	7.1	7.2	7.4	7.5	7.6	7.6	7.7
Czech Republic	7.1	7.3	7.4	7.4	8	8	8	8.2	8.2
Netherlands	6.6	6.2	6.2	8	8.2	8.8	8.3	9	8.8
Israel					8.7	8.6	8.5	8.3	8.2
Turkey	8.2	8.2	8.2	8.3	8.4	8.6	8.9	9.5	9.8
Lithuania	7.7	8	8.1	8.6	8.8	9.2	9.5	9.9	9.5
Germany	9.7	9.7	9.9	9.9	10	10	9.9	9.9	9.8
Italy			6.8	9.8	9.6	9.9	10.1	10.3	10.4
Hungary	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	11.1	10.9	10.7	10.7
Slovak Republic	10.9	11.1	11	11.2	11.3	11.4	10.9	10.9	11.1
Japan	13	12.9	12.8	12.7	12.8	12.6	12.6	12.5	
Korea	12.5	14.3	14.6	16.9	16.6	17.1	16.7	16.9	17.2
Iceland	6.1	5.9	6	5.9					
Portugal	4.2	4.1							
United Kingdom									
United States	4								

Fuente: (OCDE, 2021)

Gráfico 38

El sector privado funciona en contexto poco supervisado, brinda una atención desigual, con precios variables y fragmentado. En 1999 se contabilizaron 2,950 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización, que sumaban 31,241 camas, de las cuales 48% estaban en establecimientos con menos de 15 camas. (Organización Panamericana de la Salud, 2002) Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDEÑA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios. (Gómez Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011)

Con respecto al gasto privado en salud, podemos mencionar que México, Costa Rica y Paraguay tienen un porcentaje del gasto privado en salud que va desde el 91.47% a 93.24 % siendo los países que menos porcentaje del PIB destinan al sector sanitario, seguido por Gran Bretaña, Canadá y Alemania (Gráfica 2).³⁻⁵ Como podemos darnos cuenta este porcentaje disminuye en gran cantidad en los países desarrollados o que son considerados potencias mundiales los cuales cuentan con un sistema de salud más eficiente de acuerdo a las necesidades de la población. (Mariscal Cancelada, Zamora Suchiapa, & Torre Márquez, 2016)

3.6. Financiamiento

De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, la rectoría del sistema, el financiamiento de dichos servicios y la generación de recursos para la salud. (Salles & Grant, 2020)

En consecuencia, se abordan algunos elementos del financiamiento de la salud en México, la cual es sustentada con recursos públicos que provienen de la misma ciudadanía que paga impuestos, cuotas de seguridad, así como los propios usuarios pagan directamente de su bolsillo.

“Entre 2000 y 2015, el presupuesto de la Secretaría de Salud se incrementó casi cuatro veces (de 39 mil 422 a 153 mil 839 millones de pesos constantes). Esto permitió extender la cobertura de atención a la salud a 53 millones de mexicanos que no contaban con seguridad social. Sin embargo, en los últimos tres años del gobierno anterior y el primero del actual, este presupuesto se redujo hasta alcanzar la penosa cifra de 120 mil 298 millones de pesos constantes en 2019.” (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

Para realizar su función rectora la SS (Ramo Administrativo 12) ejercerá recursos para 2022 por 193,948,336,401 cifra que representa 2.7% del total del presupuesto público de este año. A ese porcentaje hay que agregar los recursos de organismos e instituciones del Sector Salud y el ejercido por los gobiernos de los estados. Estos se estiman en un equivalente al 0.4% del PIB.

Para el 2020 el gasto total de todos los proveedores de Salud en México, representaron 6.2% del PIB. El gasto proveniente del propio bolsillo de la población, en ese año fue de 3.1%, y el de todos los proveedores públicos fue de 3.1%. Es decir, en México el financiamiento de la salud tiene 50% con recursos del sector público y 50% de recursos por parte de los propios bolsillos del demandante. Es decir, no todos los pacientes utilizan los servicios públicos, y muchos de los que concurren a ellos, terminan por pagar medicamentos, estudios, material auxiliar, e incluso atenderse con proveedores privados.

Comparado con Estados Unidos, la nación que más gasta en salud, en 2020 el 2.9% del PIB es el equivalente del gasto que realizan los individuos privados, mientras el financiamiento público equivale al 14% del PIB. Aclarando que el mayor financiamiento es público, pero la provisión física del servicio es por parte de hospitales, clínicas, del sector privado.

Las propias autoridades por fin aclararon, en un comunicado oficial, que “el INSABI ...[sólo]... ofrece atención y medicamentos gratuitos en el primer y segundo nivel, por lo que los hospitales federales e institutos nacionales, que ofrecen servicios de tercer nivel, continuarán cobrando cuotas de recuperación.” (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

“El segundo gran problema del INSABI es su falta de claridad en materia financiera. El SP contaba con un esquema explícito de negociación y asignación de los recursos públicos, que se transferían a los estados y los hospitales de alta especialidad. Por cada afiliado, el Estado tenía la obligación de movilizar una cantidad de recursos que garantizaba el acceso a los servicios cubiertos. Este

cuidadoso entramado financiero, que aseguraba transparencia y certidumbre, se sustituyó con un arcaico mecanismo de asignación basado en la inercia histórica y las negociaciones políticas. Tal ambigüedad es precisamente lo que fomenta la discrecionalidad en la asignación presupuestal que el SP había logrado superar en gran medida. En 2020 las entidades federativas y los hospitales de alta especialidad no saben con cuántos recursos contarán ni conocen las reglas de su gestión, que aún no se diseñan. (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

El SNS está conformado por instituciones públicas y privadas. En instituciones públicas como el IMSS e ISSSTE se aportan contribuciones por el trabajador, patrón y el gobierno federal. En el ISSFAM y Pemex, los trabajadores no aportan a la salud, sólo el gobierno federal. Para las personas que no tienen acceso a estas instituciones públicas, IMSS-Prospera y Seguro Popular dan atención médica. En el primer caso, sin costo para el ciudadano. En el segundo caso, con una aportación, dependiendo de su capacidad económica. (CIEP, S/F)

La diversidad de formas de financiamiento, sin duda, es un factor que determina la diferenciación de los servicios y no ayuda en lograr unificar el sistema de salud. Ello porque, los que pagan cuotas de seguridad, no estarían dispuestos a recibir la misma calidad y oportunidad de los servicios médicos, en relación con aquellos que no aportan nada.

REGÍMENES VOLUNTARIOS/PAGOS DE BOLSILLO DE LOS HOGARES

País/Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Slovak Republic	2.2	1.9	2.1	1.9	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.4	1.4
Iceland	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6
Norway	1.4	1.4	1.3	1.3	1.4	1.5	1.5	1.5	1.4	1.5	1.6
Czech Republic	1.1	1.1	1.1	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.6
Ireland	2.5	3.0	3.0	3.0	2.8	2.0	2.0	1.9	1.8	1.7	1.7
Sweden	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	1.7	1.7	1.7
Denmark	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7
Netherlands	1.7	1.8	1.9	2.0	2.0	1.9	1.9	1.9	1.8	1.8	1.7
Estonia	1.5	1.3	1.4	1.5	1.5	1.5	1.6	1.7	1.8	1.7	1.8
Germany	1.9	1.8	1.8	1.8	1.7	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.9
Poland	1.8	1.8	1.9	1.9	1.8	1.9	2.0	2.0	1.8	1.8	1.9
Finland	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.1	2.0	2.1
Italy	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.3	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3
United Kingdom	1.8	1.8	1.9	2.1	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.3
Slovenia	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5	2.4	2.3	2.3	2.3	2.3	2.4
Lithuania	1.9	1.9	2.0	2.1	2.0	2.1	2.2	2.2	2.1	2.4	2.5
Austria	2.6	2.5	2.6	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.6	2.6	2.7
México	2.9	2.6	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.8	3.1
Korea	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.7	2.8	2.9	3.0	3.2	3.2
Chile	2.8	2.7	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.6	3.6	3.7	3.5
Portugal	3.4	3.4	3.7	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.7	3.5
Australia	2.6	2.6	2.8	3.1	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	2.9	
Belgium	2.4	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	2.5	2.5	
Canada	3.2	3.1	3.1	3.0	3.0	3.2	3.3	3.3	3.2	3.2	
Colombia	1.8	1.6	1.8	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	
Costa Rica	2.2	2.2	2.0	1.9	2.1	1.9	1.8	1.8	1.9	1.9	
France	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	1.9	1.9	1.8	1.8	
Greece	3.0	3.1	3.0	3.1	3.2	3.3	3.2	3.2	3.3	3.1	
Hungary	2.5	2.5	2.6	2.4	2.3	2.2	2.2	2.1	2.0	2.0	
Israel	2.5	2.5	2.6	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	
Japan	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	
Latvia	2.4	2.0	2.1	2.1	2.2	2.3	2.7	2.5	2.5	2.6	
Luxembourg	1.1	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	
New Zealand	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	1.9	1.9	..	
Spain	2.3	2.4	2.6	2.6	2.7	2.6	2.5	2.6	2.7	2.7	
Switzerland	3.6	3.5	3.5	3.5	3.6	3.7	3.9	3.9	3.8	3.8	
Turkey	1.1	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	
United States	8.3	8.3	8.3	8.1	2.8	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	

Fuente: (OCDE, 2021)

Gráfico 39

Los pagos de salud privados en México han venido aumentando de un equivalente 2.9% en 2011 a 3,1% en 2021. Ello demuestra que los ciudadanos dedican al bien salud un poco más del 50% del gasto total en salud.

Parte de esos gastos, para muchas familias son“...extraordinariamente elevados o “catastróficos” que deben realizarse ante ciertas situaciones adversas (Knaul y otros, 2003). Asimismo, el gasto de bolsillo en salud es también inequitativo en términos de género: en cuatro países de la región, el correspondiente a las mujeres es entre un 16% y un 40% superior al de los hombres (Gómez, 2001). Por último, se destaca que los medicamentos constituyen el componente más importante del gasto en salud de los hogares. En virtud de este hecho y del elevado costo de ciertos tratamientos, en los países de la región se han desarrollado diversas estrategias para incrementar el acceso a los medicamentos, entre las que se destaca la utilización y promoción del uso de genéricos. (Cruces, 2006)

GASTO FAMILIAR EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR CORRIENTE
(En porcentajes, por quintil de ingreso del hogar)

	Quintil					total	Q1/Q5
	Más pobre	2	3	4	Más rico		
Chile	2,16	1,79	1,86	1,89	1,75	1,89	1,24
México	4,22	3,17	2,71	2,91	2,82	3,17	1,50
Paraguay	6,99	5,06	4,31	4,67	4,25	5,04	1,65

(Cruces,
2006)

Gráfico 40

La estructura de financiamiento del sistema de salud es un determinante clave desde la perspectiva de la equidad y la solidaridad. Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud. El gasto público en salud es progresivo, dado que los sectores más pobres reciben una proporción mayor de este (CEPAL, 2005). Por el contrario, una mayor incidencia del financiamiento de bolsillo se traduce en una menor redistribución y más inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en lo que respecta a la prestación y financiamiento de la salud mayor sería, en principio, la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y la población que solo tenga acceso al sector público. No obstante, esto depende del grado de articulación entre la seguridad social y la prestación pública, así como del nivel de financiamiento del sector público. (Cruces, 2006)

Financiamiento y Gasto:

Los CMS recaban en gran parte la información sobre el financiamiento de los costos sanitarios de una variedad de fuentes: datos de Medicare, datos de Medicaid, los aseguradores privados, el IHS, el DOD y la VA. Los gastos de asistencia sanitaria en los Estados Unidos de América siguieron aumentando durante los años noventa, habiendo aumentado los gastos públicos más rápidamente que los del sector privado. En términos generales, los gastos totales para la salud han rondado en torno a un 13,0% del PIB, totalizando US\$ 1, 210, 700 en 1999. Los gastos públicos constituyeron aproximadamente 45,3%, y el gasto privado, aproximadamente 54,7%. (Palud, 2002)

El sector público se financia con recursos fiscales provenientes de los niveles nacional, provisional y municipal. Además, recibe pagos ocasionales por parte del sistema de seguridad social por atender a sus afiliados. La administración central y organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional. (Giedión, Villar, & Ávila, 2010)

Como hemos señalado, la financiación de los sistemas de salud es el proceso mediante el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias y secundarias, se acumulan en fondos mancomunados y se asignan a las actividades de prestación de servicios. Para facilitar el análisis, es útil dividir la financiación del sistema de salud en tres subsunciones: recaudación de ingresos, mancomunación de fondos y compras. (Murray & Frenk, 2000)

La recaudación de ingresos es la movilización de dinero a partir de fuentes primarias (hogares y empresas) y secundarias (gobiernos y organismos donantes). Existen ocho mecanismos básicos para movilizar fondos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales, impuestos específicos, donaciones de organizaciones no gubernamentales, y transferencias de organismos donantes. (Murray & Frenk, 2000)

FINANCIAMIENTO Y ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

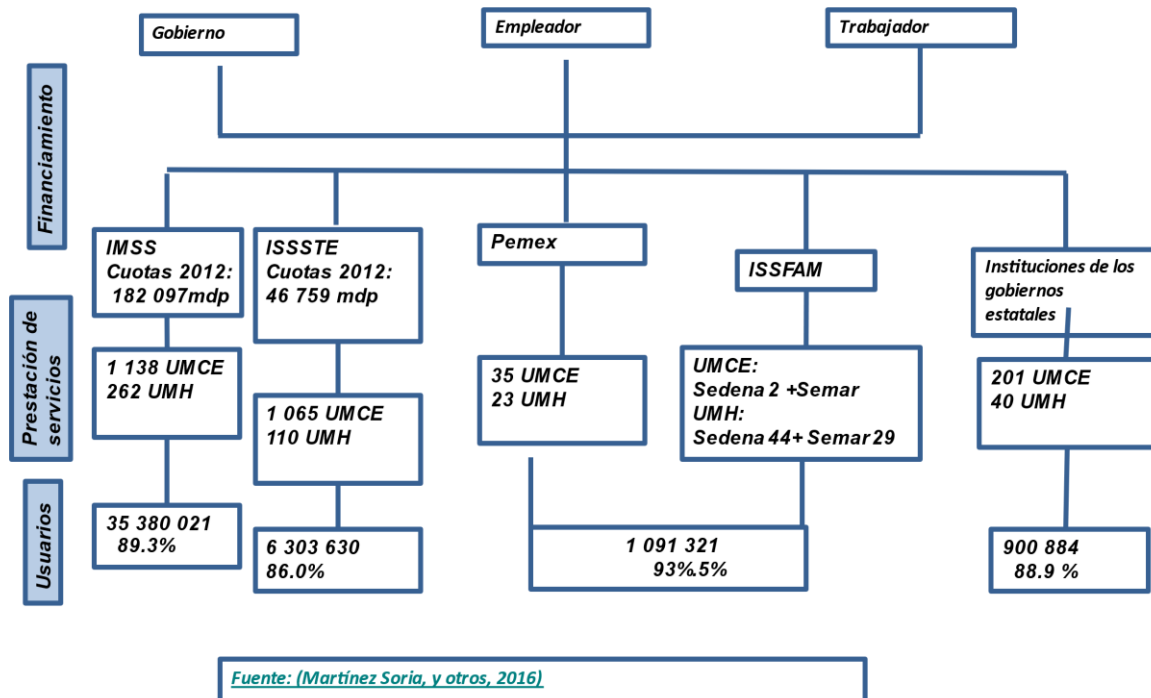


Gráfico 41

El financiamiento es desigual entre subsistemas, el gasto de bolsillo se mantiene alto y persisten las ineficiencias arraigadas. Existen brechas considerables entre los derechos a la atención de salud de los individuos en el papel y sus experiencias en la realidad, con los cubiertos por el Seguro Popular en particular desventaja. La salud en México cuenta con menos recursos que otros países de la OCDE. México destinó en 2013 el 6.2% del PIB a la salud, menos que el promedio de la OCDE de 8.9%, lo que equivale a 1, 048 dólares PPA per cápita por año (el promedio de la OCDE es 3, 453 dólares PPA en 2013). La proporción de este gasto que proviene de fuentes públicas es particularmente baja. Solo en Chile (46%) y en Estados Unidos (48%) el porcentaje del gasto público en salud es inferior al de México (51%). El gasto público bajo y la inversión total limitada en el sistema de salud se refleja en los recursos nacionales de salud de México. México cuenta con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeras practicantes por cada 1,000 habitantes, mucho menos que el promedio de la OCDE de 3.3 y 9.1, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, con 1.6 camas por cada 1,000 habitantes en 2013, comparado con 4.8 camas por cada 1,000 habitantes en la OCDE: de nuevo el más bajo de los países de la OCDE. (OCDE_Mejores políticas para una vida mejor, 2016)

Además, el financiamiento efectivo no es equitativo entre los subsistemas de salud. A pesar de que el gasto per cápita total ahora es muy similar para personas con y sin seguridad social (\$3,429 pesos per cápita para aquellos sin seguridad social en 2013, comparado con \$3,505 para los afiliados del IMSS y \$3,945 para los afiliados del ISSSTE), las diferencias en los derechos persisten, lo que implica algunas enfermedades comunes y devastadoras. (OCDE_Mejores políticas para una vida mejor , 2016)

3.7. Impacto del Manejo de la Pandemia Coronavirus Sars 2 y la Visión del Mando Único en Salud⁶

La Pandemia COVID 19 en 2020-2022 puso de manifiesto las insuficiencias del subsistema público de salud de atención a la población abierta. Sucediendo una paradoja: por un lado, disminuyó la demanda física de servicios de salud y por el otro aumento el número de personas sin servicios de salud.

