

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social



Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud

Componente de Salud
de una propuesta
de Seguridad Social Universal





Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

PROPUESTA DE UN SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Componente de Salud de una propuesta de Seguridad
Social Universal

“Hacia la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas”
(Starfield B., 2007)

DOCUMENTO ELABORADO POR EL CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y SOCIALES EN SALUD (CEESES) DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ (HIMFG) PARA EL CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL).

Octubre, 2012

ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ

Coordinador

Investigadores Participantes

Evelyne Rodríguez Ortega
Ricardo Pérez Cuevas
Juan Garduño Espinosa
Ma. del Carmen García Peña
Luis Jasso Gutiérrez
Hortensia Reyes Morales
Luis Durán Arenas
Antonio Rizzoli Córdoba
Mireya Pasillas Torres
Mariana López Ortega
Beatriz Zurita Garza
José Ángel González Arreola
Luis Miguel Chong Chong

Las opiniones vertidas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan la opinión de las instituciones en que laboran.

Contenido

Presentación	7
Resumen Ejecutivo	9
Introducción	15
I. Situación Actual	18
I.1 Estado de salud de la población	18
I.2. Análisis del Sistema Nacional de Salud	22
I.3. Marco jurídico	25
I.4. Afiliación, acceso y uso de los servicios de salud	27
I.4.1 La afiliación en cifras.....	27
I.4.2 Acceso geográfico a servicios de salud	31
I.4.3 Uso de servicios de salud	35
I.5 Financiamiento de la salud	37
I.6 Rectoría	46
I.6.1. Conducción Sectorial	46
I.6.2. Salud Pública	47
I.6.3. Provisión de Servicios	49
I.6.4. Investigación en Salud	56
I.7. Beneficios en salud.....	58
I.7.1. Beneficios y prestaciones en salud	58
I.8 Política de Medicamentos.....	61
II. Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud	63
II.1. Modelo conceptual de la propuesta del Sistema Nacional de Servicios de Salud	63
II.2 Principales componentes de la propuesta del SNSS	67

II.2.1 Reorganización del sector salud	67
II.2.2 Estrategias para avanzar en la integración funcional de las instituciones: portabilidad, convergencia, acceso efectivo y toma de decisiones basada en el conocimiento	69
II.2.3. Evaluación de Desempeño del Sistema	74
II.3. Propuesta de programas de los servicios de salud del SNSS	78
II.3.1. Atención a la Salud Pública	79
II.3.2. Atención a la salud individual y familiar, con énfasis en grupos vulnerables y con alto grado de marginación	80
II.3.3 Atención hospitalaria	84
II.3.4. Políticas de medicamentos	86
II.3.5. Producción social de la salud.....	87
III. Metas a alcanzar en los primeros tres años	91
III.1. Aspectos generales	91
III.2. Infraestructura.....	91
III.3. Personal.....	92
III.4 Atención Primaria	93
III.5. Calidad de la atención	93
III. 6. Investigación en salud y evaluación de tecnologías.....	94
III.7. Medicamentos	95
Síntesis curricular de los investigadores participantes	97
Referencias	101

Introducción

El doctor Enrique Wolpert Barraza, miembro del Seminario sobre Medicina y Salud, me entregó, durante la última sesión del mismo, un estudio realizado en el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. El trabajo realizado por un grupo multidisciplinario, coordinado por el doctor Onofre Muñoz Hernández, refiere un completo y objetivo análisis de la situación del sistema de salud en México.

Este estudio patrocinado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, propone al final del artículo los cambios necesarios para que nuestro sistema de salud reúna las condiciones de calidad, accesibilidad y equidad para todos los mexicanos.

Consideramos que el estudio y las proposiciones finales coinciden con el espíritu que ha animado al Seminario sobre Medicina y Salud; por ello, con la anuencia de los autores y del organismo que patrocinó el estudio, decidimos editarlo.

Doctor Octavio Rivero Serrano

Director del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

Presentación

La finalidad de la medicina es clara y sencilla y podría resumirse en la prevención, en la curación y en la rehabilitación de las enfermedades. A su vez, la vocación del médico lo lleva a utilizar todos los recursos a su alcance, no sólo para tratar al paciente y a sus familiares, sino para asistirlo en sus miedos y sufrimientos; esta atención alcanza su punto más relevante cuando se enfrenta un padecimiento terminal.

Si lo señalado anteriormente es tan nítido, entonces ¿qué es lo complicado para que la comunidad médica atienda las necesidades de salud de la población? pues me parece que la parte difícil está en lo macro, entendiéndose como tal, la política gubernamental de salud, en tanto que lo micro, que para estos efectos, es la relación médico - paciente, generalmente se rige por lo comentado en un principio.

Lo complejo de una política pública de salud es concebirla porque prácticamente son innumerables sus componentes como: la manera de financiarla, la estructura administrativa, el marco jurídico, la cobertura, la calidad de los servicios, la utilización eficaz de los avances científicos y tecnológicos y muchos otros conceptos más.

Ese propósito, es el que lleva a Onofre Muñoz y a los investigadores que participaron con él, a proponer un nuevo modelo para la atención de la salud de los mexicanos en el presente trabajo que se denomina Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El contenido de la propuesta es espléndido gracias a una intensa investigación de cada uno de los puntos; también destaca la actualidad de los datos utilizados que sin duda son producto de una laboriosa compilación. Después de esa capacidad de síntesis y de análisis que les permite llegar a una propuesta integral que se destaca, entre otras cosas, por su rigor metodológico.

La Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud enlaza a varios colegas y a otras personas destacadas en sus respectivas disciplinas - alrededor de una preocupación común y también en afortunadas coincidencias. Permítaseme desglosar este efecto.

La noticia no acaba sólo en coincidencias, porque adicionalmente se da un fenómeno de complemento. A partir de coincidencias y complementos hemos decidido caminar juntos en esta nueva propuesta.

Con el mismo ánimo que los autores, apenas unos meses antes expuse, en un breve texto, temas generales que consideré ineludibles para la integración de una política sanitaria gubernamental, su título: Una Nueva Política de Salud para México.

El trabajo de Onofre Muñoz y sus colaboradores, aún cuando es autocontenido, y con esto me refiero a su sustentabilidad por sí mismo, también es parte de un propósito todavía mayor que patrocina una institución pública reconocida por su calidad académica: se trata del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL.

El propósito de CONEVAL con la Evaluación Estratégica de Protección Social, de la que este documento forma parte, consiste en examinar la Protección Social en México entendida como el conjunto de apoyos institucionales para los hogares frente a riesgos que afectan, en ciertos momentos de su vida, su nivel de consumo o ingreso, con el fin de identificar si el conjunto de apoyos institucionales están integrados y si contribuyeron a aminorar la materialización de los riesgos sociales de los hogares.

De la misma manera, estamos convencidos que la fuente de financiamiento deben ser los impuestos generales; que el actual Sistema de Protección Social en Salud atrajo mayores recursos para ese ramo de la Administración Pública, pero ello no ha significado la eficacia que se pretende, tampoco se ha logrado la cobertura universal que se ha anunciado, y la relación entre los recursos destinados y los resultados obtenidos es notoriamente fallida.

Todos juntos seguiremos con exposiciones de ideas, con propuestas entre nosotros, y si así lo convenimos, porque creemos que podemos aportar algo, las incluiremos en trabajos futuros, no dejaremos de revisar lo que ya hemos explorado en la búsqueda del ánimo de la excelencia sobre los principales derechos humanos: la salud y por lo tanto la vida.

Enrique Wolpert.

Resumen Ejecutivo

El objetivo de esta propuesta de un **Sistema Nacional de Servicios de Salud** es alcanzar la universalización de la atención a la salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad, y hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, en el contexto de la seguridad social universal.

Esta propuesta forma parte de la iniciativa de la Seguridad Social Universal cuya implementación requerirá del convencimiento y la participación de numerosos actores e instituciones de los tres niveles de gobierno y del sector privado. La propuesta busca aprovechar las fortalezas del sector salud para brindar mejores servicios y mejorar el estado de salud de la población; y se apoyó en la comprensión de las necesidades en salud de la población, el conocimiento del sector salud y la certidumbre de llevar a cabo propuestas congruentes con la realidad del país.

Situación actual del Sector Salud

Las políticas más importantes en salud se han enfocado en incrementar el financiamiento en salud y en ampliar la cobertura de afiliación al Seguro Popular con la intención de proteger a la población sin seguridad social contra el riesgo financiero y lograr la cobertura universal.

El financiamiento en salud ha aumentado aceleradamente en los últimos 10 años. Entre 2000 y 2012 el gasto público total aumentó en 81.7% en términos reales, concentrándose dicho incremento en la población sin seguridad social. En 2012, el presupuesto de las instituciones públicas de salud fue de 461,510.5 MP; de los cuales el 49% se destina a la población sin seguridad social y el 51% a la población con seguridad social. A pesar de estos avances, los hogares mexicanos todavía llevan la mayor carga porque además del gasto de bolsillo contribuyen a financiar los seguros de salud del IMSS y del ISSSTE. En 2011, el 63.9% del gasto del Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, provino de las cuotas obrero-patronales y el 22% del gasto del seguro de salud del ISSSTE de las aportaciones de los trabajadores. El Seguro Popular no ha logrado la protección financiera para sus afiliados. Entre 2003 y 2010, el gasto de bolsillo se redujo de 52.9% a 49.0% lo que indica que el gran incremento de recursos públicos a población sin seguridad social no ha mitigado el gasto de bolsillo.

Rectoría. La rectoría del sector se debe fortalecer y replantear. El sector salud mexicano continua fragmentado y con marcadas diferencias en cuanto a la organización, financiamiento, capacidad de producción de servicios y sistemas de información de las instituciones que lo constituyen. El rol que desempeñan los

Servicios Estatales de Salud (SESA) es relevante, dado que a partir de la descentralización, los SESA son responsables de la gestión y provisión de servicios, para lo cual, si bien se ha incrementado el financiamiento, todavía no está resuelta su capacidad de gestión y es indispensable fortalecer y consolidar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Las condiciones de salud de la población son las que ejercen la mayor presión al sistema. Nuestra población está caracterizada por padecer problemas de salud que son prevenibles y que no hemos podido contener como la mortalidad materna, la desnutrición y la anemia; situación a la que se agrega el creciente número de pacientes con enfermedades crónicas, cuya atención es permanente y costosa. Estas circunstancias de necesidades más complejas requieren profundos cambios en el diseño de los servicios de salud; es necesario cambiar la perspectiva de la salud pública para prevenir y reducir los riesgos, y modernizar los modelos de provisión de servicios, tradicionalmente enfocados a la atención de padecimientos agudos y de corta duración.