En efecto, en 2020, "...los más de cien centros del sistema del Sector Salud, a causa de la pandemia o de manera deliberada, las clínicas y hospitales redujeron entre 42% y 49% las consultas a los derechohabientes de enfermedades como cáncer, hipertensión, obesidad y otras crónico-degenerativas." (Celis, 2021)

Y, paradójicamente, "El sistema de salud excluye a 33 millones de mexicanos (el 26% de la población) y con ello se profundiza la brecha social, afectando a los más pobres." (Celis, 2021) El desempleo significa que más personas se quedan sin servicios de salud: "...la crisis económica subsecuente determinó que el porcentaje de ocupados que no tiene derecho a los servicios de salud llegó al 62.3%, cinco puntos porcentuales más que en todo el período neoliberal (2006-2020). (Celis, 2021)

También se exhibió de manera espontánea el carácter complementario del subsistema de salud privado, ya que, "...del total de la población afiliada al IMSS, el 34% recurre a los consultorios de las farmacias privadas y lo mismo ocurre con el 41% de los inscritos en los otros sistemas públicos." (Celis, 2021)

⁶ <https://actualidad.larioja.org/noticia?n=not-salud-asume-el-mando-unico-para-gestionar-la-crisis-de-coronavirus-en-centros-sociosanitarios>.

Esta complementariedad no debe verse como un problema sino como una oportunidad que debe ser explicitada, para convertir el sistema de salud mexicano en una unidad armónica.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto de forma dramática la inestimable labor del personal sanitario y asistencial y la importancia de ampliar las inversiones en ese ámbito. Para satisfacer las necesidades del personal sanitario y cumplir los ODS y sus metas relacionadas con la cobertura sanitaria universal, se necesitarán más de 18 millones de trabajadores de la salud de aquí a 2030. Las diferencias entre la oferta y la demanda de este personal se concentran en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. Se prevé que la creciente demanda de trabajadores de la salud creará 40 millones de puestos de trabajo en este sector de aquí a 2030. Se necesita invertir en los sectores público y privado para formar a esos trabajadores y para crear y cubrir puestos de trabajo remunerados en el sector y la economía de la salud. La pandemia de COVID-19, que inicialmente afectó de forma desproporcionada al personal sanitario, ha puesto de manifiesto la necesidad de proteger a los profesionales de la salud y del ámbito asistencial, de dar prioridad a la inversión en su formación y empleo, y de promover alianzas destinadas a ofrecerles unas condiciones de trabajo dignas. (Organización Mundial de la salud , 2021)

La situación en la que nos encontramos tras la pandemia provocada por el COVID-19 exige o justifica algunas reflexiones sobre la configuración del sistema de salud. Es muy probable que algunos de los defectos evidentes en la forma de abordar el sistema se deban a una ausencia clamorosa de elementos de vertebración del mismo y, por tanto, de una actuación presidida por la precipitación y la falta de coherencia histórica. Es cierto, también, que han aparecido nuevos problemas y nuevas fórmulas que plantean, a su vez, algunas cuestiones nuevas. (Palomarolmeda, 2020)

4. Sistema Único de Salud: Propuesta Alternativa en la Mejora Integral de Atención Médica a la Población en México

No hay duda de que México como un objetivo noble y loable del Gobierno Federal debe prevalecer como prioridad el tema de la salud pública, para lo cual, se requiere un Sistema de Salud Pública, mucho mejor en todos los aspectos, en calidad y cantidad, es decir, en lo cuantitativo y cualitativo, mismo que, abarque a toda la población abierta, sin exclusión alguna, sin ningún tipo de discriminación, aun cuando por su condición de vida, bien sea desempleo o de economía informal, no tenga, la posibilidad formal de cotizar algún sistema o institución de salud, a través de los descuentos en su ingreso por concepto de sueldos y salarios.

El principal objetivo es mantener una población sana y que los afectados por enfermedades no experimenten un efecto catastrófico en sus ingresos, por atenderse. La evolución de la atención de salud, sin duda ha venido mejorando en los últimos años, como exigencia de la población por los efectos de la pandemia. No obstante, aún no se ha logrado generalizar el acceso cómodo a la salud, ya que por ejemplo en 2020, 35.7 millones de mexicanos viven preocupados por no tener acceso a la salud.

Un paso adelante en la solución puede ser evitar duplicidades de funciones, operaciones, gastos y esfuerzos. Ello implica reducir el proceso de usuario-médico-hospitalización-curación.

4.1. La Llamada Federalización de la Salud

La creación de un Sistema Único de Salud Pública (SUSA), puede ser una alternativa, para lograr la cobertura universal y una atención de alta calidad de la salud de los mexicanos. Un primer paso, a pesar de lo que manifiestan los detractores del actual Gobierno, los números vislumbran un cambio tendiente a resarcir el rezago existente y acumulado, por los menos en los tres últimos sexenios que, antecedieron al presente, es decir, se está dando en la actual administración 2018-2025, una reconstrucción de los servicios de salud en México, pero, sin duda, aún es insuficiente ante el incremento exponencial de la demanda, por el crecimiento poblacional, en otras palabras, es el aumento medio anual total, de una población resultante del número de nacimientos menos el de defunciones, más el de inmigrantes y menos el de emigrantes, durante un determinado período.

Lo anterior se encuentra estrechamente vinculado con la expectativa de vida o la esperanza de vida en México, la cual, ha aumentado considerablemente pasando de un promedio de 34 años en 1930, a 40 años en 1940, 61 años en 1970, 74 años en el 2000, 75 años en 2019 y finalmente en el 2022 se estima en 77 años, lo que será un detonante en el crecimiento de la población, con sus repercusiones en el tema de crecimiento de las enfermedades crónico degenerativas y las relacionadas con personas seniles; de igual forma, tendrá efectos colaterales en el tema de pensiones, todo inherente y de competencia del Sector Salud, y que, es un motivador de la construcción del SUSA en México.

Cuando se habla del SUSA, se define en esta tesis, como la coordinación única de todo un nuevo Sistema Nacional de Salud, que comprenda el subsistema de salud que atiende a la población asegurada y el subsistema que atiende a la población abierta. Y además podría agregarse una especie de complemento voluntario que provenga del subsistema de salud privada.

Lo más difícil de integrar el Sistema Único de Salud en México, es conciliar elementos tan disímiles, como la gran diversidad de enfermedades y de etapas gravedad, así como por la variedad de formas de financiarse que van desde aportaciones de los mismos usuarios y empleadores, pasando por el financiamiento del gobierno mediante recursos fiscales, donaciones privadas, caridad religiosa, filantropía, hasta el pago directo que realizan los consumidores de salud pública.

El hecho es que unos pagan por su salud, les cuesta los servicios de salud, y para otros usuarios será gratis, aunque financiado con recursos fiscales, es decir, obtenidos de impuestos a la misma población.

Igualmente, el monto de recursos necesarios para integrar elementos tan disímiles será el otro obstáculo a la creación del Sistema Único de Salud, que bien podría establecerse en 2024-2030, aprovechando las bases y elementos que puedan existir entre 2022 y 2024.

La actual administración pública, ha logrado aumentar el margen de maniobra del presidente sobre los recursos presupuestales. Antes era del 8% del total del presupuesto nacional. Es decir, si el monto de recursos que puede asignar el presidente de manera personal o discrecional, han aumentado hasta un 12-16% del total del presupuesto público, es posible asignar a la Salud un buen volumen de recursos, para lograr establecer el Sistema Único de Salud.

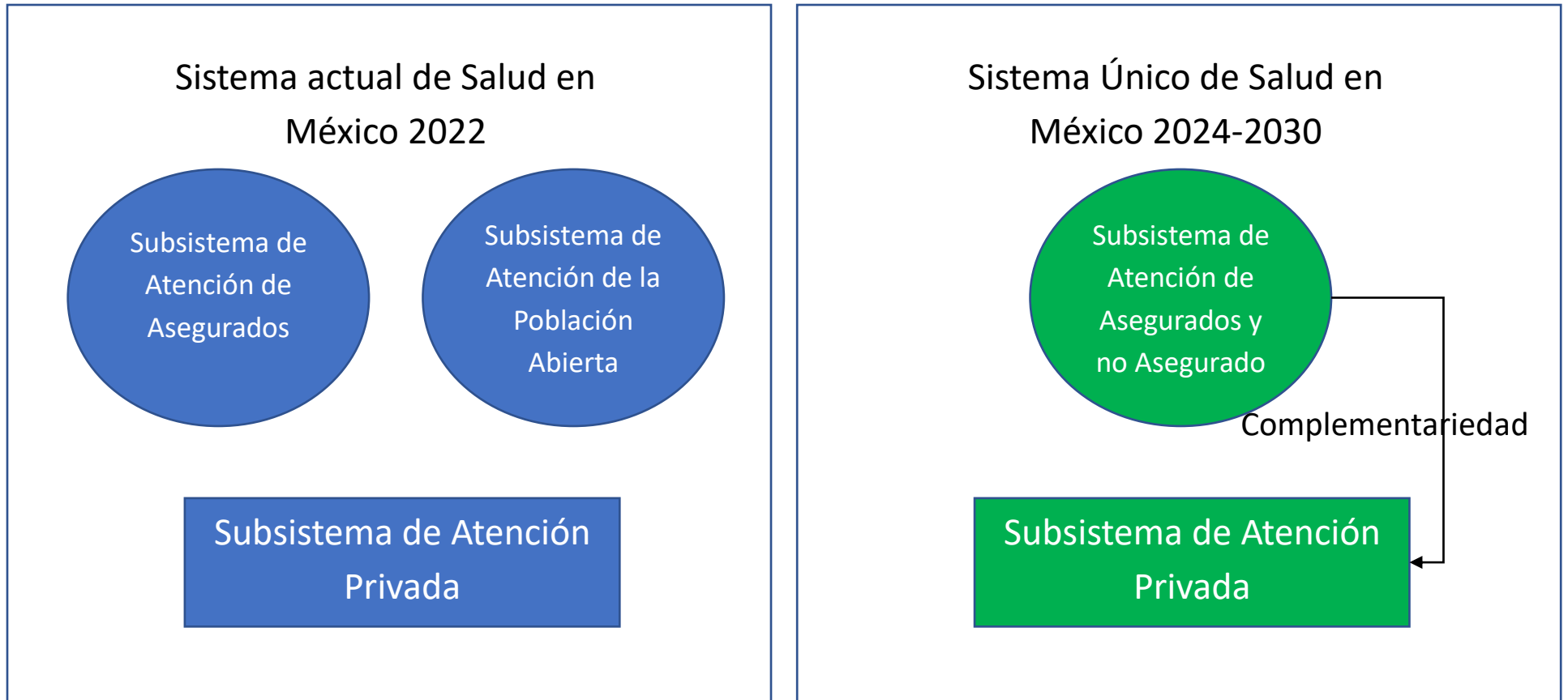


Gráfico 42

Un primer gran paso, en la conciliación de los elementos del subsistema de salud pública, pagado por usuarios y gratuito para otros, fue el 1 de marzo del 2022, cuando se realiza la segunda gran reforma al subsistema de salud, en la parte de atención a la población abierta, que consiste en extender los servicios del IMSS-Coplamar a la población abierta. La primera reforma fue la creación del INSABI.

Integrar así el IMSS con el INSABI, o sea a usuarios que les descuentan por seguridad social y los que no pagan por el servicio, es el conflicto por resolver más importante en el camino hacia construir un Sistema Único de Salud Pública. Y esa integración ya la ha iniciado el Gobierno actual.

Se entiende que, a partir de una experiencia positiva como el IMSS Coplamar, se trata de aplicarlo y, sobre todo, ampliarlo gradualmente hacia la población abierta o que no cuenta con servicios de salud.

Así se deduce del planteamiento del presidente: "...para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a las personas sin seguridad social en el país, el gobierno federal ahora apuesta al "IMSS-Bienestar para los mismos fines." La ruta es que se espera que "...en los dos próximos años los servicios de salud del resto de las entidades sean incorporadas a IMSS-Bienestar, para atender y promover la salud de las personas sin ningún tipo de seguridad." (Ortega, 2022)

4.2. Algunas características del IMSS Coplamar

Es un programa del IMSS denominado Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) creado en 1979 para establecer y operar 2,000 unidades médicas rurales en regiones desatendidas, especialmente indígenas, y 52 clínicas-hospitales de campo. (Velásquez Díaz, 1991)

Siguiendo con la misma autora (Velásquez Díaz, 1991), en sus inicios se estimaba atender 10 millones de personas, en sólo dos años de operación, para 1981, se habían rebasado estos planes, pues se atendieron 14 millones de personas en 3,024 unidades médicas.

Este sistema evolucionó, cuando en 1988, se descentralizan los servicios médicos en catorce estados, formando los Servicios Estatales de Salud, en las 17 entidades restantes, continuó la labor del IMSS-COPLAMAR, contando con 2,686

unidades médicas rurales y 52 clínicas-hospital, obteniendo logros significativos en descenso de padecimientos gastrointestinales, deshidratación oral; enfermedades prevenibles por vacunación han disminuido; mayor prestación de servicios hospitalarios, etc.

IMSS-Bienestar tiene más de 40 años de operación, a través de distintos nombres como COPLAMAR, Solidaridad y Oportunidades y Bienestar. (Redacción, 2022)

“El IMSS-Bienestar, ha venido ofreciendo atención médica gratuita de primer nivel, en unidades médica (en zonas rurales), y por un determinado número de unidades, se crea un hospital de 40 camas”. (Poy & Martínez, 2021)

Para el uso de la experiencia del IMSS Coplamar, también se deben tener en cuenta las limitaciones siguientes, de acuerdo con (Chertorivski, 2022)

4.3. Características del IMSS Bienestar

La actual Administración ha comenzado un proyecto, si no de unificación, si pudiera tomarse como un primer paso, para el Sistema Único de Salud. “A imagen y semejanza de lo que es el IMSS-Bienestar, se va a ampliar todo el sistema de salud pública” (Poy & Martínez, 2021)

El programa IMSS-Bienestar es un subsistema de salud “...con el que el gobierno federal pretende dar acceso a servicios de salud y medicamentos gratis para las personas sin seguridad social.” (Redacción, 2022) Consiste en la extensión de un proceso de producción de salud, que se ha venido desarrollando a lo largo del tiempo, a partir del IMSS que se financia de cuotas obrero-patronales, pero que abarcará ya a población abierta o no asegurada.

Esta acción implica reducir la población que no cuenta con servicios de salud, puesto que, con base en la ya creada infraestructura del anterior sistema, “...opera en 19 entidades atendiendo a 11.6 millones de personas que viven en zonas rurales o urbanas marginadas. (Redacción, 2022)

Según las reglas de operación, la población objetivo es "aquella no cubierta por ningún sistema de seguridad social, en su mayoría residente de localidades de alta y muy alta marginación, en las que, el programa proporciona sus servicios". (Redacción, 2022)

Es la población que, recibe servicios de salud de carácter ambulatorio hospitalario. Las principales características de acuerdo con el Director General del IMSS (Redacción, 2022)

La aplicación del nuevo sistema, "...se hará a través de los hospitales estatales, que para 2024, se habrán convertido al modelo IMSS-Bienestar, operados y administrados bajo los lineamientos del modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), consiste en atención primaria a la salud – diagnóstico y prevención –, acción comunitaria, atención hospitalaria todos los días del año en dos turnos, así como acciones de prevención y conservación."

La atención médica incluye los servicios de salud y las acciones de vigilancia epidemiológica que se proporcionan a través de 3,622 unidades de salud, 184 brigadas de salud, 140 unidades médicas móviles, 37 centros de atención rural obstétrica y 80 hospitales.

Se describen brevemente los siguiente Servicios de IMSS-Bienestar:

En el caso de **primer nivel** se ofrecen los siguientes servicios:

- Consulta de medicina general.
- Atención a urgencias básicas.
- Medicina preventiva.
- Atención a la salud mental.
- Atención de enfermería.
- Consulta externa de medicina familiar.
- Consulta externa de especialidades.
- Medicina preventiva.
- Vigilancia epidemiológica.
- Estomatología.
- Nutrición.

El **segundo nivel** se proporciona a través de 80 Hospitales Rurales, en los que también se da consulta externa médica familiar, y se incluyen especialidades básicas de medicina interna, como ginecología y obstetricia, pediatría y cirugía general, además se cuenta con servicios de odontología, psicología, medicina preventiva, vigilancia epidemiológica, laboratorio, radiología, entre otros.

Para el **tercer nivel**, se cubren ocho especialidades que son Cirugía Pediátrica, Cirugía Reconstructiva Pediátrica, Cirugía Reconstructiva, Ginecología

Oncológica, Ortopedia, Ortopedia Pediátrica, Urología y Oftalmología durante las Jornada Médicas Quirúrgicas.

En tanto que la acción comunitaria utiliza diversas estrategias para fortalecer el autocuidado a la salud y difundir métodos para mejorar las condiciones de salubridad y ambientales entre las comunidades.(Redacción, 2022)

De tener éxito, este primer paso puede ampliarse poco a poco al ISSSTE y demás sectores de salud pública.

Sin embargo, ahora en sus inicios se observan limitaciones que gradualmente deben superarse:

- Es una institución, sin el conocimiento, ni la capacidad, para administrar un sistema de salud nacional.
- Solo tiene presencia en 19 estados de la república y da atención de 1^{er} y 2^o, nivel primordialmente en zonas rurales.
- Cuenta con pocos hospitales, además, nunca ha manejado la alta especialidad ni las necesidades de zonas urbanas.
- Su segmentación ocasiona problemas en el IMSS, toda vez que, hay pacientes de primer y segundo nivel.
- Traerá problemas enormes a los estados de la República que decidan adherirse.
- Las clínicas y hospitales son parte del patrimonio de los 32 estados. ¿Cómo van a desincorporarlos?
- No tiene más de 10,000 trabajadores sindicalizados del Sistema de Salud.
- En los sistemas de salud, hay más de 400,000 trabajadores de otros sindicatos que, fueron contratados bajo otras condiciones de trabajo.
- Su seguridad laboral ahora está en entredicho. (Chertorivski, 2022)

4.4. El costo del nuevo sistema

Para el presidente, "...la razón principal es la insuficiencia de recursos, y los pocos que existen, no permiten cumplir con la atención a la salud, precisamente por la duplicidad y alargamiento de responsables de la salud de los usuarios."

Se entiende que un primer costo de la unificación del sistema de Salud, es la reorientación de la salud atendida por los estados, cuyos recursos equivalen al

0.4% del PIB nacional. Estos recursos se verían aumentados con el actual 2.0% del PIB, que manejan el INSABI y el Sector Salud.

Este costo es en cuanto a recursos monetarios. En el caso de los costos en el campo de la salud, no solo se miden los ingresos, sino también los beneficios, el bienestar y la calidad de vida. En este orden de ideas, es necesario destacar que, desde un inicio, los conceptos de costo manejados por los economistas y los contadores, son distintos. Un economista concibe el costo en términos del costo de oportunidad, es decir, lo que, implica renunciar a la mejor de las demás opciones, cuando se elige una en particular. Un contador, en cambio, concibe el costo en términos del valor monetario total de los recursos consumidos para alcanzar algo. El costo es una categoría económica, mientras que, el gasto es una categoría contable. (Collazo Herrera, Cárdenas Rodríguez, González López, Miyar Abreu, Gálvez González, & Cosme Casulo, 2002)

El primer costo (0.4% del PIB), derivado de los recursos estatales, formaría parte del proceso de unificación del sistema de salud mexicano. Todo ello se muestra en que: tras la descentralización del sistema de salud público "...se vino abajo, casi se destruyó, porque la Secretaría de Salud se convirtió sólo en un ente normativo, se quedó a cargo de manejar 10 hospitales, incluidos los Instituto Nacionales de Salud, y todo lo demás era mandar dinero a los estados".

Con la creación del Seguro Popular (antes de 2020), los recursos que se enviaban a las entidades "se usaban para otra cosa, se desviaban, y el sistema de salud pública estaba en el abandono, tirado, pero ahora estamos llegando a acuerdos con los gobernadores para que la federación se haga cargo de garantizar el derecho a la salud". (Poy & Martínez, 2021)

Si bien esto se puede interpretar como un desplazamiento del INSABI, también puede entenderse como un primer paso para lograr un subsistema de salud único. Porque crear un subsistema único de salud pública, tiene como principal obstáculo la fuente de pago: por un lado, el IMSS pervive de las cuotas obrero-patronales, del otro, la salud de la población abierta es financiada con recursos fiscales del gobierno, y en teoría el usuario no paga nada por el servicio.

También pueden considerarse "...que para ofrecerle a la población no asegurada los mismos servicios de salud que reciben los afiliados al IMSS se requieren 346 mil millones de pesos adicionales." (Frenk & Gómez Dantés, 2020)

Entonces se trata de que la atención a la población abierta, que no tiene seguridad social (35.7 millones de mexicanos), se vaya generalizando y extendiendo a partir de un modelo que ha venido creciendo y funcionando muy bien: el IMSS-Coplamar (Poy & Martínez, 2021)

Por lo pronto, 0.4% del PIB que corresponde a los servicios estatales a través de sustituirlos por el IMSS-Bienestar, puede agregar todo Sector Salud para atender a la población abierta, y cuyos recursos equivalen a 2.7% del PIB.

Pero a ese monto, al menos para el 2024 cuando principie un nuevo gobierno, puede agregarse al menos 1.5% del PIB (donde se incluyen los estimados 346 mil millones) para corregir anomalías y mejorar los servicios de salud, a través de un Sistema Único de Salud. Esto arroja en principio 4.6% del PIB como costo de dicho Sistema. No olvidar que a esto se agrega un 3% del PIB del gasto privado en salud.

4.5. Qué abarcará la unicidad del Sistema de Salud Mexicano

Un sistema completo de salud abarca desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos, garantizando el acceso completo, universal y gratuito. Implica Universalidad, pero también un solo mando de todo el Sistema.

Ello significa que bajo un solo mando se concentrará todos los servicios de salud pública, desde la atención ambulatoria hasta trasplante de órganos y especialidades. Cabe señalar que es posible agregar consultorios y hospitales privados que operarían como asociados, es decir, estarían en el sistema como posibles opciones para los usuarios para reducir el tiempo de atención, la distancia y evitar colas y esperas inútiles.

Se trata de unificar en un solo mando, individual o colegiado, a todos los servicios de salud públicos y asociados voluntarios del subestime privado. Todo ello administrado mediante un sistema digital (intranet e internet) que se concentre en el usuario.

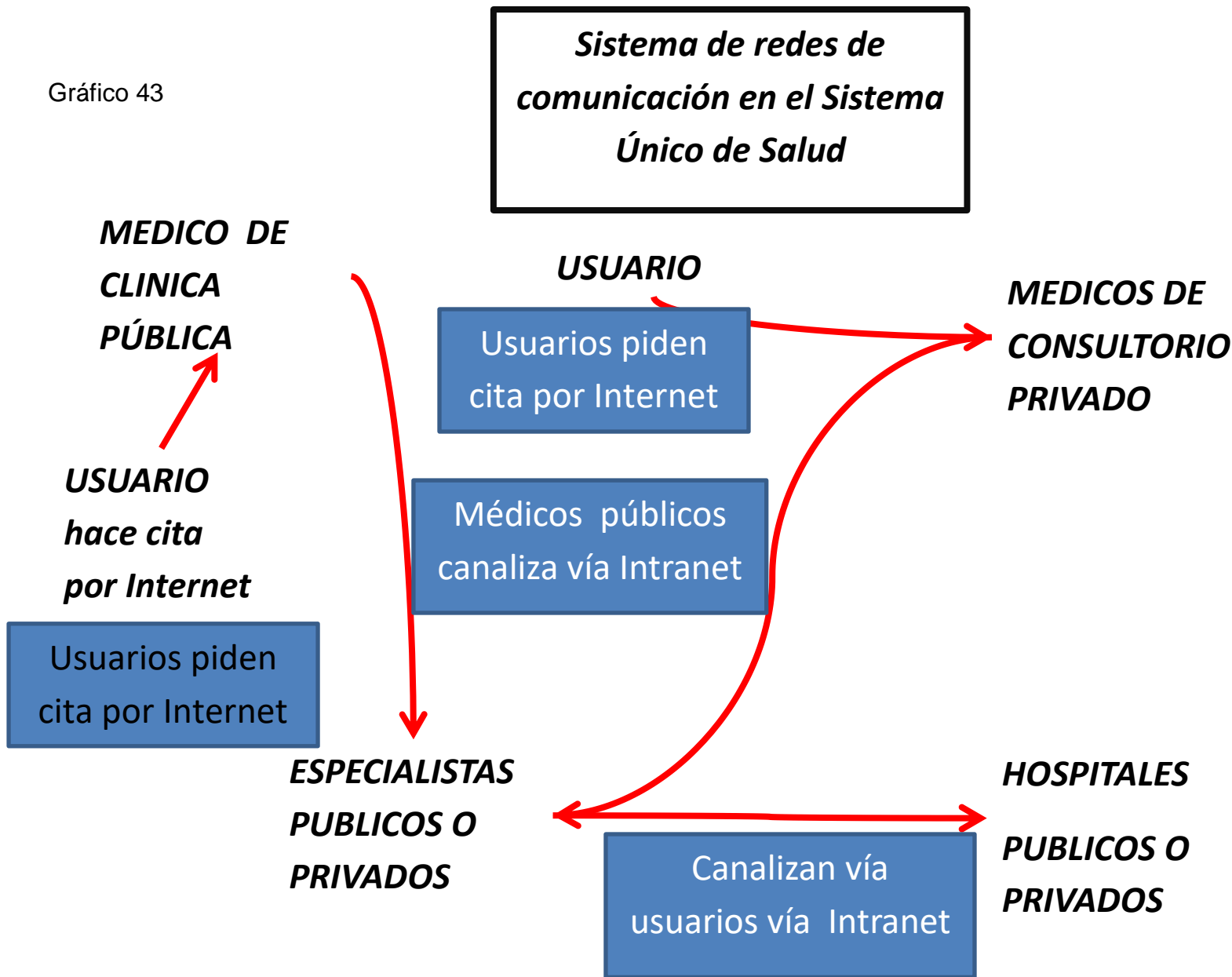
Es decir, el sistema digital mantendría una base de todos los servicios, camas y médicos disponibles, que inmediatamente fueran contactados por los usuarios, sobre todo de acuerdo a la cercanía de su domicilio.

Este nuevo sistema único de salud estará comunicado con un moderno sistema de Tecnologías de Información, que atienda la demanda de salud y canalice los casos en tiempo real, hacia los médicos y estos igualmente puedan canalizarlos hacia las especialidades y necesidades de hospitalización, que con tecnologías informáticas indiquen los espacios vacíos de atención.

Cuando se dice que el sistema digital o informático ayude a canalizar al demandante de salud hacia el médico, pueden ser médicos de las clínicas públicas, como médicos privados asociados al sistema público.

Luego los médicos, con acceso al sistema informático, pueden localizar los espacios vacíos de atención más especializada, si fuera necesario, e incluso de hospitalización, a donde eventualmente se canalizarían a los demandantes de salud.

Gráfico 43



Igualmente es posible concentrar todos los recursos financieros en un sistema único de pagos, también manejado por medios de tecnologías de la información, pagos mediante tarjetas, cobros bancarios, para darle un mejor desempeño en cuanto a médicos, enfermeras, personal en general, y proveedores.

Es algo como aprovechar al máximo, mediante un sistema interno del SUS, el actual "... Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios (SPEI), el cual permite realizar pagos electrónicos a cualquier persona sin desplazarse, en cuestión de segundos, seguros y sin importar que las cuentas estén en bancos diferentes. A través del SPEI, se pueden pagar, por ejemplo, la colegiatura, renta, mensualidad del gimnasio, hipoteca, el crédito de auto y enviar dinero a los seres queridos, por mencionar sólo algo." (Juárez, 2022) Y también extenderse a todos los pagos relacionados con el sistema de salud: sueldos, salarios, equipo y refacciones, y a todos los proveedores del Sistema.

Este proyecto ayudaría para avanzar hacia la cobertura universal, un Sistema de Salud Universal totalmente integrado en su parte pública y con asociados privados voluntarios, que garantice una atención centrada en la persona que busca atención a su salud.

Esto puede permitir, "...un sistema de salud equitativo, eficiente, sustentable y de alta calidad. Esto no podrá lograrse con la fragmentación actual en la estructura de atención de salud, ya que existen diferentes niveles de atención para distintos grupos, a diferentes precios y con resultados diferenciados. En su lugar, México requiere un sistema de salud funcional unificado donde el acceso esté determinado por la necesidad y no por la situación laboral. (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C., 2021)

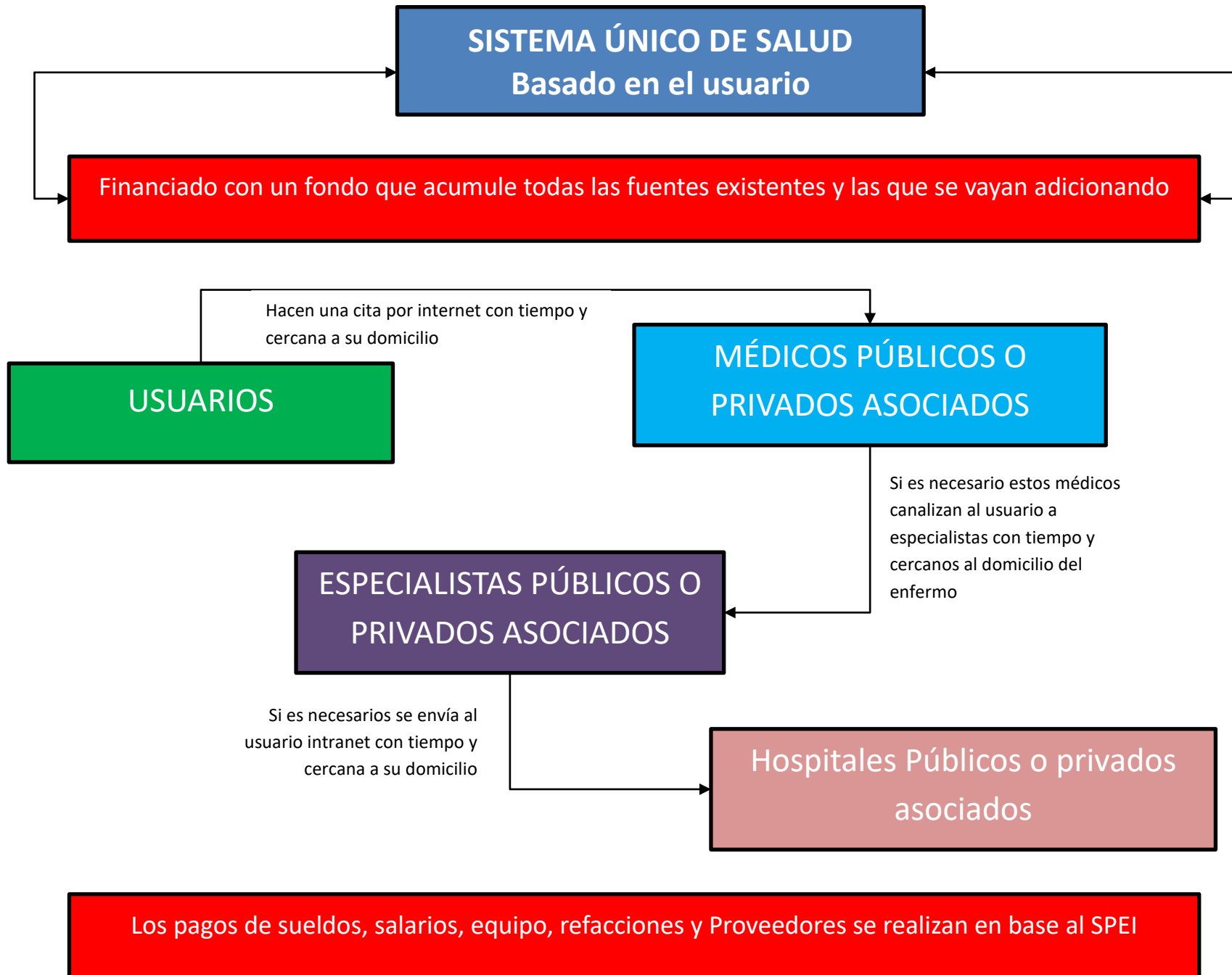


Gráfico 44

El mando único, que puede ser un grupo colegiado, puede combinarse con la gestión dispersa por especialidad o regiones alejadas.