Las distintas instituciones que componen el sector salud ofrecen distintos beneficios a sus afiliados. La seguridad social y la Secretaría de Salud no son substitutos perfectos y tienen diferencias en cuanto a sus bases legales, criterios de afiliación y beneficios otorgados, por lo tanto resulta razonable aspirar a que la población reciba los mismos beneficios, lo cual debe ser congruente con los recursos disponibles y la capacidad de provisión de las instituciones.

Las instituciones de salud utilizan sistemas de evaluación de desempeño con indicadores, periodicidad, métrica y transparencia diferentes, que dificultan el seguimiento y la evaluación de la operación, la toma de decisiones informada y las comparaciones entre proveedores. Los principales retos son diseñar un sistema de evaluación del desempeño con indicadores semejantes para todas las instituciones, que tengan datos confiables, oportunos, con la misma métrica y periodicidad, públicos y disponibles para la toma de decisiones.

Propuesta del Sistema Nacional de Servicios de Salud

Se propone un **Sistema Nacional de Servicios de Salud** que permita alcanzar la universalización de la atención a la salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad, y hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, en el contexto de la seguridad social universal, financiado con impuestos generales con destino específico.

La universalización debe basarse en políticas viables financieramente y factibles operativamente que permitan el acceso a servicios de salud a todas las personas sin distinción de su condición laboral, en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

La propuesta del Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene los siguientes componentes:

1. Reorganización del Sector Salud.
2. Evaluación del desempeño del Sistema.

3. Mejora de la Calidad de la Atención.
4. Fortalecimiento de la provisión de servicios de salud.
5. Acceso a medicamentos.
6. Producción social en salud

1. Reorganización del sector salud

- Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en sus funciones de regulación, de supervisión y evaluación y de organización de los servicios;
- Financiar los servicios de salud con impuestos generales con destino específico
- Integrar funcionalmente a las instituciones, lo que en una primera fase significa avanzar en la portabilidad de derechos de los beneficiarios y en la convergencia para otorgar servicios

2. Evaluación de Desempeño del Sistema

La propuesta incluye como elemento esencial el seguimiento y la evaluación del desempeño en función del estado de salud de la población, los determinantes de la salud y la calidad con sus tres componentes: efectividad técnica, seguridad y atención centrada en el paciente.

3. Estrategias de mejora de la calidad

Las estrategias para mejorar la calidad se enfocan en mejorar los sistemas de información y evaluación con el fin de utilizar rutinariamente los datos provenientes del expediente médico electrónico y de otros sistemas de información y en utilizar la evidencia derivada de las evaluaciones para el diseño de intervenciones y programas orientados hacia la mejora de los servicios.

4. Propuesta de programas de los servicios de salud del SNSS

Los programas de servicios de salud abarcan cuatro vertientes: atención a la salud pública, atención a la salud individual y familiar con énfasis en grupos vulnerables (poblaciones remotas y dispersas); atención a la salud individual y familiar en áreas urbanas y mejora de la capacidad de oferta de servicios hospitalarios.

5. Políticas de medicamentos

Se propone establecer una política de suministro de medicamentos e insumos para la salud del sector público que garanticen la gestión eficiente y el acceso efectivo, lo cual incluye fortalecimiento de la regulación y promoción de la prescripción razonada de los medicamentos y mejora en la negociación del

sector, con acuerdos de servicio que garanticen un abasto no menor al 99.5% en las farmacias de las unidades de salud.

6. Producción social de la salud

Esta política se basa en la participación intersectorial y es la que tiene el mayor potencial para impactar la salud de la población. Se propone enfocarla en: i) El rezago en salud definido como las diferencias en el estado de salud relacionadas con la pobreza; ii) adultos mayores: envejecimiento activo y saludable; iii) adolescentes: actitudes de riesgo; iv) sobrepeso y obesidad; v) accidentes, violencia y lesiones.

Principales Metas a alcanzar en los primeros tres años

Acciones iniciales:

- Preparar y consensuar las reformas de las leyes específicas que sustenten la propuesta, enfocándose en los cambios a la Ley de salud y los hacendarios indispensables para financiar con impuestos generales el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Establecer los mecanismos de priorización y gradualidad para la definición de los beneficios en salud para toda la población, tomando como referente las prestaciones de la Seguridad Social
- Establecimiento del padrón único de afiliados

Infraestructura

- Lograr que las localidades de 2,000 a 5,000 habitantes tengan una Unidad Médica Rural
- Dotar del equipamiento estándar e insumos necesarios a todas las unidades de primer nivel de atención a la salud;
- Aprovechar la capacidad instalada del sector privado para complementar los servicios;

Personal de salud:

- Favorecer la disponibilidad de personal de salud –equipos de atención primaria constituidos por médicos, enfermeras y técnicos en salud– principalmente en áreas rurales.

Atención Primaria:

- Fortalecer el papel de la enfermera en atención primaria: atención domiciliaria del enfermo crónico, cuidados paliativos y largo plazo, así como la autorización para prescribir medicamentos en problemas de salud seleccionados;
- Implementar un Programa Nacional de Prevención y Detección Oportuna integrando PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura.
- Avanzar en la implementación del expediente electrónico en todos los niveles de atención
- Fortalecer las redes de servicios de salud para las comunidades dispersas y remotas que carecen de acceso a los servicios.