Si como se propone que las fuentes de financiamiento vayan sin etiquetas de procedencia a un solo fondo, podría eliminarse "...la disociación existente entre aseguramiento y prestación de servicios de salud [que es la causa] de la fragmentación del sistema, dando como resultado problemas de integralidad y continuidad de la atención al usuario (Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, & Montoya-Rojas, *Sistemas y modelos de salud, su incidencia*, 2013)

La administración unitaria implica que todos los hospitales de cualquier nivel y especialidad sean coordinados para que tengan toda la infraestructura, medicamentos, servicios médicos suficientes, transporte, etc. Es decir, la especialidad de algunos centros de atención a la salud no debe ser obstáculo para la unificación del sistema de salud en México. (Cruces, 2006)

La concentración del financiamiento en un fondo único, eliminarían la diferencia de los niveles socioeconómicos, entre personas que son beneficiarias de la seguridad social, conformada en su mayoría por trabajadores del sector formal de la economía, y quienes, por carecer de un empleo formal o encontrarse en situación de pobreza debían acceder a la cobertura en especies brindada por la Secretaria de Salud: la población abierta. Por ende, no parece desacertado afirmar que los estratos socioeconómicos juegan, tanto en México como en el resto de América Latina y el Caribe, un papel sumamente relevante a la hora de determinar el acceso a la protección en salud. (Zamboni, 2004)

Con los recursos de salud concentrados en un fondo único, se rompería la atención preferencial de los que aportan que son los trabajadores pertenecientes al área de empleo formal, los cuales según lo establecido por la Ley de Trabajo deben aportar obligatoriamente a algún de los Institutos de la Seguridad Social, dependiendo de la rama de la economía en la que se desempeñen. El segundo aporte está conformado por los que realizan los empleadores por cada empleado que poseen y finalmente un complemento aportado desde el Estado Nacional. En porcentajes, el total de los aportes ronda entre un 8% y un 10 % del salario de cotización del trabajador⁶ se financia a partir de aportes realizados desde tres sectores: los trabajadores, los empleadores y el Estado ⁵ En el caso de México la Ley Federal de Trabajo ⁶ Salario Nominal Nacional. Los aportes realizados rondan entre el 8 y el 10 % del salario de cotización del trabajador. Pese la estructura de

la Seguridad Social, según informes de la Organización Panamericana de la Salud para el año 2000 alrededor de unos 50 millones de personas que se desempeñaban en la economía formal, aportaban a este sistema. Lo que representa cerca de un 51% de la población total. Este sector se encontraba compuesto mayoritariamente por familias que se ubican entre los percentiles más bajos en relación al nivel de ingreso. (Zamboni, 2004)

Entonces se trata de unificar en un solo mando del subsistema más grande que es el IMSS, que provee un seguro de salud y servicios de atención de salud (así como pensiones y otros beneficios) principalmente para los mexicanos con empleo (formal) asalariado en el sector privado. También se incluye el ISSSTE, provee seguridad social a los trabajadores del gobierno federal. Otras instituciones clave incluyen la red de los Servicios Estatales de Salud (SESA) que ya se están integrando en el IMSS-Bienestar financiados por el gobierno, para aquellos sin un seguro ligado al empleo.

En una secuencia histórica podría decirse que se parte del IMSS Coplamar de 1960, el Seguro Popular en 2004, el INSABI cuya vida fue efímera en 2019-2022, y el IMSS-Bienestar 2022-2024. El Sistema Único de Salud puede establecerse a partir del 2024 con la nueva administración pública federal.

4.6. Beneficios del Sistema Único de Salud

Existen propuestas de un nuevo sistema de salud, pero que son insuficientes, como la siguiente:

“La propuesta de reforma plantea una reorganización de las funciones del Sistema Nacional de Salud que implicaría sustituir la actual organización vertical – con segregación de grupos sociales– por un esquema horizontal dividido por funciones, en el que: la Secretaría de Salud fortalezca su función rectora del sistema; se ordene el financiamiento de los servicios de salud a través de una agencia nacional; se introduzca de forma más explícita la función de aseguramiento a cargo de instituciones públicas, con reglas y mecanismos precisos para vincular eficientemente el financiamiento con la prestación de servicios y finalmente, la prestación de servicios se otorgue a través de las unidades de atención primaria y hospitalaria, tanto públicas como privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.” (Juan, 2014, pág. 104)

Se observa que se reproduce el actual sistema basado en la Secretaría de Salud, que sólo atiende a la población abierta, y no menciona como lograr el sistema horizontal, que aquí se resuelve mediante un sistema digitalizado de atención y seguimiento del usuario demandante de salud, un fondo único de recursos provenga de donde provengan (de cuotas obrero-patronales, de fuentes fiscales y apoyos internacionales) y un sistema de pagos relacionado con el SPEI.

El Sistema Único de Salud deberá hacer frente para aprovechar la digitalización y atender el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, las nuevas amenazas pandémicas y las expectativas cambiantes de lo que deberían ofrecer los servicios de salud. Y lo que se necesita es un cambio hacia sistemas de salud más centrados en las personas. Y el cómo se hace esto y cómo lograr un sistema de salud más centrado en las personas, es con el proyecto aquí propuesto: sistema con mando único, fondo de recursos único, digitalizar las operaciones del sistema, realizar los pagos aprovechando el SPEI.

La Universalización se alcanza porque las citas vía internet y la canalización vía Intranet de manera automatizada, sin intervención discrecional de ninguna persona, todo por sistema digital. Y además se cuenta con las clínicas públicas como consultorios privados que se agregan voluntariamente.

Se puede afirmar que el Sistema Único de Salud, al automatizarse digitalmente el acceso y no mediante una persona que decide discrecionalmente, se logra que el acceso y la asequibilidad continúan ya no sean barreras para muchas personas.

Los pacientes buscan cada vez más el control de su información médica para influir mejor en su propia salud y en la atención médica que reciben. El sistema digitalizado del SUSASA deberá contar con acceso libres del paciente a su historial clínico electrónico.

La triada Mando Único, fondo único de recursos, digitalización de la atención al usuario, que conforman el SUSASA, basado en el usuario que, demanda salud y no en los administrativos que, deciden a discreción a quién otorgarla, podría ser la respuesta a:

- Cumplir la atención a la salud como derecho constitucional.
- Avanzar significativamente en la cobertura universal de salud en los últimos años (incremento de la población cubierta mediante la afiliación al SUSASA).

- Establecimiento de un mecanismo automático para la asignación de recursos del fondo único de financiamiento, de manera automatizada sin actuación discrecional del pagador, con lo cual se corrigen inequidades (gasto irreductible).
- La Incorporación de poblaciones vulnerables al SUSa, es automática, porque las citas se hacen por Internet, y no por credenciales que comprueben que son ancianos, inválidos, niños, mujeres con múltiples ocupaciones, personas violadas, etc.
- La ampliación del paquete de servicios de salud para toda persona, afiliada o no al SUSa, es también automática, porque se va canalizando al usuario según el tipo de enfermedad y gravedad de esta, sin valoraciones de operarios o administrativos no calificados en ciencias de la salud.

El SUSa, se basa en la persona demandante de salud, lo cual, implica una descentralización basada en el individuo, no en otros gestores de las entidades federativas que sólo duplican gastos, provocan ineficiencias de uso de recursos

Las acciones de fiscalización de los procesos financieros se concentran en el fondo único de concentración de recursos fiscales, obrero-patronales, aportaciones privadas filantrópicas e internacionales provenientes de gobiernos y organismos de la salud. Es decir, no hay que ir a cada lugar donde se manejan recursos, porque todo está asignado y controlado desde el fondo único.

El uso y aprovechamiento de los recursos debe contar con estrictas medidas de planeación y presupuestación, de análisis profundo y verificación para su fiscalización, como medida de estricta transparencia, pero, sobre todo, buscando la optimización de los mismos, es decir, hacer más con menos.

La propuesta de unicidad de todas las instituciones de salud públicas y los asociados privados voluntarios, el fondo único de recursos y la digitalización de todo el proceso de atención médica, mejorará la asignación de los recursos actuales, pero, además, se requiere un aumento gradual, a partir del 2024, hasta alcanzar 1.5% del PIB adicional al nivel actual de 3.1% del PIB. (total de recursos públicos para salud 4.6% del PIB)

Además del costo de conformación del nuevo SUSa, existen otros "...factores clave del incremento del gasto en la salud se encuentran el envejecimiento de la población; el desarrollo de la tecnología; los pagos al personal; el precio de los medicamentos; las nuevas enfermedades y las

enfermedades reemergentes; los problemas de origen ambiental; las necesidades de investigación y capacitación; y la gestión administrativa. (Collazo Herrera, Cárdenas Rodríguez, González López, Miyar Abreu, Gálvez González, & Cosme Casulo, 2002)

El desarrollo de los servicios de salud, especialmente en la atención primaria, ha propiciado un incremento del volumen de recursos humanos, materiales y financieros, con los que, dichos servicios cuentan para poder llevar a cabo sus acciones. Ante el constante incremento del gasto, las unidades de salud necesitan establecer y sistematizar controles económicos, para que todas las unidades médicas tengan sanos estados financieros; así como, de manera adyacente, tener la posibilidad de interactuar con los organismos rectores de la salud pública, en el marco de las regulaciones establecidas. (Collazo Herrera, Cárdenas Rodríguez, González López, Miyar Abreu, Gálvez González, & Cosme Casulo, 2002)

Algunas de las limitaciones que solucionará el SUSA, se encuentran en la siguiente fuente. (Martínez Soria, Solas, Morales, Sauma, Díaz Peña, & da Silva, 2016)

La integración del SUSA, el fondo único financiero y la digitalización aquí señalada, se hace para mejorar los procesos de producción de salud. La automatización, es el primer contacto y sucesiva canalización del demandante de servicios de salud, lo cual, permitirá generar un producto mucho más eficaz en la cura de las enfermedades. Esto se debe a que, se atiende más rápido al paciente, en menor tiempo (tiempo de respuesta) y lo más cercano a su domicilio (costo de oportunidad), y como existe una base de datos de especialistas en turno con tiempo para atender, se canaliza más rápido al enfermo. Y como también en tiempo real, se encuentran los lugares en los hospitales (cama y transporte), el usuario es canalizado automáticamente, sin la intermediación de un administrativo que tomaría discrecionalmente de no existir el SUSA.

Un paso en la dirección de lograr la horizontalidad de los servicios de salud, es el distinguir entre personas que, pagan un seguro o pagan cuotas y los que no lo hacen, objetivo buscado mediante la extensión del llamado IMSS-Coplamar, posteriormente llamado IMSS-Solidaridad, luego IMSS-Oportunidades y ahora IMSS-Bienestar, implementados desde la seguridad social con recursos fiscales y dirigidos a población no derechohabiente, de las zonas rurales y urbanas marginadas.

Pero debido a sus limitaciones específicas (Chertorivski, de todo 2022), se propone el llamado Sistema Único de Salud que, se ha venido aquí reseñando, y que, sin duda alguna es factible en México, en otras palabras, resulta un objetivo posible de lograr, de acuerdo a lo siguiente:

Con él SUSa se constituiría como la institución con pleno conocimiento, capacidades y atribuciones para administrar un sistema de salud nacional.

El SUSa, al integrar todas las instituciones de salud pública y de salud privada asociadas, de todo el país, tendrá presencia en los 32 estados de la república y dará atención de 1^{er}, 2^o y 3^o niveles, tanto en zonas rurales como urbanas.

Todos los hospitales públicos y privados asociados voluntariamente, mejoraría la oferta de hospitales, aunque seguirían siendo insuficientes.

Igualmente, con el SUSa se manejarían la alta especialidad y se atenderías no solo las necesidades de zonas urbanas.

La segmentación se eliminaría con él SUSa, y, sobre todo, elimina la diferenciación de pacientes de primer y segundo nivel, asegurados y no asegurados, se eliminará la diferencia de los que pagan y no pagan por servicios de salud pública.

El manejo de más de 400,000 trabajadores del sistema de salud, afiliados a varios sindicatos recibirán sus pagos de manera eficiente y eficaz con la operación del sistema de pagos asociado al SPEI, mediante el fondo único de recursos.

Con la entrada en vigor del SUSa, persona asegurada o no, se destinarán recursos conforme inicie y avance su proceso de curación, pues provendrán de manera automatizada del fondo de recursos y pagados a los médicos a través del sistema automatizado de pagos basado en el SPEI, con lo cual se evitará la ineficiencia e ineficacia de tener que pagar con recursos en todas las entidades del país en una proporción tanto por parte de la federación como de los gobiernos estatales. Este no es un financiamiento per cápita, como lo señala (Chertorivski Woldenberg & Fajardo Dolci, 2012), sino el pago exacto del servicio otorgado inmediato a médicos y especialistas que atiendan a un usuario captado desde el inicio por el sistema digital. Con lo cual, si es posible asegurar, por un lado, la igualdad de los afiliados y evitar gastos a los estados, que pueden utilizar para otros proyectos sociales.

El SUSA reducirá los costos de transacción, es decir, aquellos relacionados con corrupción, duplicaciones, costo de búsqueda de proveedores, reducción de costos de contratación de personal e insumos, menores costos de coordinación derivados de unir todas las piezas del proceso de producción de salud, que estarán automatizados. Y sobre todo reducir el costo asociado a volver a ganar confianza y reputación del sistema de salud. “Con el propósito de resumir, desde una perspectiva de los costos de transacción de Williamson, la especificidad de los activos (como factor endógeno) y los argumentos basados en la incertidumbre (como factor exógeno) no pueden aplicarse como las causas reales del proceso de integración de los servicios de salud. En esta perspectiva, la principal explicación del proceso de integración bajo estudio podría estar dada por los decrecientes efectos de reputación, pensada como un cambio de una de las variables exógenas, como lo representan las normas sociales profesionales pertenecientes al contexto institucional. (Báscolo, 2002)

4.7. Cobertura efectiva y afiliación

El SUSA implica que, los 126'014,024 de mexicanos, son usuarios potenciales de la oferta de salud pública. Todos tendrán que ser incluidos a la base de datos de demandantes de salud, cuando un usuario logre obtener el servicio vía internet, implicará cobertura efectiva.

Es decir, no se habla de una cobertura de la población abierta, sino de todos los ciudadanos mexicanos (residentes extranjeros), que voluntariamente decidan atenderse en el SUSA. Esta sí sería una verdadera cobertura universal.

La filiación, entendida como algún condicionante para recibir los servicios de salud del SUSA, sólo es por ser mexicano de nacimiento y también residentes extranjeros, y por ende sólo sería cuestión de darse de alta en la base de datos de usuarios. Ya no existiría afiliación por pagar o no cuotas.

Existen ejemplos del uso digital en la oferta y demanda de salud. La sanidad pública madrileña, da un gran paso con el nuevo servicio de videollamada, complementaria a la asistencia presencial. Los mayores, pacientes con movilidad reducida, etc. podrán estar en contacto directo con su médico, sin tener que desplazarse obligatoriamente.

Es decir, la digitalización permitirá la cobertura realmente universal, dejando un espacio a la libre elección, de acuerdo con lo indicado por el sistema

automatizado, para atenderse con médicos públicos y hospitales, privados o públicos.

4.8. Análisis costo-beneficio

En México el principal obstáculo a la cobertura universal es la escasez de personal, lo cual en el ámbito operativo del SUSA es personal técnico y profesional en ciencias computacionales como en ciencias de la salud. En este tema se ha señalado que: “La falta de personal es el “Talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano. Para atender, con los estándares que recomiendan los organismos internacionales, le hacen falta alrededor de 872,000 médicos y enfermeras.” (Badillo, Déficit de personal, “Talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano, 2021) La escasez relativa de personal queda bien ilustrada en un ejemplo de Alemania: “La DBB7 viene advirtiendo desde hace muchos años que el desempeño de la función pública está llegando a su límite debido a la continua escasez de personal. “Incluso hoy, faltan 330,000 empleados para cumplir con todas las tareas especificadas políticamente de manera significativa. Al mismo tiempo, 1,3 millones de los aproximadamente 5 millones de empleados y funcionarios públicos se jubilarán solo en los próximos diez años. La brecha de personal es cada día mayor; al mismo tiempo, el nuevo gobierno federal está planeando un movimiento ambicioso: protección del clima, digitalización, diversidad y más. Pero simplemente agregar más tareas, sin mejorar fundamentalmente el equipamiento del servicio público no funcionará”, advirtió Silberbach.” (Creutzburg, 2022)

El capital humano debe ser prioritario en la construcción del SUSA, lo que, aunado a la construcción de infraestructura, el equipamiento, medicinas, transporte especializado requerirá de un esfuerzo adicional de recursos del 3.1% dedicado en 2022, a un nivel de al menos 4.6%. Se considera que, es posible, porque quedarán libres recursos ante la terminación de las actuales inversiones en el Aeropuerto, la Refinería y el Tren Maya. Será un gran esfuerzo, pero los beneficios son invaluable, sobre todo si se considera que, en el siguiente sexenio se tiene como prioritario proteger y promover la economía y garantizar salud sin gastos catastróficos para los ciudadanos. Si el futuro gobierno 2024-2030 se concentra en la dualidad economía-salud, la paz social estará garantizada.

Derivado de lo antes referido, se estima que la población aumentara de manera exponencial, toda vez que, con el avance de la medicina, la expectativa de

⁷ La Federación Alemana de funcionarios Públicos (DBB, del alemán Deutscher Beamtenbund) es la central sindical única de los funcionarios públicos de la República Federal de Alemania (RFA).

vida incrementara significativamente, lo cual demandara un mejor Sistema de Salud y a su vez un crecimiento acelerado de los servicios médico.

Con base en lo anterior, la implementación del SUSA, cubriría las necesidades que requerirá la población en materia de Salud, para el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo humano, que va de la mano con el avance científico.

Veamos los beneficios directos de un Sistema Único de Salud:

C O S T O	BENEFICIOS
	Generación de empleos de calidad.
	Manejo eficiente (al menor costo posible) de los recursos dedicados a la salud.
	Cobertura realmente Universal, a todos los mexicanos y residentes extranjeros.
	Aumento de la cantidad, pero sobre todo de la calidad de la producción de servicios de salud, en primer lugar, por las citas y canalización del usuario, vía internet e intranet.
	Pago de sueldos, salarios, servicios y proveedores a tiempo por el uso del sistema SPEI del Banco de México.
4	Mejor abastecimiento de medicinas e insumos médicos, por la implementación de un programa de compras consolidadas, favorecido con eficiente sistema de pagos y realizando adquisiciones con eficacia, eficiencia y transparencia, lo que contribuirá de manera importante al uso racional de los recursos económicos, aunado al propósito de hacer más con menos generando ahorros para fortalecer otras áreas prioritarias de los servicios de salud. Aunado a lo anterior, se reducirán los tramites y la burocracia en los pagos a proveedores, toda vez que, se reducirán los tiempos de pago y por ende los costos de financiamiento, los cuales repercuten directamente en los precios de los insumos, es por ello que, cuando hacemos un estudio comparativo de los precios de compra nos encontramos que el Gobierno paga más caro, en virtud de que en entero de los pagos se realiza con un espera de tres a seis meses, que resulta de manera recurrente y el proveedor carga un costo adicional por este concepto.
6	Alivia de gastos catastróficos a cualquier ciudadano.
9	La cobertura es efectivamente universal, para todos los mexicanos, independientemente de su condición social y de estar asegurados o no.
d	Una población que, tenga confianza en su sistema de salud estará sana y dispuesta a trabajar, innovar y a emprender.
I	Aprovechamiento, de los socios privados, que atenderán según sus lugares vacíos en consultorios y hospitales.
P I	Se reducirán los costos por concepto de referencia y contra-referencia de pacientes, al contar con una mejor y mayor distribución de las Unidades Médicas, pero además se reducirán los tiempos para la atención de los mismo, haciendo más eficientes los servicios de salud.
B	Con una mejor distribución de las unidades médicas y del personal especialistas en materia de salud se reducirán las contrataciones de servicios subrogados, lo que sin duda favorecerá en la obtención de ahorros económicos, pero sobre todo hará más eficaz la atención médica, en un menor tiempo de respuesta en beneficio de la población.
	Algunos especialistas en el tema de salud en México, señalan que su Talón de Aquiles es la falta de personal médico, que incluye el concerniente a enfermería, en este contexto el contar con una mejor distribución de la infraestructura hospitalaria a lo largo y ancho del país, favorecerá directamente en la formación de médicos y enfermeras, toda vez que, estas profesiones se forman y consolidan, en la práctica diaria, convirtiéndose las unidades médicas en recintos de enseñanza, lo anterior, favorecerá de igual forma a una mejor distribución, de este personal especializado, lo que, en un futuro contribuirá determinante, en alcanzar tan anhelado objetivo de la suficiencia, de este predominante activo, toda vez que, gracias a su participación, hace de la salud, el más noble y loable objetivo de un Estado, por ello se debe profundizar en estas políticas públicas.
	Finalmente y no menos importante será el establecimiento de programas en materia de prevención de enfermedades, como son las crónico degenerativas, teniendo presente que es más barato, es decir, de menor costo, el prevenir que el corregir, enfermedades que como su nombre lo indica requieren tratamientos de por vida, los cuales, por este motivo resultan un fuerte gasto, el cual, se podría reducir de manera importante con la existencia de un Sistema Único de Salud, con políticas bien definidas de prevención, ante antecedentes familiares que son en futuro un detonante inevitable para la aparición y/o surgimiento de estos padecimientos.

Actualmente, en México, la administración se encuentra preocupada por la problemática que enfrenta el país, debido al déficit de especialistas médicos, para lo cual, está llevando acciones para revertir esta carencia. Lo anterior, mediante la firma de un convenio de cooperación con el Gobierno de Cuba, en el que se destaca la adquisición de vacunas contra el COVID-19 para niñas y niños mayores de dos años, la contratación de personal de salud cubano para laborar en México y la facilidad de que médicos generales, puedan irse a formar como especialistas a aquella Nación.

Como se ha venido señalando, el 4.6% del PIB es un equivalente del gasto que se propone aquí para lograr integrar el sistema de salud, y hacerlo funcionar como sistema verdaderamente universal (no sólo para la población abierta), a lo cual se agregaría el 3% que se estima gastarán las familias que no asistan al SUSA, sino a la atención privada en el país o en el extranjero. Un ejercicio de los beneficios indirectas del SUSA, como los define (Gimeno A, Rubio, & Tamayo , Manual de dirección médica y gestión clínica , 2012), aquéllos medidos por la riqueza neta ganada por la mayor oferta de salud, es el siguientes:

+Datos para medir el efecto del gasto en Salud

Año	Gasto corriente en salud como % del PIB	Índice global de productividad laboral de la economía Total con base en las horas trabajadas	PIB
	GS	PL	
Variación porcentual anual			
1999	4.4	4.9	2.8
2000	4.4	5.6	4.9
2001	4.8	1.17	-0.4
2002	5.1	1.3	0.0
2003	5.8	1.77	1.4
2004	6.0	3.31	3.9
2005	5.8	2.99	2.3
2006	5.7	5.16	4.5
2007	5.8	3.58	2.3
2008	5.7	1.96	1.1
2009	6.1	-2.54	-5.3
2010	5.7	4.06	19.4
2011	5.5	2.95	-8.7
2012	5.7	3.64	3.6
2013	5.8	1.69	1.4
2014	5.6	2.94	2.8
2015	5.7	2.73	3.3
2016	5.6	1.91	2.6
2017	5.5	2.2	-4.3
2018	5.4	1.45	9.1
2019	5.4	0.54	-0.2
2020	6.2	-5.6	-8.2

Fuente: INEGI <https://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/>

En base a una regresión econométrica lineal, realizada con los datos de gasto en salud como proporción del PIB (GS_{-1}) con un retraso, y la productividad medida (PL) en crecimiento porcentual, se observan los siguientes resultados:

SALIDA DE LA REGRESIÓN			
<i>Estadísticas de la regresión</i>			
Coeficiente de correlación múltiple	0.30616238		
Coeficiente de determinación R^2	0.0937354		
R^2 ajustado	0.04338737		
Error típico	0.38228616		
Observaciones	20		
ANÁLISIS DE VARIANZA			
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>
Regresión	1	0.27208105	0.27208105
Residuos	18	2.6305687	0.14614271
Total	19	2.90264975	
	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>
Intercepción	5.45708999	0.10986074	49.6727968
	5.6	0.05061005	0.03709166
			1.36445926

De los anteriores resultados se deduce la siguiente ecuación:

$$PL = 5.5 + 0.05(GS_{-1}) + \mu$$

Es decir, durante los años 1999-2020, la productividad es, después de un año de ejercer los gastos en salud, por cada punto porcentual de aumento del gasto como proporción del PIB, la productividad mejora en un 0.05 punto porcentual.

Si se logra aumentar el gasto público de salud en 1.5% del PIB como aquí se propone para crear el SUSA, al menos la productividad aumentará 0.07%.

A su vez, al aumentar la productividad, permite elevar los niveles de ingreso medidos por el PIB, lo que se muestra en la siguiente regresión de la Productividad y el PIB.

<i>Estadísticas de la regresión</i>					
Coeficiente de correlación múltiple	0.5664183				
Coeficiente de determinación R ²	0.3208297				
R ² ajustado	0.28508389				
Error típico	5.01148339				
Observaciones	21				
ANÁLISIS DE VARIANZA					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	1	225.414611	225.414611	8.97531029	0.00742914
Residuos	19	477.18435	25.1149658		
Total	20	702.59896			
	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>
Intercepción	1.10207289	1.43841834	-0.76616994	0.45298957	4.11271707
4.9	1.37318782	0.45835841	2.99588222	0.00742914	0.41383264

De donde se deriva la siguiente ecuación:

$$PIB = -1.10 + 1.37 (PL) + \mu$$

Es decir, por cada punto porcentual que aumente la productividad laboral, el PIB aumentará 1.37%. Si la productividad laboral, debida al aumento del gasto en salud en 1.5% al nivel actual, aumen0.07%, el ingreso aumentará en 0.09%.

Esta valoración de los beneficios de unificar en un solo mando todos los servicios públicos de salud, son los resultados tangibles, de acuerdo con los precios y la producción de salud en los años 1999-2020. A ellos debe agregarse

los beneficios intangibles que es difícil de medir porque o no tienen precio o bien no es posible medir su intensidad.

El SUSANA por sus características de universalidad real, manejo eficiente de recursos, pagos a personal y proveedores eficiente y eficaz, y el sustantivo mejoramiento del proceso de producción de salud, basado en un sistema automatizado y no discrecional, permitirá elevar los siguientes beneficios intangibles:

- Aumento de la calidad de vida de los mexicanos en general, sin hacer la distinción de “sobre todo” los que menos tienen.
- Se gana en mayor tiempo de ocio y práctica de ejercicios y deporte físico, porque estaremos más saludables.
- Más disponibilidad para la capacitación profesional o formación laboral.
- Mejor valoración del gobierno por parte de usuarios y sus familiares
- Mayor tiempo para el usuario puesto que el proceso asistencial se acelera “...desde el momento en el que el paciente sale de su domicilio con un problema, hasta que finalmente se considera resuelto en su domicilio.”

Con estos elementos es posible “...realizar una adecuada valoración de las nuevas aplicaciones tecnológicas para no perder en el camino los beneficios, tangibles o intangibles, que determinadas inversiones económicas pueden aportar a los pacientes y al propio sistema de atención sanitaria.” (Emparán, 2004)

4.9. El Contexto Político y su Importancia en el Modelo de Salud

El actual sexenio 2018-2024 ha enfrentado la pandemia del COVID 2020-2022, y que puso al sistema de salud mexicano ante todas sus limitaciones.

Se mostró una infraestructura insuficiente, personal escaso, falta de medicamentos. Sustituyó al Seguro Popular por el INSABI, y este también lo está cambiando por el IMSS-Bienestar.

No se espera en los dos últimos años del actual gobierno, mayores cambios que el relativo a la federalización de la atención de la salud de la población abierta.

Los grandes proyectos de inversión pública de dicha administración pública son el Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles, la Refinería de Dos Bocas y el Tren Maya.

Se terminarán esos proyectos y entonces quedarán recursos a disposición, para pagar la deuda o parte de ella, y para responsabilidades del gobierno como es la salud.

El contexto político para crear un Sistema Unificado de Salud, como aquí se propone, es viable para la siguiente administración pública.

El sello antieconómico de los políticos, es decir, de dar énfasis a las personas y no a las empresas, va a seguir y la salud de todos los mexicanos, no sólo de los grupos vulnerables, debe emerger como el principal camino del nuevo gobierno.

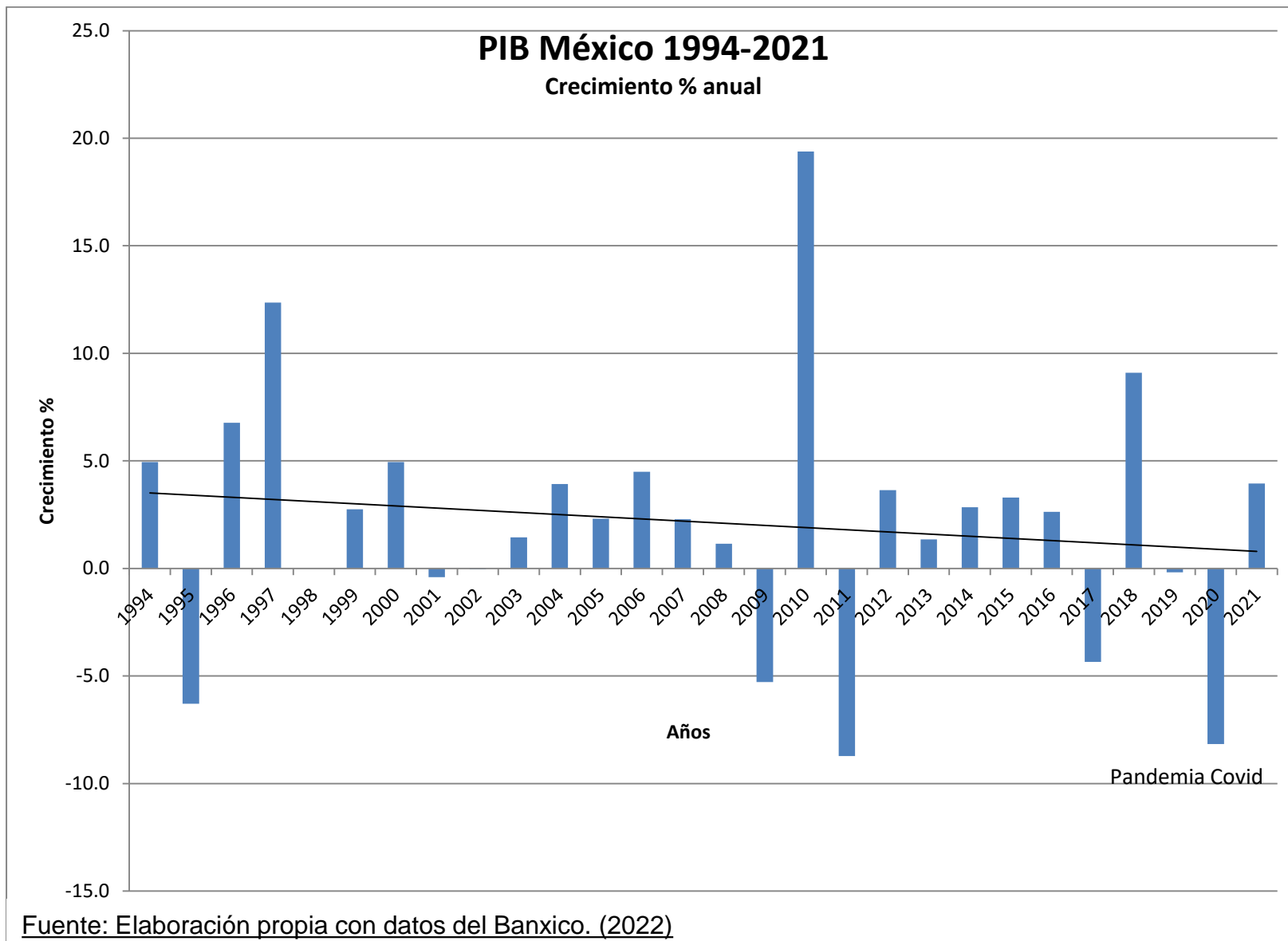
Recordemos que el desenvolvimiento económico medido por el PIB venía mostrando un agotamiento como puede verse en la gráfica respectiva.