Calidad de la atención

- Fomentar la actualización y aplicación de las guías de práctica clínica;
- Establecer un sistema generalizado de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención;
- Establecer estrategias para disminuir los tiempos de espera
- Aumentar la eficiencia en el uso de quirófanos y consultorios;
- Establecer indicadores de desempeño y sus metas, en un esquema de análisis comparativo, entre proveedores de servicios;

Medicamentos

- Conformar un Cuadro Básico Nacional de Medicamentos, único para todas las instituciones, con garantía de financiamiento;
- Ampliar las facultades de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos para asegurar compras consolidadas de medicamentos de patente y genéricos en todo el sistema público;
- Implementar una política de medicamentos, desde la compra hasta la dispensación, que asegure, a través de la prescripción razonada, y el uso de las guías de práctica clínica, el surtimiento oportuno en todas las instituciones de salud;
- Generalizar y uniformar el uso de la receta electrónica para fines de control de costos del sistema y monitoreo de las prácticas de prescripción;
- Establecer acuerdos de servicio para garantizar abasto en las farmacias de las unidades de salud no menor al 99.5%.
- Hacer efectivo y extensivo a todo el sector salud, el Sistema Nacional de Fármaco Vigilancia para garantizar la seguridad del paciente.

Investigación en Salud

- Identificar las prioridades nacionales para la investigación en salud en México en el corto y mediano plazos;

- Vincular los grandes problemas nacionales de salud con la formación de capital humano;
- Instrumentar una política de toma de decisiones basada en el conocimiento científico (evidencia);
- Establecer un Instituto Nacional de Selección y Evaluación de Tecnologías en Salud.

Introducción

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) está llevando a cabo la Evaluación Estratégica de la Política Pública de Protección Social del Gobierno Federal. El concepto de protección social que se utiliza en esta evaluación está vinculado a la prevención, mitigación y protección de los riesgos asociados a: la falta de acceso a los servicios de salud, al mercado de trabajo, a la vejez, discapacidad y orfandad, así como a la falta de ingresos en el curso de vida. Dicha evaluación tiene el objetivo de presentar un diagnóstico de la situación actual en la atención de estos riesgos en México y formular conclusiones y recomendaciones para la construcción de un sistema integral que proteja eficaz y efectivamente a la población.

Debe señalarse que en nuestro país no existe el concepto per se de un sistema de protección social como esquema explícito de organización pública, sino un conjunto fragmentado conceptual, institucional y financieramente de “sub-sistemas” y programas dispersos, entre otros, en los ámbitos de la salud, las pensiones y las acciones de combate a la pobreza. La seguridad social ofrece la protección más integral al cubrir riesgos de salud y de pérdida de ingreso laboral a los trabajadores y sus familias a través de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y guarderías y prestaciones sociales. Estos seguros son financiados con contribuciones obrero patronales y del estado, pero sólo cubren al 39% de la población debido a la alta informalidad y evasión.^a Por otro lado, ha habido un crecimiento importante de programas federales y estatales con el objetivo de cubrir riesgos similares a los cubiertos por la seguridad social para la población no asegurada, aunque con beneficios, acceso y calidad diferentes y

^a De los 112 millones (M) de mexicanos: 43.7 M (38.9%) están afiliados a alguna institución de seguridad social, 26.2 M (23.4%) están afiliados al Seguro Popular, y 38.0 M (33.8%) no están afiliados a ninguna institución pública. Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

financiados casi en su totalidad con recursos fiscales (programas no contributivos). Debe señalarse que estos programas cubren tanto a la población que legalmente debería estar afiliada a la seguridad social pero sus empleadores no lo hacen como a aquellos que no están obligados a hacerlo. En su conjunto, este entramado provee una protección segmentada, incompleta, con falta de continuidad y con un nivel de acceso y calidad desigual. Ello provoca problemas de equidad y efectividad en el ejercicio de las obligaciones y los derechos sociales; incentivos a la informalidad con el consecuente impacto en la productividad y el crecimiento; dispersión, descoordinación e insostenibilidad financiera; y, de forma general, la ausencia de un sistema de protección social adecuado.

En la esfera de la salud, las personas con seguridad social tienen acceso a servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación ofrecidos a través de un sistema de salud integrado que proporciona de forma articulada servicios ambulatorios y hospitalarios. Adicionalmente, las instituciones de seguridad social cubren la pérdida de ingreso laboral del trabajador durante periodos de maternidad y enfermedad o accidente (de origen laboral o no) que generen incapacidad, temporal o permanente. Por su parte, los servicios de salud para población sin seguridad social están acotados a paquetes de atención con menores beneficios que la seguridad social y la población no está cubierta ante las pérdidas de ingreso por problemas de salud o maternidad.

CONEVAL solicitó al Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud (CEESES) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) analizar la situación actual del sector salud del país y emitir recomendaciones para el diseño de un sistema nacional de servicios de salud universal, con acceso efectivo, eficiente y de calidad. Además, que sea congruente con la propuesta de seguridad social universal la cual busca extender los beneficios de la salud y las pensiones de vejez e invalidez de la seguridad social a toda la población y no únicamente a la que cuenta con un empleo formal.¹

Este documento describe el componente de salud de la propuesta de Seguridad Social Universal. Para ello, analiza la situación actual, establece los valores y principios que sustentan la transformación de los servicios de salud y propone las políticas y el esquema general del Sistema Nacional de Servicios de Salud, contemplando las metas

que se considera factible y deseable alcanzar en los primeros años en relación a portabilidad, convergencia, calidad y acceso efectivo. Esta propuesta permitiría que la población mexicana percibiera mejoras en la calidad de los servicios en el corto plazo, al mismo tiempo que se lograría una transición ordenada respetando la existencia de todos los proveedores actuales del sector salud.