La nueva administración encabezada por el presidente Andrés Manuel López Obrador, intenta detener ese agotamiento, con abiertas políticas en favor de grupos vulnerables y en inversiones públicas para aumentar la oferta de bienes y servicios públicos, como son la gasolina, el transporte aéreo y turístico.

Al solventarse la oferta de gasolina con la terminación de la Refinería de Dos Bocas, la compra de otra refinería en Estados Unidos, terminado ya el

Aeropuerto y sin duda también el Tren Maya, el camino puede seguir ahora dando énfasis al Sector Salud, y concretamente con la reforma que permita crear un Sistema Único de Salud, como el aquí propuesto.

El cambio político y de énfasis en los proyectos de salud pública, puede ser un ambiente propicio para superar ineficiencias como "...la incompetencia gerencial del actual equipo de salud. Los miembros de este equipo se seleccionaron no sobre la base de su competencia técnica y su experiencia, sino de su afinidad ideológica con el proyecto de la 4T. Esta incompetencia se ha reflejado, entre otras cosas, en las deficiencias de la compra consolidada de medicamentos." (Frenk & Gómez Dantés, 2020)



Es un clima favorable para la próxima administración gubernamental, porque es posible cambiar de prioridades, como podría ser la producción de salud pública para los mexicanos.

La persistencia de la pandemia y el posible deterioro de la salud de todos los mexicanos obliga a que se priorice la salud como parte de las posiciones políticas en favor de las personas y no de las empresas. Será el momento para establecer en definitiva un modelo de salud eficiente, eficaz y que posibilite la universalidad real, no sólo de los grupos vulnerables.

Con el Sistema Único de Salud se puede superar parchar el sistema de salud con cada llegada de gobierno, y lograr afianzar permanentemente los principios básicos de la salud pública. “A diferencia de otros países en los que la orientación política define o por lo menos modula los servicios de salud, en Canadá los partidos dominantes (Conservador Progresista y Liberal Nacional) han apoyado los principios fundamentales de la atención a la salud: universalidad, “integralidad”, accesibilidad y no lucro. (Fajardo Ortiz & Olivares Santos, 2010)

El SUSA es la oportunidad para invertir en las personas, como lo es la educación, puesto que: “...la inversión no tiene por qué realizarse exclusivamente sobre bienes materiales, también puede producirse sobre la propia capacidad de la persona, así, ésta puede decidir mejorar sus conocimientos a través de programas de educación, o puede intentar mejorar su salud. El punto clave reside en que esa inversión, esa renuncia a un consumo presente, se traduzca en un aumento de productividad futuro y esto, tendrá su reflejo en un aumento futuro de su riqueza. (Oliva Moreno, 2020)

Conclusión

Este tema es inquietante y preocupante, por todo lo que implica y por sus efectos colaterales, el invertir en el sector salud, de manera eficiente, eficaz, efectivo y transparente de los recursos, mediante planes y programas diseñados de manera integral e incluyente de todas las entidades federativas del país, lo que, podrá favorecer y/o contribuir, a un crecimiento y operación ordenada de los servicios médicos que se le ofrecen a toda la población del país, disminuyendo de manera paulatina la desigualdad existente, por regiones, acabando con la mala distribución y/o concentración coadyuvando así y solo así a una mejor oferta de los servicios médicos en todo el país, este propósito tendrá mejores resultados si todos estos propósitos de circunscriben en un Sistema Único de Salud en México (SUSA), donde todos los esfuerzos se concentren en un solo ente, que administre los recursos presupuestales de manera ordenada, buscando obtener mejores resultados en pro de la Salud en México.

En este contexto el SUSA, es una alternativa atractiva y factible para ofrecer servicios de salud con calidad y cantidad, con recursos estrictamente vinculados con metas y objetivos a nivel nacional, para cumplir con el principio de equidad, pero sobre todo de justicia para todos los mexicanos.

El SUSA, entonces se puede concebir no solo como una estrategia en materia de salud, sino como una solución al rezago y a la desigualdad existente, reduciendo las diferencias estatales y regionales a lo largo del país.

Por todo lo anterior, el SUSA, puede ser no solo la mejor opción, es la mejor política pública en materia de salud, por ello impostergable. No sobra mencionar que en los últimos tres sexenios dentro de los propósitos de campaña de los candidatos se contempló dentro de sus planes y programas la creación de un SUSA, sin embargo, hasta la fecha no se han registrado avances al respecto.

En este contexto, el SUSA, es y debe ser, un programa inminente del Estado en nuestro país, con su implementación, los recursos económicos de dicho sector brindaran mejores resultados y con menos recursos, pudiendo utilizar los remantes en tareas estrategias para ofrecer mejores servicios médicos de calidad y de alta especialidad a lo largo del país, solo como unos ejemplos, se pueden destacar lo siguiente:

- Se reducirán las contrataciones de servicios subrogados en materia de salud, este se ha convertido en una fuente imparable de fuga constante de

recursos económicos, toda vez que, a través de estas contrataciones se transfieren recursos a las Unidades Médicas del Sector Privado, es decir, estas contrataciones se han convertido en una fuente de ingresos importante, siendo una fuente de financiamiento que han sabido aprovechar estos nosocomios, generando al largo plazo una dependencia del Sector Público de Salud con el Sector Privado de los mismos. No solo ello, también ha fomentado el rezago de los servicios públicos, ante la falta de inversión por capitalizar el Sistema de Salud en México.

- Lo anterior, es más preocupante en lo concierne a los Hospitales Psiquiátricos, en virtud de que existen muy pocos del Sector Público a lo largo del país, en estos casos resultan pacientes extremadamente demandantes de recursos, toda vez que, se pagan estancias por muy largo tiempo pagando rentas mensuales por servicios y medicamentos controlados, por cada paciente que a lo largo de un año representan un costo muy alto, siendo de igual forma una importante fuente de financiamiento. Hay pacientes que han pasado años en hospitales psiquiátricos resultando una fuerte fuga de recursos. No sobra mencionar que, el incremento de este tipo de pacientes se ha dado de manera geométrica, por el incremento del consumo de drogas de todo tipo que generan daños mentales permanentes entre la población, además del estrés que va en aumento por la vida agitada y presiones en todos los medios.
- Se incrementará a lo largo del país, la disposición de Unidades Médicas escuelas que, se utilizan para la formación del personal médico especialistas, que puede convertirse en el principio de fomento e incentivos de la distribución de personal médico a lo largo del territorio mexicano, que hoy en día, se encuentra concentrado en las grandes ciudades, generador de desigualdad y de falta de homogeneidad en la calidad y cantidad de los servicios que se ofrecen a lo largo del país.
- Se revertirá el crecimiento constante de los egresos por concepto de Referencias y Contra referencias. otra salida importante de recursos, por la falta de una distribución adecuada de los servicios de salud, se gastan al año millones de pesos en trasladar pacientes para su atención de una ciudad a otra Referencia) y de igual forma con su regreso para el seguimiento de su atención a sus unidades médicas de origen (Contra referencia), el gasto se genera por concepto de ambulancias médicas que en muchas ocasiones son Hospitales rodantes para salvaguardar la vida de los pacientes, en la mayoría de los casos el traslado se hace en compañía de sus familiares cercanos, lo que implica un gasto mayor por el apoyo económico que se les brinda.

- Se tendrá mejor claridad en fijar planes y programas inherentes al fortalecimiento de la Infraestructura Hospitalaria no solo se refiere a unidades médicas, es un concepto más amplio que incluye, mobiliario y equipo médico, estos últimos en algunos casos de alta especialidad, la carencia de ellos, obliga al sector salud a subcontratar para poder brindar el servicio a la población. Lo anterior, también generará ahorros importantes y hará más eficaz, efectivo y eficiente el uso de los recursos públicos del Sector Salud.
- Se reducirá el dispendio de medicamentos e insumos al realizarse compras consolidadas para el SUS, obteniendo mejores precios y oportunidades de abasto, para hacerlos llegar al mayor número de habitantes, contribuyendo a tener una población cada vez más sana y con mejor calidad de vida, siendo más productiva, toda vez que, como se menciona en el presente trabajo, la salud se encuentra estrictamente ligada a la productividad de bienes y servicios, es decir, una población más sana es más productiva. Año con año las instituciones públicas de salud, se ven obligados a la destrucción de una cantidad importante de medicamentos, por la mala planeación, convirtiéndose en un daño importante no solo económico, también ambiental porque son incinerados, con los efectos colaterales que ello implica.
- Se evitará la duplicidad de funcionarios realizando las mismas actividades, sobre todo en lo referente a la administración, esto es, solo será necesario un área para adquisiciones de bienes y servicios, para la planeación y programación, así como para todo lo referente a la presupuestación de planes y programas, con el ahorro en esta materia se obtendrán recursos frescos para ser destinados a otras áreas de oportunidad para el desarrollo, crecimiento y fortalecimiento de los servicios médicos en todo el país.

Aunado a lo anterior, es de hacer hincapié y destacar de manera primordial que, el Construir un Servicio Único de Salud (SUS), debe ser circunscrito e incluyente, integrado en un paquete que otorgue protección social básico, en los cuatro elementos fundamentales:

- Acceso efectivo a los servicios de salud.
- Pensión para la vejez.
- Seguro de desempleo.
- Seguro de riesgo de trabajo

Lo anterior, con la finalidad de:

- Evitar que se dupliquen los servicios, para reducir el costo total de la atención en materia de salud en México.
- Que los usuarios puedan elegir la clínica y el médico para su cuidado.

Una política en materia de salud, debe basarse y ceñirse al principio equidad del cual se ha insistido a lo largo de la presente, es decir, en el acceso igual, a los servicios existentes, ante la misma necesidad.

En este contexto, la reestructuración y modernización, de las instituciones y organismos que conforman el Sistema de Salud, tiene como dirección y finalidad el proporcionar las condiciones para que la población ejerza su derecho a la salud y a la seguridad social, fundamental en el medio rural y en las zonas populares urbanas.

Fortalecer las políticas públicas de prevención (como prioridad), en materia de enfermedades crónico degenerativas, y los tratamientos de salud mental, son sin duda un reto y una prioridad. El Sistema de Salud debe abarcar medidas de prevención, educación sanitaria, ecológica y reproductiva.

Siguiendo en el tema de la salud mental, su alto costo económico y social, con sus efectos colaterales en la familia, de acuerdo con diversos estudios, en México y en otros países de Latinoamérica, la depresión, es la principal causa de daños a la salud mental, de las mujeres en edad reproductiva, la razón, es la vulnerabilidad en que viven, lo cual, se deriva de la idealización de los estándares creados por la sociedad, mediante la normalización de la explotación de la figura de "ama de casa".

Lo anterior, resulta una amenaza para el equilibrio mental de la madre "ama de casa" y de los demás integrantes de las familias, especialmente de los hijos.

Dicha información, se comprueba con estudios, en los cuales, se registra que, 4.6 millones de menores en México, viven con madres que podrían sufrir de depresión moderada a grave, situación que se agudizó, durante la pandemia por el virus COVID-19.

En este periodo, se derivaron cambios en las dinámicas familiares, ocasionando problemas o patologías que tienen que ver con la estabilidad emocional, por lo que, se requiere emprender, estudios e identificar, cuáles son las consecuencias de estas amenazas, con el loable propósito de crear políticas públicas, especialmente con perspectiva de género, que atiendan de manera prioritaria e irrefutable, esta que se ha convertido en una problemática social.

No sobra reiterar el alto costo que representará este entorno en los próximos años, en decir, el crecimiento exponencial será un reto del Sistema Único de Salud en México, el cual, se podrá contrarrestar en un menor tiempo y a un menor costo, con acciones tomadas de manera integral, en beneficio de un mayor número de habitantes.

Es imperativo que la salud mental se incluya en los planes y normativas destinadas para la conformación de un sistema de salud que atienda todas y cada una de las necesidades de la población.

La implementación de un SUSAs, puede ayudar a revertir el abandono y resarcir el rezago que actualmente tiene este sector, tanto en acceso a medicamentos controlados, como en hospitales especializados en salud mental, situación expresada por el actual Titular del Poder Ejecutivo Federal.

Establecer un programa integral de salud que, procure no solo la curación parcial o total e los padecimientos, o disminuir el dolor físico que, estos les generen en menoscabo de su calidad de vida, sino también, atiendan el dolor emocional que estos provocan.

Portabilidad en materia de salud, es ofrecer a la población la garantía de recibir una oportuna prestación de Servicios Médicos de calidad y oportunidad, para salvaguardar la salud y bienestar de la población de un país, es decir, proveer el acceso a servicios médicos, entre los tres sistemas principales y avanzar hacia un la mejora en la atención medica en pro de una mejor calidad de vida, que seguramente favorecerá la actividad económica y productiva para un desarrollo y crecimiento financiero.

Lo anterior, no solo es crecer en cantidad, sino también en calidad, no solo en las zonas marginadas sino de manera integral, como principio insoslayable de justicia con equidad, para toda la población.

Existen muchos beneficios adicionales con la creación del SUSAs, estos son solo algunos de ellos, pero lo importante radica es que, con la correcta implementación del Sistema Único de Salud en México, saldremos ganando todos primeramente la población y en consecuencia el Estado, por ser un tema sensible y demanda de interés general.

Por otra parte, resulta que, dada la situación existente en el sector salud, es un momento propicio para revertir el rezago existente por años, además, resulta un incentivo, el ahorro de recursos, sabiendo y estando consientes que estos son escasos y limitados.

Los efectos y daños generados a la población en nuestro país, por la grave pandemia que se sufrió en todo el mundo entre 2020 a 2022, hizo emerger dos problemáticas: ¿Qué atender primero la economía o la salud? Y la otra, ¿Qué hacer para que el sistema de salud no vuelva a ser rebasado por las enfermedades?

Si se considera que “la salud obedece a múltiples causas y se ve influida por factores determinantes de índole socioeconómica y por factores biológicos relacionados con el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. (Collazo Herrera, Cárdenas Rodríguez, González López, Miyar Abreu, Gálvez González, & Cosme Casulo, 2002), en esta tesis se trata acerca de un cambio en la organización de los servicios de salud, como factor para mejorar la fortaleza biológica de los mexicanos.

La salud ha demostrado su importancia, porque una población enferma o en peligro de ello, tiende a dejar sus fuentes de trabajo voluntaria u obligadamente, lo cual repercute fuertemente en la economía. Esto se comprobó en 2020, por el COVID, el PIB cayó -8.,2%, y aunque ya comienza a recuperarse en 2021 aún no se alcanza el nivel de 2018.Y en 2022 podría crecer 2.6%, aún por debajo de los más de 18 billones de pesos de 2018.

El motivo principal de esta tesis es reflexionar sobre la creación de un Sistema Único de Salud, entendido como la coordinación centralizada y única de todos los componentes de salud pública (IMSS, ISSSTE, etc.), junto a los asociados voluntarios del sector privado.

Además, se precisa la total digitalización del sistema, de tal manera que el usuario como sólo entrar al sistema, de manera automatizada, sin intervención discrecional de personal, obtenga su cita de atención en tiempo y lo más cercano a su domicilio.

Se agrega un fondo total de recursos obtenido de cuotas obrero-patronales, recursos fiscales, apoyos monetarios provenientes de organismos internacionales, etc.

Los ingresos y pagos automatizados mediante Internet e Intranet relacionado con el SUSANA, mejorarán el proceso de producción de salud, porque personal y proveedores recibirán sus pagos en tiempo y forma.

En la actualidad, el gasto público proveniente de todos los niveles de gobierno, equivale a un 3.1% del PIB.

El costo adicional que se estima en aumentar 1.5% el gasto público para alcanzar en 2024 un nivel de 4.6%.

Si se logra aumentar el gasto público de salud en 1.5% del PIB como aquí se propone para crear el SUSANA, al menos la productividad aumentará 0.07%.

Es decir, por cada punto porcentual que aumente la productividad laboral, el PIB aumentará 1.37%. Si la productividad laboral, debida al aumento del gasto en salud en 1.5% al nivel actual, aumento de 0.07%, el ingreso aumentará en 0.09%.

La actual administración trata de mejorar la salud mediante la extensión del Sistema IMSS Coplamar.

Pero no es suficiente, por lo que en el horizonte puede el nuevo gobierno agregar como una prioridad el Sistema Único de Salud, puesto que los proyectos de ahora estarán terminados y quedarán recursos disponibles, puesto que el AIFA comienza a tener ingresos, la Refinería a producir y vender gasolina y el Tren Maya a operar y recibir recursos.