Debe señalarse que lograr la universalización de los servicios de salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad, y hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, en el contexto de la seguridad social universal requiere de una determinación política al más alto nivel con una visión de largo plazo. Asimismo, de la participación, convencimiento y esfuerzos concertados y sostenidos de numerosos actores e instituciones de los tres niveles de gobierno y del sector privado y de reformas constitucionales y legales, que incluyan la hacienda, que hagan realidad y sostenible financieramente el derecho a la salud.

I. Situación Actual

I.1 Estado de salud de la población

El estado de salud de la población de México muestra una situación polarizada. Se aprecia una tendencia descendente de la prevalencia de enfermedades infecciosas y de la mortalidad por causas evitables como mortalidad neonatal, infantil y materna. Simultáneamente hay un ascenso en la proporción de la población con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Esto es atribuible a los cambios demográficos, epidemiológicos, ambientales y de estilos de vida. Los principales factores de riesgo son obesidad (30% en la población adulta)², consumo nocivo de alcohol (4.8%)³ tabaquismo (13.3%)⁴, y la falta de ejercicio físico. Las ECNT, además de las consecuencias sobre la salud, tienen repercusiones económicas, sociales y laborales que ponen en riesgo la viabilidad financiera y la capacidad de respuesta de los servicios de salud y sobre todo, vulneran las condiciones individuales, familiares y sociales de quien las padece y de su familia.

Al comparar el estado de salud de la población del país con las cifras promedio de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es evidente una brecha importante. La OCDE es un referente apropiado porque su información es robusta y útil para la evaluación de políticas públicas y representa la meta a lograr. El Cuadro 1 muestra que en México: la expectativa de vida^b es menor, tanto al nacimiento como a los 65 años; las cifras de bajo peso al nacer,^c mortalidad neonatal,^d infantil,^e materna^f y por cáncer cervical⁵ son

^b La esperanza de vida es el número medio de años que una persona puede prever que vivirá si se mantienen en el futuro las tasas de mortalidad por edad del momento en la población. La esperanza de vida sana es una variable estadística relacionada, que estima el número equivalente de años de buena salud que una persona puede prever que vivirá teniendo en cuenta las tasas de mortalidad y la distribución de la prevalencia de los problemas de salud en la población en ese momento (http://www.who.int/topics/life_expectancy/es/).

^c Bajo peso al nacimiento: Bajo peso al nacer, al niño o niña que pesan al nacer menos de 2500 gramos (hasta 2499 gramos inclusive), independientemente de su edad gestacional. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

considerablemente superiores; y, el número de muertes por accidentes automovilísticos se ha duplicado, mientras que en los países de la OCDE se ha reducido a la mitad.

Cuadro 1. Indicadores del estado de salud de la población en 2009 utilizando el promedio de los países de la OCDE como referente.

Indicador	OCDE	México		OCDE	México
Esperanza de vida (años) total	82.0	75.7	Bajo peso al nacer ^a	6.6	8.4
Mujeres	82.2	77.6	Mortalidad neonatal ^a	3.0	9.4
Varones	76.6	72.9	Mortalidad infantil ^a	4.4	14.7
Expectativa de vida a los 65 años. Total	19	18	Mortalidad materna ^b	3.8	62.2
Mujeres	20.4	18.3	Mortalidad por cáncer cervicouterino ^c	4.4	9.7
Varones	17.5	16.8	Cambio porcentual de muertes por accidentes de automóvil (1970 – 2006)	-59%	94%

a. por 1000 nacidos vivos
b. por 10,000 nacidos vivos
c. por 100,000 mujeres

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE 2010. <http://stats.oecd.org>

El envejecimiento de la población es evidente en la población mexicana, principalmente en áreas urbanas, adonde la proporción de adultos mayores es creciente. Las implicaciones el envejecimiento son múltiples, no es únicamente un cambio demográfico, sino que tiene efectos en diferentes ámbitos. Por ejemplo, en el ámbito social en función de sus distintas redes y complejas necesidades de apoyo social

^d Mortalidad neonatal: número de muertes que ocurren en los primeros 28 días después del nacimiento por 1000 nacidos vivos registrados en un año determinado.

(<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indneonatalmortality/en/>).

^e Mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil es el número de muertes de niños menores de un año que ocurren entre los nacidos vivos en un área geográfica determinada durante un año dado, por 1000 nacidos vivos que ocurren entre la población en dicha área y durante el mismo año. (Handbook of Vital Statistics Systems and Methods, Volume 1: Legal, Organisational and Technical Aspects, United Nations Studies in Methods, Glossary, Series F, No. 35, United Nations, New York 1991..)

^f Tasa de mortalidad materna: se refiere al número de muertes debido a causas puerperales que ocurren entre la población femenina de un área geográfica durante un año determinado, por 100,000 nacidos vivos que ocurrieron en dicha área y en el mismo año. (Handbook of Vital Statistics Systems and Methods, Volume 1: Legal, Organisational and Technical Aspects, United Nations Studies in Methods, Glossary, Series F, No. 35, United Nations, New York 1991.)

(estancias, apoyo domiciliario, redes de apoyo)⁶; en la políticas públicas que deben considerar a este grupo de población y en los cambios que los servicios de salud deben de realizar para atender a una población cuyo estado de salud requiere de mayores cuidados debido a su vulnerabilidad y fragilidad. Asimismo, hay cambios en la composición familiar y en sus redes de apoyo.⁷

La transición epidemiológica⁹ se hace evidente en las principales causas de morbilidad y mortalidad. El cuadro 2 muestra el análisis comparativo entre 1980 y 2009 de las principales causas de mortalidad general. En 2009, las enfermedades no transmisibles (enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos) ocuparon los tres primeros lugares de las diez principales causas de muerte; neumonía e influenza ocuparon el 9º lugar cuando en 1980 estaban en 3er lugar.