Anexo Estadístico

PIB México 1998-20021		
Millones de pesos base 2013		
año	PIB	
1993	10,165,571	
1994	10,667,860	4.9
1995	9,996,721	-6.3
1996	10673824	6.8
1997	11993573	12.4
1998	11993573	0.0
1999	12323822	2.8
2000	12932921	4.9
2001	12880622	-0.4
2002	12875490	0.0
2003	13061719	1.4
2004	13573815	3.9
2005	13887073	2.3
2006	14511307	4.5
2007	14843826	2.3
2008	15013578	1.1
2009	14219998	-5.3
2010	16975828	19.4
2011	15495334	-8.7
2012	16059724	3.6
2013	16277187	1.4
2014	16741050	2.8
2015	17292358	3.3
2016	17747239	2.6
2017	16975828	-4.3
2018	18520044	9.1
2019	18485614	-0.2
2020	16975828	-8.2
2021	17646653	4.0
2022	18105466	2.6

Fuente: Elaboración propia con datos del Banxico. (2022)

Bibliografía

- Baly Gil, A., Toledo, M. E., & R, F. (julio-agosto de 2001). La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 395/398. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de <http://scielo.sld.cu>:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400014&script=sci_arttext&tIng=pt
- Chávez, C. F. (02 de febrero de 1996). Sistemas de atención de salud (I). *Revista Cubana de Salud Pública*, 11-12. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de SCIELO:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006
- Chávez, C. F. (02 de febrero de 1996). Sistemas de atención de salud (I). *Revista Cubana de Salud Pública*, 11-12. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de SCIELO:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006
- Del Carmen Sara, J. C. (septiembre de 2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 288-295. Recuperado el 18 de octubre de 2021, de Scielo.org.pe:
www.scielosp.org
- Faye, J. F. (2021). *El sistema de salud del Reino Unido*. Recuperado el 5 de enero de 2022, de abril. International: <https://fr.april-international.com/es/asistencia-sanitaria-para-expatriados/el-sistema-de-salud-del-reino-unido>
- Mariscal Cancelada, M., Zamora Suchiapa, B., & Torre Márquez, J. R. (01 de Agosto de 2016). *Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2021, de www.medigraphic.com: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj163c.pdf>
- Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., & Montoya-Rojas, J. P. (25 de febrero de 2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de SCIELO.ORG.CO: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>
- Poy, L., & Martínez, F. (3 de septiembre de 2021). Busca AMLO federalizar de nuevo todo el sistema de salud pública. *La Jornada*. Recuperado el 03 de marzo de 2022, de <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/09/03/politica/busca-amlo-federalizar-de-nuevo-todo-el-sistema-de-salud-publica/>
- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (marzo de 2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Recuperado el 08 de enero de 2022, de [ccgsm.gob.ar](http://www.ccgsm.gob.ar):
<http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

- AFP. (03 de agosto de 2020). *La pandemia expone las deficiencias de la salud pública en Brasil*. Recuperado el 08 de enero de 2022, de FRANCE 24:
<https://www.france24.com/es/20200803-la-pandemia-expone-las-deficiencias-de-la-salud-p%C3%BAblica-en-brasil>
- Alcocer Varela, J. (S/F). *Con infraestructura, personal y medicamentos se transforma el sistema de Salud de Zacatecas*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2021, de www.gob.mx:
<https://www.gob.mx/salud/prensa/523-con-infraestructura-personal-y-medicamentos-se-transforma-el-sistema-de-salud-de-zacatecas?idiom=es>
- Álvaro, E. (septiembre de 2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 248-253. Recuperado el 03 de noviembre de 2021, de iris.paho.org: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10082>
- Araujo, E. (19 de julio de 2021). *Cómo funciona el sistema de salud en Canadá*. Recuperado el 06 de enero de 2022, de Apolo. Sistema completo para gerenciamiento de clínicas médicas:
<https://espanol.apolo.app/sistema-de-salud-canada/>
- Badillo, D. (31 de enero de 2021). Déficit de personal, “talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano. *El Economista*. Recuperado el 07 de abril de 2022, de <https://www.economista.com.mx/politica/Deficit-de-personal-talon-de-Aquiles-del-sistema-de-salud-mexicano-20210131-0003.html>
- Badillo, D. (28 de julio de 2021). Distribución de medicamentos, un sistema dislocado. *El economista*.
- Baly Gil, A., Toledo, M. E., & Rodríguez Jústiz, F. (Enero de 2011). LA ECONOMÍA DE LA SALUD, LA EFICIENCIA Y EL COSTO. *Salud publica de México*.(53), 1-13. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de <http://scielo.sld.cu>: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n4/mgi14401.pdf>
- Baly Gil, A., Toledo, M. E., & Rodríguez Jústiz, F. (S/F). *LA ECONOMÍA DE LA SALUD, LA EFICIENCIA Y EL COSTO*. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de <http://scielo.sld.cu>: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n4/mgi14401.pdf>
- Báscolo, E. (octubre de 2002). Economía de la salud y neoinstitucionalismo. (A. m. Rosario, Ed.) *Cuádnos médico sociales*(82). Recuperado el 18 de octubre de 2021, de pesquisa.bvsalud.org: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-356489>
- Báscolo, E. (octubre de 2002). Economía de la salud y neoinstitucionalismo. *Cuadernos médicos sociales*(82), 5/28. Recuperado el 18 de octubre de 2021, de pesquisa.bvsalud.org: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-356489>
- Becerril, V. (05 de enero de 2011). *Sistema de salud de Brasil*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de Scielosp.org: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/>

- Belló, M., & Bec, V. M. (enero de 2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), s96-s109.
- Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. (12 de agosto de 2013). *Las claves del exitoso sistema de salud de Singapur*. Recuperado el 31 de diciembre de 2021, de BNC.Asía Pacífico. Observatorio Parlamentario: <https://www.bcn.cl/observatorio/asiapacifico/noticias/sistema-de-salud-de-singapur>
- Bravo Pérez, H. M. (Febrero de 2011). *LA ECONOMÍA DEL CAMBIO CLIMÁTICO E IMPACTOS SOCIALES: MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2021, de www.cepal.org: https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/03_analisis_costo_beneficio.pdf
- Cabañas, D. R. (1995). Evaluación de la Atención de la Salud. *REVISTA MÉDICA HONDUREÑA - VOL. 62*, 1-5. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de revistamedicahondurena.hn. : <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol62-1-1994-7.pdf>
- Cabo Salvador, J. (2020). *2. Sistema Sanitario Español. Antecedentes históricos*. Recuperado el 31 de diciembre de 2021, de udima. La Universidad Online más cercana: <https://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>
- Cabo, J., Cabo, V., Bellmont, M., Herrero, J., & Trainini, J. (2018). Medicina basada en la eficiencia (costo-efectividad y costo-utilidad) como refuerzo de la Medicina basada en la evidencia. *Revista Argentina de Cancerología*, 86(3), 218-223.
- Castro Ruz, F. (2003). *Economía de la Salud*. Cuba: Oriente.
- Celis, D. (21 de abril de 2021). La crisis del Sector Salud. *El Financiero*. Recuperado el 02 de febrero de 2022, de <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/dario-celis/2021/04/21/la-crisis-del-sector-salud/>
- Chertorivski Woldenberg, S., & Fajardo Dolci, G. (2012). El sistema de salud mexicano ¿requiere una transformación? *Gaceta Médica de México*, 502-508. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de anmm.org.mx: https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_502-508.pdf
- Chertorivski, S. @. (16 de marzo de 2022). Preocupa cómo y qué se vaya a hacer con esto. CDMEX. Recuperado el 16 de marzo de 2022, de <https://twitter.com/Chertorivski/status/1504224604184887300>
- CIEP. (2020). *Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de CIEP.Centro de Unvestigación Economica y Presupuestaria, A.C.: <https://ciep.mx/hvmq>
- CIEP. (S/F). *Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Ciep.mx: <https://ciep.mx/hvmq>

COHEN, E., & FRANCO, R. (1992). *EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES*. México: Siglo veintiuno .

Cohen, E., & Franco, R. (1992). *Evaluación de Proyectos Evaluación de Proyectos*. México: Siglo Veintiuno editores.

Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada A.C. (2021). *El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal*. Obtenido de CONAEMI: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/el-sistema-de-salud-en-m%C3%A9xico-de-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-sistema-de-salud-universal>

Collazo Herrera, M., Cárdenas Rodríguez, J., González López, R., Miyar Abreu, R., Gálvez González, A. M., & Cosme Casulo, J. (2002). La economía de la salud ¿debe ser de interes el campo sanitario? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 359-365. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de <https://www.scielo.org/article/rpsp/2002.v12n5/359-365/es/>

CONAEMI. (1943). *El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de [conaemi.org.mx: https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/el-sistema-de-salud-en-m%C3%A9xico-de-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-sistema-de-salud-universal](https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/el-sistema-de-salud-en-m%C3%A9xico-de-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-sistema-de-salud-universal)

CONAMED. (2020). *Informe Anual de Actividades 2020*. México.

Conexionesan. (22 de septiembre de 2015). *Economía de la salud: ¿En qué consiste y cuáles son sus principales retos?* Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de [esan.edu.pe: https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2015/09/economia-salud-cuales-principales-retos/](https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2015/09/economia-salud-cuales-principales-retos/)

CONSEJO EJECUTIVO. (14 de Diciembre de 2000). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de [app.who.int: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se9.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se9.pdf)

Cortés-Martínez, A. E. (19 de octubre de 2010). La economía de la salud en el hospital. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 138-149. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de [redalyc.org: https://www.redalyc.org/pdf/545/54519045009.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/545/54519045009.pdf)

Creutzburg, D. (19 de enero de 2022). El nuevo gobierno federal amenaza con perder el control sobre el terreno. *Franffurter Allgemeine*. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/beamtenbund-chef-silberbach-warnt-vor-neuer-bundesregierung-17738035.html?s=09>

Cruces, G. (15 de Noviembre de 2006). *Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos*". Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de CEPAL: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cruces2.pdf>

- Dávila , E., & Guijarro, M. (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2021, de www.cepal.org:
https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5300/S00133_es.pdf
- Dávila, F., Gómez, W., & Hernández, T. (enero-marzo de 2009). Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-10. Recuperado el 24 de noviembre de 2021, de
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2009.v35n1/10.1590/S0864-34662009000100017/es>
- De Benito, E. (25 de septiembre de 2017). Los seis aspectos que fallan en la sanidad española. La Cámara de Comercio Americana analiza el sistema de salud y sus retos. *El País*.
- Deydén, A. (24 de octubre de 2019). *Los problemas del Seguro Popular que el INSABI busca resolver*. Obtenido de EL CEO: <https://elceo.com/politica/los-problemas-del-seguro-popular-que-el-insabi-busca-resolver/>
- Díaz Narváez, V. P. (enero de 2014). Cobertura sanitaria universal, un tema ético sanitario: Caso chileno de odontología. *Revista dental de Chile*, 17-20. Recuperado el 25 de octubre de 2021, de <https://www.researchgate.net>:
https://www.researchgate.net/publication/275951261_Cobertura_sanitaria_universal_un_tema_etico_sanitario_Caso_chileno_de_odontologia
- EFE News. (marzo de 2020). *Un sistema de salud desigual y caro en EE.UU. se enfrenta al coronavirus*. Recuperado el 02 de diciembre de 2020, de EFE Agencia EFE:
<https://www.efe.com/efe/usa/portada/un-sistema-de-salud-desigual-y-carro-en-ee-uu-se-enfrenta-al-coronavirus/50000064-4191865>
- Emparán, C. (2004). Beneficios tangibles e intangibles de las nuevas tecnologías sanitarias. *Calidad Asistencial*, 19(5), 285. Recuperado el 04 de abril de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X04777118>
- Equipo editorial Etece. (5 de agosto de 2021). *Centralización*. Recuperado el 28 de diciembre de 2021, de Concepto: <https://concepto.de/centralizacion/>
- ESTHER , O. (19 de mayo de 2020). *Coronavirus: el mando único de Sanidad, apoyado por el 55% de la ciudadanía*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2021, de redaccionmedica.com:
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-mando-unico-sanidad-apoyado-55-de-la-ciudadania-9432>
- Estrada Soto, G., Steiner Lutzow, M. Á., & Rafael Gonzalez , G. (2020). *Rasgos generales del sistema de salud en México*. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de Epifesz.files.wordpress.com: <https://epifesz.files.wordpress.com/2014/12/rasgos-generales-sistema-de-salud.pdf>

- Eva Experts. (18 de Agosto de 2021). *Cómo evaluar la calidad de un servicio de salud*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de evacenter.com: <https://evacenter.com/blog/evaluar-la-calidad-de-un-servicio-de-salud/>
- Fajardo Dolci, G., G. Aguirre Gas, H., & Héc. (2011). *Sistema de evaluación por monitoría para hospitales de alta especialidad*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2021, de anmm.org.mx: https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n5/40_GMM_Vol_147_-_5_2011.pdf
- Fajardo Ortiz, G., & Olivares Santos, R. A. (marzo de 2010). La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva. *Altepepaktli*, 6(11), 54-59.
- Fernández, J. (9 de octubre de 2005). *Financiación capitativa*. Recuperado el 31 de diciembre de 2021, de saludygestión. Sincronizando esfuerzos.: [http://www.saludygestion.com/archives/2005/10/financiacion_ca.html#:~:text=La%20financiacion%20es%20un,periodo%20determinado%20\(un%20a%20o\)](http://www.saludygestion.com/archives/2005/10/financiacion_ca.html#:~:text=La%20financiacion%20es%20un,periodo%20determinado%20(un%20a%20o)).
- Freire Campo, J. M. (S/F). *Sistemas de salud: evaluación y comparación internacional*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2021, de e-espacio.uned.es: http://e-espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500565/n2.1_Sistemas_salud._Evaluacion_y_comparacion_internacional.pdf
- Frenk, J., & Gómez Dantés, O. (21 de enero de 2020). Insabi: mala primera impresión. *Excelsior*. Obtenido de <https://www.excelsior.com.mx/opinion/columnista-invitado-nacional/insabi-mala-primera-impresion/1359404>
- Gallego Acevedo, J. M. (18 de Abril de 2009). El corazón teórico de la Economía de la salud. *REVISTA DE ESTUDIANTES DE ECONOMÍA OIKOS*(13), 51-64. Recuperado el 18 de octubre de 2021, de revistas.udea.edu.co: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/oikos/article/view/1102>
- Garrido Latorre, Francisco; López Morenoll, Francisco. (Enero de 2011). *Evaluación de los programas y servicios de salud en México*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2021, de scielo.org.mx: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000002
- Giedión, ú., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en latinoamerica y el papel del seguro privado*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de app.mapfre.com: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
- Gimeno A, J., Repullo R, J., & Rubio, S. (2006). *Economía de la Salud: fundamentos*. México : Díaz de santos.

- Gimeno A, J., Rubio, S., & Tamayo, P. (2012). *Manual de dirección médica y gestión clínica*. MADRID:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4Ns77CoZCKsC&oi=fnd&pg=PR7&dq=economía+de+la+salud&ots=D5zsV1UZez&sig=EVZ8j_VmbdvxbF6s-VPhHTuWT34#v=onepage&q=economía%20de%20la%20salud&f=false.
- Giraldo Osorio, A., & Álvarez Vélez, C. (Agosto-Septiembre de 2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. (P. o. Comunitaria, Ed.) *Atención Primaria*, 45, 384-392. Recuperado el 03 de noviembre de 2021, de Sciencedirect.com:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>
- Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (Septiembre de 2013). *La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina Primary health care: Challenges for implementation in Latin America*. Recuperado el 18 de octubre de 2021, de Sciencedirect.com:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>
- Gobierno de la Republica. (2015). *La calidad de la atención a la Salud en México*. (S. d. Salud, Ed.) México: Biblioteca mexicana del conocimiento.
- Gobierno de La Rioja. (07 de abril de 2020). *Salud asume el mando único para gestionar la crisis de coronavirus en centros sociosanitarios*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de actualidad.larioja.org: <https://actualidad.larioja.org/noticia?n=not-salud-asume-el-mando-unico-para-gestionar-la-crisis-de-coronavirus-en-centros-sociosanitarios>
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, M. V., Knaul, M. F., Arreola, H., & Frenk, J. (enero de 2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, 220-232. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017
- González Castillo, F. (2016). Indicadores de contabilidad social con miras a diseñar políticas de mejoramiento de calidad de vida. *cuad. contab.*, 5/28.
- González, P. (2020). *¿Qué es Coste de Oportunidad?* Recuperado el 27 de 12 de 2021, de Billin: <https://www.billin.net/glosario/definicion-coste-de-oportunidad/>
- H del Preter, S. (2017). *PAPER ECONOMIA DE LA PROTECCION SOCIAL. COMO ESTAMOS Y ADONDE VAMOS*. Ponte verdra: CIESS.
- Hector ochoa, R. L., Francisco vallejo, S. D., & José Ruales, A. K. (1999). *Manual práctico para la gestión local de la salud: economía de la salud*. (Mexico, Ed.) México df: Pax Mexico.
- Hernández Ávila, M. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Scielo.org.mx:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001

- Hernández Peña, P., Arredondo, A., Ortiz, C., & Rosenthal, G. (Agosto de 1995). Avances y retos de la economía de la salud. *Revista de Saúde Pública*, 326-332. Recuperado el 13 de octubre de 2021, de scielo.br:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/VxPpvbk3yVscMJBq3CrWN3D/?lang=es>
- Horowitz, A. (enero-febrero de 1961). Reflexiones sobre Economía y Salud. *Salud Pública en México*, III(1), 71-78.
- Hospital Ángeles Universidad. (2021). *Servicios*. Recuperado el 29 de diciembre de 2021, de Hospital Angeles: <https://hospitalesangeles.com/universidad/>
- IACC. (2015). *Evaluación social de proyectos*. (M. d. Chile, Ed.) Providencia Región Metropolitana , Santiago Chile .
- Ibarra Cisneros, G. P. (2013). *La Innovación Tecnológica en México: Análisis econométrico y su comparativo con los resultados del Informe General del Estado de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, 2011*. UNAM. Facultad de Contaduría y Administración. México: Tesis Clásicas.
- INEGI. (2019). *Calidad Gubernamental*. Recuperado el 27 de diciembre de 2021, de INEGI:
<https://www.inegi.org.mx/temas/calidad/>
- INEGI. (2020). *Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020*. Recuperado el 3 de octubre de 2021, de Censo de Población y Vivienda:
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e
- INEGI. (2021). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020*. Recuperado el 3 de octubre de 2021, de Censo General de Población y Vivienda:
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64
- Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur. (25 de octubre de 2021). *Monitor Global del Servicio de Salud 2021*. Recuperado el 31 de diciembre de 2021, de Ipsos:
<https://www.ipsos.com/es-mx/global-health-service-monitor-2021>
- Jastreblansky, M. (27 de diciembre de 2020). El Gobierno elabora un plan para reformular el sistema de salud. *La Nación*.
- Jong-wook, L. (2003). Sistemas de salud: principios para una atención integrada. En L. Jong-wook, *Informe sobre la Salud en el Mundo* (págs. 117-146). Francia: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de Who.int:
<https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>

- Juan, M. (enero-febrero de 2014). Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal. *Cirugía y Cirujanos*, 82(1), 98-108. Recuperado el 13 de enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc141n.pdf>
- Juárez, E. (24 de enero de 2022). ¿Cómo garantiza el Banxico la seguridad de mis pagos por SPEI? *El Economista*. Recuperado el 14 de abril de 2022
- Knaul, Marie Felicia; González-Pier, Eduardo; Gómez Dantés, Octavio et.al. (marzo-abril de 2013). Hacia la cobertura universal en salud:protección social para todos en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 207-235. Recuperado el 03 de noviembre de 2021, de [scielo.org.mx: https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2/207-235/](https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2/207-235/)
- Knowles, J. C., Leighton, C., & Stinson, W. (septiembre de 1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud*. (I. R. (LAC, Ed.) Recuperado el 09 de enero de 2022, de [paho.org.documents: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/06-Indicadores_Medicion_Desempeno_Sistema_Salud.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/06-Indicadores_Medicion_Desempeno_Sistema_Salud.pdf)
- Labori Ruiz, J. R. (septiembre de 2012). Funciones esenciales de la salud pública y su relación con la economía de la salud. (S. d. Universidad de Ciencias Médicas, Ed.) *MEDISAN*, 16(09), 1-4. Recuperado el 18 de octubre de 2021, de [Scielo.sld.cu: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900018)
- Leal F, G. (septiembre-diciembre de 2011). ¿Es realmente "deseable" la cobertura universal? *Estudios políticos (México)*, 77-106. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de [Scielo.org.mx: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162011000300005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162011000300005)
- León Barua, R., & Berenson Seminario, R. (julio de 1996). Medicina teórica. Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 4-4. Recuperado el 23 de noviembre de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1.pdf>
- López Moreno, S., Garrido Latorre, F., & González Morgado, A. (2014). La evaluación de un programa público en un sistema mundial poswestfaliano. En López Moreno, Sergio, *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica* (págs. 13-22). México: Instituto. Recuperado el 24 de enero de 2022, de https://backend.aprende.sep.gob.mx/media/uploads/proedit/resources/el_sistema_integral_053a5bc7.pdf
- López Moreno, S., Vértiz Ramírez, J., Jarillo Soto, E., Garrido Latorre, F., & Villa Contreras, B. (2014). *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 24 de enero de 2022, de https://backend.aprende.sep.gob.mx/media/uploads/proedit/resources/el_sistema_integral_053a5bc7.pdf

- López, S. (Noviembre de 2005). *Sistemas de salud comparados*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de trabajosocial.unlp.edu.ar:
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__sistemas_comparados_de_salud_.pdf
- López, S. (Noviembre de 2005). *SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>:
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__sistemas_comparados_de_salud_.pdf
- Luna Leal, M. (2014). La implementación del modelo de policía estatal acreditable con mando único coordinado y su incidencia en los municipios mexicanos. *Revista legislativa de estudios sociales y de opinión pública*, VII(14), 73-98.
- Machado, M. H., & Pereira, S. (2002). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 89-93.
- Marie Knaul, Felicia; González-Pier, Eduardo; Gómez Dantés, Octavio et.al. (Abril de 2013). *Hacia la cobertura universal en salud:protección social para todos en México*. Recuperado el 03 de noviembre de 2021, de scielo.org.mx:
<https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2/207-235/>
- Martínez Soria, J. w., Solas, O., Morales, P., Sauma, P., Díaz Peña, M. Á., & da Silva, J. (2016). *HACIA UN SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD EN MÉXICO*. México-DF: UNAM-Cámara de Senadores Instituto Belisario Domínguez.
- Martner, G. (2004). *Gobernar al mercado. Las nuevas fronteras del Estado en el siglo XXI*. Santiago: LOM.
- Martner, G. D. (2006). *La protección social en un mundo incierto*. (G. D. Martner, Ed.) Santiago.
- Méndez de Hoyos, I., & Lendo Fuentes, T. (Diciembre de 2008). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de las políticas públicas. *LiminaR*, 06(02), 212-214.
- Méndez, A. (1970). La Centralización. Concepto y elementos. En C. Peláez, *Sistema Orgánicos* (págs. 9-32). Madrid: IEAL.
- Mercedes, J. (enero-febrero de 2014). Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal. 1(82). Recuperado el 13 de enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc141n.pdf>
- México. Cámara de Diputados. (2021). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el 28 de diciembre de 2021, de Cámara de Diputados LXV Legislatura:
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>

- Milton, T. (Agosto de 1980). Tres sistemas mundiales de atención médica. *CUADERNOS MÉDICO SOCIALES*(14), 1-7. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de Capacitalud.com: <http://capacitalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/02/n14a041.pdf>
- Milton, T. (Agosto de 1980). *Tres sistemas mundiales de atención médica*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de Capacitalud.com: <http://capacitalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/02/n14a041.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2008). *Financiación*. Recuperado el 31 de diciembre de 2021, de mscgob.es: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/financiacion08.pdf>
- Moloeznik, M. P. (11 de enero de 2016). *¿Qué es realmente el modelo de mando policial único?* Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Derechoenaccion.cide.edu: <http://derechoenaccion.cide.edu/que-es-realmente-el-modelo-de-mando-policial-unico/>
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud : la revista internacional de salud pública*, 149-162. Recuperado el 03 de noviembre de 2021, de apps.who.int: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/288-295/es/>
- Mushkin, S. J. (julio-diciembre de 1999). Hacia una definición de la Economía de la Salud. *Lecturas de Economía* (51).
- NU:CEPAL. (2006). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo: CEPAL.
- Ocampo Rodríguez, María Victoria; Betancourt Urrutia, Víctor Fernando; Montoya Rojas, Jennifer Paola; Bautista Botton, Diana Carolina. (2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud*. Recuperado el 03 de noviembre de 2021, de expeditiorepositorio.utadeo.edu.co: <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/9400>
- Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, P. J., & Bautista-Botton, D. C. (25 de febrero de 2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud*. Recuperado el 18 de octubre de 2021, de [Expeditiorepositorio.edu.co](https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co): <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/9400>
- OCDE. (2021). *Health expenditure and financing*. Recuperado el 08 de enero de 2022, de OCDE.Stat: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51880>
- OCDE. (2021). *Medical graduates, Per 100 000 population*. Recuperado el 15 de enero de 2022, de OCDE.Stat: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- OCDE. (2021). *Physicians, Density per 1 000 population (head counts)*. Recuperado el 18 de febrero de 2022, de OCDE Stat: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

- OCDE. (2021). *Total hospital beds, Per 1 000 population*. Recuperado el 12 de enero de 2022, de OCDE.Stat: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- OCDE. (2021). *Voluntary schemes/household out-of-pocket payments*. Recuperado el 17 de enero de 2022, de OCDEStat: https://www.oecd-ilibrary.org/financing-of-health-care-from-households-out-of-pocket-payments-voluntary-payment-schemes-and-external-resources_5j8h3b832l8r.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2Fhealth_glance_ap-2018-39-en&imeType=pdf
- OCDE. (2022). *OECD Health Statistics 2021*. Recuperado el 17 de febrero de 2022, de OECD. Stat: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- OCDE_Mejores politicas para una vida mejor . (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México* . Recuperado el 23 de Noviembre de 2021, de oecd.org: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- Oliva Moreno, J. (2020). *La valoración de costes indirectos en economía de la salud*. Recuperado el 25 de octubre de 2021, de eprints.ucm.es: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/6688/1/9917.pdf>
- Organización Mundial de la salud . (01 de abril de 2021). *Cobertura sanitaria universal*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Who.int: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2021). *Atención primaria de salud*. Recuperado el 28 de diciembre de 2021, de Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la salud. (01 de abril de 2021). *Cobertura sanitaria universal*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Who.int: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Mundial de la salud. (S/F). *La financiación de los sistemas de salud*. Recuperado el 07 de diciembre de 2021, de www3.paho.org.
- Organización Panamericana de La Salud. (febrero de 2002). *Perfil de Sistemas y Servicios de Salud Estados Unidos de América*. Recuperado el 16 de noviembre de 2020, de <https://www.paho.org>: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud. México*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de Paho.org: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de Los Sistemas de Salud de Brasil*. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud , Brasilia.
- Ortega, A. (02 de marzo de 2022). Nuevo plan salud de AMLO impulsa a IMSS-Bienestar y deja a un lado a Insabi. *Expansión Política Revista Digital*. Recuperado el 03 de marzo de 2022, de https://politica.expansion.mx/mexico/2022/03/02/impulsoa-imss-bienestar-deja-a-un-lado-a-insabi?utm_source=push_notification
- Ortúzar , M. G. (2018). Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”. *RevISE* , 103-116. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de <https://www.redalyc.org/journal/5535/553557482012/html/>
- Ortúzar , M. G. (octubre-marzo de 2018-2019). Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”. *RevISE* , 12, 103-116. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de <https://www.redalyc.org/journal/5535/553557482012/html/>
- Palomarolmeda, A. (2020). La configuración de la urgencia de un sistema de salud, la incidencia en el ámbito privado y el control de la actividad de éstos. (A. j. salud, Ed.) *"DERECHO Y SALUD"*, 30, 36-46. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de Dialnet: <file:///C:/Users/feliciano/Downloads/Dialnet-LaConfiguracionDeLaUrgenciaDeUnSistemaDeSaludLaInc-7550040.pdf>
- Palud, O. P. (febrero de 2002). *Perfil de sistemas y servicios de salud* (1a ed.). Washington: División de Sistemas y Servicios de Salud. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de [paho.org: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf)
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y práctica de las políticas públicas*. México: FLACSO sede académica México.
- Perez Pacheco, F. A., & Macia, A. (S/F). *Reasignación del gasto a energía y seguridad*. Recuperado el 06 de Diciembre de 2021, de [ciep.mx: https://ciep.mx/2LsQ](https://ciep.mx/2LsQ)
- Pérez Porto, J., & Gardey, A. (2022). *Definición de ambulatorio*. Recuperado el 31 de marzo de 2022, de Definición de: <https://definicion.de/ambulatorio/>
- pronoticias. (10 de octubre de 2021). *El 60% de la población española considera que la sanidad pública es de buena calidad*. Recuperado el 31 de diciembre de 2021, de [pronoticias.com: https://pronoticias.com/2021/10/25/poblacion-espanola-considera-sanidad-publica-buena-calidad-pandemia/](https://pronoticias.com/2021/10/25/poblacion-espanola-considera-sanidad-publica-buena-calidad-pandemia/)

- Redacción. (25 de marzo de 2022). IMSS-Bienestar ofrecerá mayor atención a personas sin seguro social. *Expansión*. Recuperado el 30 de marzo de 2022, de <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/03/25/imss-bienestar-servicios?s=09>
- Reyes Santias Vivas Consuelo, David; B, F., Vivas Consuelo, D., & Barrachina Martínez, I. (diciembre de 2004). Servicios de asistencia médica en el sector privado del Reino Unido. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 3(7), 23-38.
- Rodríguez, L. C., & Gamboa, V. (23 de febrero de 2022). Sube cifra de gente sin acceso a salud. *El Universal*. Recuperado el 23 de febrero de 2022, de <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sube-cifra-de-gente-sin-acceso-salud?s=09>
- Salles, S., & Grant, T. (Octubre de 2020). Panorama económico actual del Sector Salud en México. *Boletín de economía*, 1/28.
- Sánchez-Sagrado, T. (22 de noviembre de 2015). La atención primaria en Suecia. (S. E. Primaria(SEMERGEN), Ed.) *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 42(6), 408-411.
- Secretaría De Salud. (Octubre de 2018). *Impacto en la implementación de tecnologías de la información en el sistema de protección social en salud*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2021, de [transparencia.seguro-popular.gob.mx](http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx): <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/MemoriaDocumentalImpactoenlaImplementaci%C3%B3ndeTICsenelSPSS.pdf>
- Secretaría de Salud. (2020). DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la. *Diario Oficial de la Federación*.
- Seguí-Gómez, M., Toledo Atucha, E. A., & Jiménez-Moleón, J. J. (2013). *Sistemas de salud. Modelos*. (E. España, Ed.) Recuperado el 29 de diciembre de 2021, de Facultad de Medicina UNAM: <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf>
- Silva, M. T. (2009). Sistema único de salud: La experiencia brasileña en la Universalización del acceso a la salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* , 251-257. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de [SciELO.org](http://www.scielo.org.mx): <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a20v26n2>
- Sobral de Carvalho, B., & Schubert, B. (enero-junio de 2013). El sistema único de salud del Brasil,público, universal y gratuito. *MONITOR ESTRATEGICO* (3), 22-27. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, de minalud.gov.co: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/El-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf>
- St. Onge, P. (14 de mayo de 2020). *El sistema de salud del gobierno canadiense se desmoronó bajo el COVID-19*. Recuperado el 06 de enero de 2022, de FEE La fundación para la Educación

Económica: https://fee.org.es/articulos/el-sistema-de-salud-del-gobierno-canadiense-se-desmoron%C3%B3-bajo-el-covid-19/?gclid=EAlaIQobChMI-N3wmZue9QIV_BTUAR30cwE8EAAYASAAEgJV9PD_BwE

The Global Economy.com. (2022). *Business and economic data for 200 countries*. Recuperado el 05 de enero de 2022, de <https://www.theglobaleconomy.com/>

Tomberger, J. (1961). *Política Económica. Principios y Formulación*. México: Fondo de Cultura Económica.

Valdés-Olmedo, C. (1988). Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México. *Salud Pública de México*(30), 815-826.

Valdrés López, A., Bruna Barranco, I., Martínez Giménez, L., López Zapater, B., & Maestre Aguilar, R. (2021). Análisis del sistema sanitario de Estados Unidos de América, salud y negocio. *Revista Sanitaris de Investigación*.

Velásquez Díaz, G. (1991). Programa IMSS-COPLAMAR. En M. S. Salud, *Secretaría de Salud. Salud y enfermedad en el medio rural de México* (págs. 413-21). México: LILACS. Recuperado el 31 de marzo de 2022, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-135106>

Zamboni, L. (2004). *El Seguro Social como instrumento para la equidad en el acceso a la Salud*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de [asociaciong.org](http://www.asociaciong.org): <http://www.asociaciong.org.ar/pdfcap/4/Zamboni,%20Luc%C3%ADa.pdf>