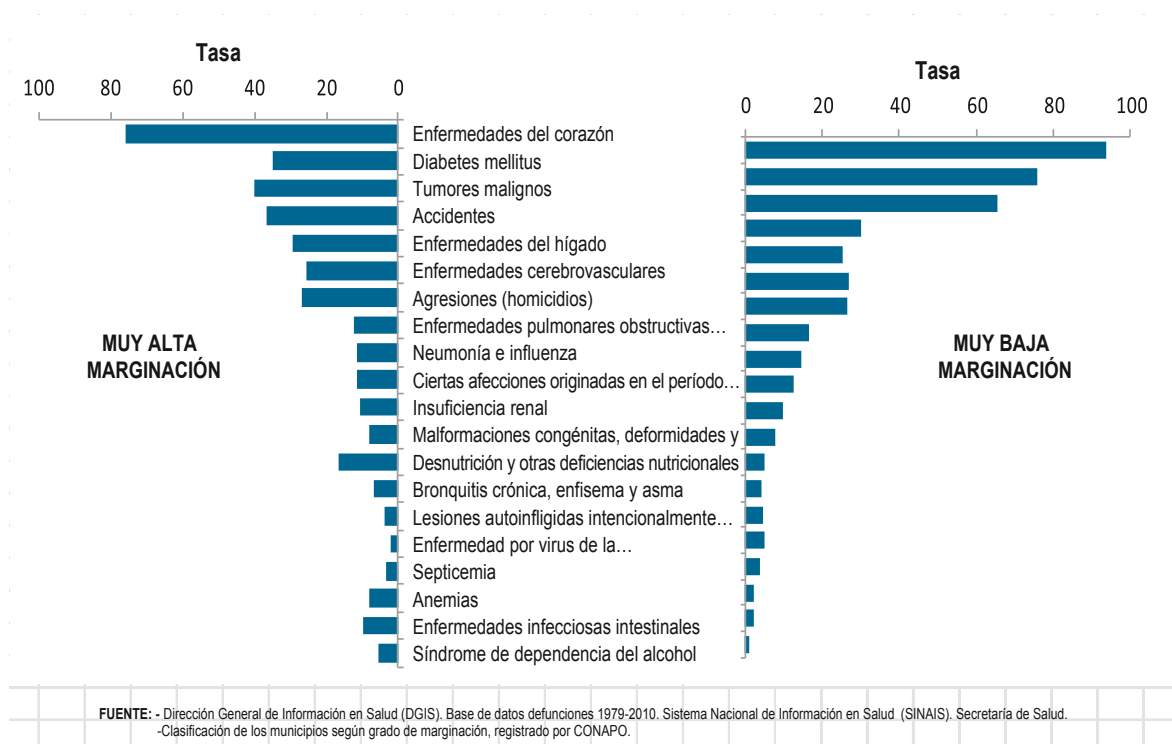
Cuadro 2. Principales causas de mortalidad general						
Causa	1980			2009		
	Lugar	Número	Tasa	Lugar	Número	Tasa
Enfermedades cardiacas	4	35,866	53.4	1	97,174	90.4
Diabetes mellitus	9	14,626	21.8	2	77,699	72.2
Tumores malignos	5	26,427	39.4	3	68,454	63.6
Accidentes	1	48,098	71.6	4	39,456	36.7
Enfermedades del hígado	-	-	-	5	31,756	29.5
Enfermedad cerebrovascular	7	15,215	22.7	6	30,943	28.8
Agresiones (homicidios)	-	-	-	7	19,803	18.4
Enfermedad pulmonar obstructiva	-	-	-	8	17,727	16.5
Neumonía e influenza	3	38,318	57.1	9	17,112	15.9
Ciertas afecciones perinatales	6	26,399	39.3	10	14,728	13.7
Otras causas	-	229,516	341.7	-	1 ⁴⁹ ,821	139.3
Total		434,465	646.9	-	564,673	525.0

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979-2009; Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) Secretaría de Salud.
*Tasa por 100,000 habitantes

⁹ La transición epidemiológica se refiere al proceso en el cual el impacto de los desastres y las enfermedades infecciosas declina, y se incrementa la prevalencia de enfermedades no transmisibles y degenerativas, en poblaciones que están experimentando desarrollo económico. (Omran E. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Memorial Fund. 1971)

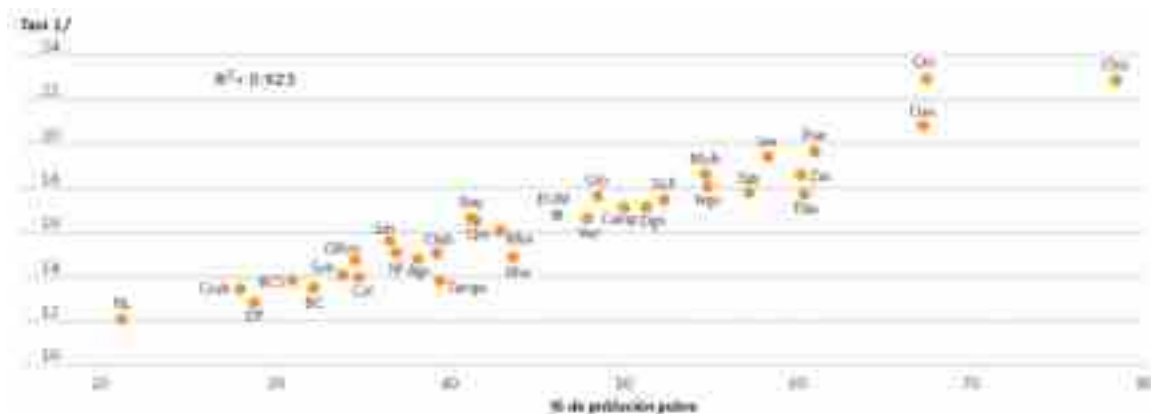
La gráfica 1 muestra este mismo fenómeno comparando los municipios de muy alta marginación con los de baja marginación. En 2010, en los primeros, además de presentar una creciente proporción de muertes por enfermedades crónicas, todavía persisten las causas de muerte del rezago como las enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias nutricionales y anemia, infecciones respiratorias y una mayor proporción de síndrome de dependencia de alcohol, lo que señala la necesidad de enfocar programas diferenciados para estas poblaciones; por ejemplo, atendiendo, simultáneamente los padecimientos crónicos y los del rezago en los municipios con muy baja marginación, debido a que la carga de enfermedad es mucho mayor.

Gráfica 1. Principales causas de mortalidad según el nivel de marginación, 2010.



Otro fenómeno es la varianza que existe en indicadores de salud entre estados. Por ejemplo la gráfica 2, muestra que la tasa de mortalidad de menores de cinco años varía de 12 a 22.5 por 1,000 nacidos vivos en las diferentes entidades del país; tasa que está correlacionada con el nivel de pobreza de cada estado.

Gráfica 2. Porcentaje de población que vivía en condiciones de pobreza y tasa de mortalidad en menores de cinco años por entidad federativa, 2010.



La línea muestra la probabilidad de morir por cada mil nacimientos de cinco años de edad. La estimación se basa en los datos censales y los estimaciones por el CONAPO. Fuente: CONAPO, con base en las proyecciones de población 2009-2010 del CONAPO, y estimaciones realizadas de la propia DIIU del CONAPO.

1.2. Análisis del Sistema Nacional de Salud

El sector salud de México es complejo y fragmentado y ofrece una protección incompleta y desigual a la población, lo cual además limita la continuidad en la atención. La rectoría es atribución de la Secretaría de Salud y al sector lo integran instituciones públicas y privadas. El sector público comprende la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA), los servicios médicos de las instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los servicios médicos de las secretarías de Defensa Nacional y Marina (SEDENA, SEMAR) y de PEMEX. La figura 1 ilustra la estructura del Sistema de Salud, sus fuentes de financiamiento, compradores, proveedores y población atendida.

figura 1 ilustra la estructura del Sistema de Salud, sus fuentes de financiamiento, compradores, proveedores y población atendida.

Figura 1. Estructura actual del Sistema de Salud de México



Fuente: Elaboración propia.

El sector salud tiene avances importantes en la implementación de planes y programas orientados a mejorar la cobertura y oferta de servicios. Sin embargo, su segmentación, no solo entre instituciones sino también hacia dentro de las mismas, obstaculiza un desempeño apropiado. Esta segmentación también dificulta la capacidad de la Secretaría de Salud para ejercer la rectoría del Sistema, lo que se refleja en la escasa convergencia de las políticas de salud entre las instituciones cuyos programas para las poblaciones bajo su responsabilidad tienen alcance, servicios y coberturas distintas. Además, existen diferencias en el gasto para salud y su administración por institución que se reflejan en: asignaciones desiguales per cápita y para inversión, la producción de servicios y el acceso y la calidad de los mismos. Las instituciones de seguridad social y los servicios públicos para población no asegurada (programas de la Secretaría

de Salud, Seguro Popular, IMSS Oportunidades y servicios estatales de salud) ofrecen servicios de salud que no son similares en beneficios y calidad. Debe señalarse que la fragmentación también conlleva a elevados gastos de administración, siendo México el país de la OECD con el mayor porcentaje en este rubro (10.7% del gasto total en salud^h).⁸

En lo que se refiere a la calidad de los servicios, se han hecho esfuerzos para su medición y mejoría incluyendo la creación de guías de práctica clínica. Sin embargo, persiste una gran heterogeneidad en los criterios de atención y existen evidencias publicadas de las limitaciones y disparidades en la calidad de atención, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio.^{9,10}

Las condiciones actuales del sector obstaculizan que se logre la cobertura universal con beneficios y calidad homogéneos e impiden el acceso efectivo de la población, en particular de los más vulnerables, a servicios de salud con estándares aceptables. La capacidad instalada aún tiene limitaciones. El 30.9% de las localidades rurales entre 1,500 y 2,500 habitantes carece de algún establecimiento médico en la comunidad. En lo que se refiere a personal, por cada mil habitantes, las instituciones públicas cuentan en promedio a nivel nacional con 0.45 médicos, 2.45 enfermeras y 0.71 camas censables con una gran varianza entre estados. Estos indicadores están por debajo de los promedios de la OCDE e indican la necesidad de un mayor número y mejor distribución de recursos humanos, infraestructura y equipamiento. Se señala, sin embargo, que ha habido esfuerzos por maximizar el uso de los recursos de salud disponibles. Por ejemplo, en el año 2009 se reportaron 66.1 pacientes atendidos por cada cama existente; esta cifra es la tercera más alta de la OCDE después de Israel y Noruega.¹¹

^h El gasto total (nacional) en salud está basado en los siguientes aspectos de la atención médica: servicios de salud personales, medicamentos y suministros proporcionados a pacientes ambulatorios, servicios de prevención y de salud pública; gastos de administración y de aseguramiento, gastos totales en servicios colectivos y gastos de inversión. OECD International Classification for Health Accounts, OECD. 2007

También existen marcadas diferencias en la arquitectura y desarrollo de los sistemas de información de las instituciones. Se carece de un sistema de información robusto que brinde información epidemiológica y de la atención individual, de manera oportuna

y que permita la medición permanente del desempeño y la toma informada de decisiones.

I.3. Marco jurídico

Las disposiciones del constituyente del '17 sobre Salud y Seguridad Social fueron los artículos 73 y 123. Este último, en su Apartado A relativo los *“obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo”*, frac. XXIX establece que *“Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”*.

La expedición de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943 suponía que la seguridad social sería la forma de *“proteger a todos los mexicanos en tiempos de adversidad tales como: la orfandad, la viudez, la enfermedad, el desempleo y la vejez, para dejar tras esta situación de siglos que ha sido resultado de la pobreza de nuestra Nación”*.¹² Así, la protección ante riesgos de salud para todos los mexicanos partía del derecho a la seguridad social de los trabajadores y por extensión a sus familias. El Art. 2º. de la LSS establece que: *“la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, ..., estará garantizada por el Estado”*.

La Constitución también establece otro régimen de Seguridad Social para los trabajadores del sector público y otro más para las fuerzas armadas (art. 123, apartado B, fracción XI y Art. 123, apartado B, fracción XIII, respectivamente), los cuales se despliegan en las leyes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (Ley del ISSSTE), y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM). Así, la existencia de diferentes leyes de trabajo y de seguridad social, radica en la separación por apartados A y B del artículo 123 constitucional, para las relaciones obrero-patronales del sector privado y las de los trabajadores al servicio del Estado, respectivamente.

Sin embargo, contrario a la intención original, la seguridad social no cubrió a todos los trabajadores y sus familias. Por ello, la Secretaría de Salud, los servicios de salud de los estados y diversos programas atendían a la población no asegurada, a la cual se le denominó “población abierta”. En 1983 se reforma el artículo 4º constitucional para establecer que *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*, señalando que *“...la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”*. Este artículo refiere a las leyes particulares el acceso a la salud evitando la universalidad de los servicios, ya que las leyes relacionadas tienen distintos destinatarios, les otorgan diferentes derechos y les establecen diversas obligaciones. Así, la fragmentación del sistema de salud en México emana, en principio, de la misma Constitución.

En 2004, se reforma la Ley de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), llamado Seguro Popular. El art. 77-Bis-1 de esta Ley dispone que *“todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al sistema de protección social en salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución...., sin importar su condición social.”*¹³ El art. 77 bis 3 establece que *“las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud se incorporarán al SPSS....”* Como puede observarse de esta redacción, la población objetivo del SPSS no se limita sólo a los trabajadores no sujetos a LSS y sus familias sino son todos los no cubiertos, lo cual incluye a personas cuya condición laboral hace obligatoria su afiliación a la seguridad social pero cuyos patrones incumplen con dicha exigencia. Los sujetos de aseguramiento bajo la LSS son *“las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo, presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades económicas sin personalidad jurídica, un servicio remunerado, personal y subordinado”*. Por tanto, la LSS excluye del aseguramiento

obligatorio a los trabajadores por cuenta propia y a los mismos patrones, así como a sus familias. La afiliación a la seguridad social es obligatoria.

Las personas que no son trabajadores subordinados, que no están en edad de trabajar, y que no son familiares con derecho a la seguridad social de trabajadores afiliados, pueden acceder a los servicios públicos de salud a través de programas federales y/o estatales los cuales otorgan un paquete de beneficios diferente al que ofrecen las diferentes instituciones de seguridad social, y que son regulados a través de la LGS. Es de mencionar que el uso de los servicios de salud estatales, de la Secretaría de Salud y de IMSS-Oportunidades no está sujeto a la afiliación al Seguro Popular o a cualquier otro programa, la cual en todos los casos es de carácter voluntario.

I.4. Afiliación, acceso y uso de los servicios de salud

Como se comentó, la afiliación a la seguridad social si es obligatoria, y por tanto el uso de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social está sujeto a la afiliación de los trabajadores o a su carácter de pensionados y se otorga por extensión a sus familiares, tanto descendientes como ascendientes directos. Por el contrario, el uso de los servicios de salud provistos por los servicios estatales y la Secretaría de Salud no está sujeto a ninguna afiliación, ni siquiera la del Seguro Popular. Debe señalarse que la afiliación al Seguro Popular en su inicio fue por familia y actualmente es por persona. Esta sección presenta las cifras de afiliación y uso de servicios, distinguiendo por deciles de ingreso; así como un análisis geográfico a nivel de localidad del acceso a los servicios de salud.

I.4.1 La afiliación en cifras

Existen discrepancias en las cifras oficiales de afiliación a los diferentes servicios de salud. De acuerdo con el Censo Nacional de Población 2010, de los 112 millones (M) de mexicanos: 43.7 M (38.9%) están afiliados a alguna institución de seguridad social, 26.2 M (23.4%) están afiliados al Seguro Popular, y 38.0 M (33.8%) no están afiliados a ninguna institución pública. En contraste, de acuerdo a las cifras de las propias instituciones, ese mismo año y en el período de levantamiento del Censo, 65.4 M de personas estaban afiliadas a la seguridad social (52.3 M al IMSS, 12.0 M al ISSSTE, y

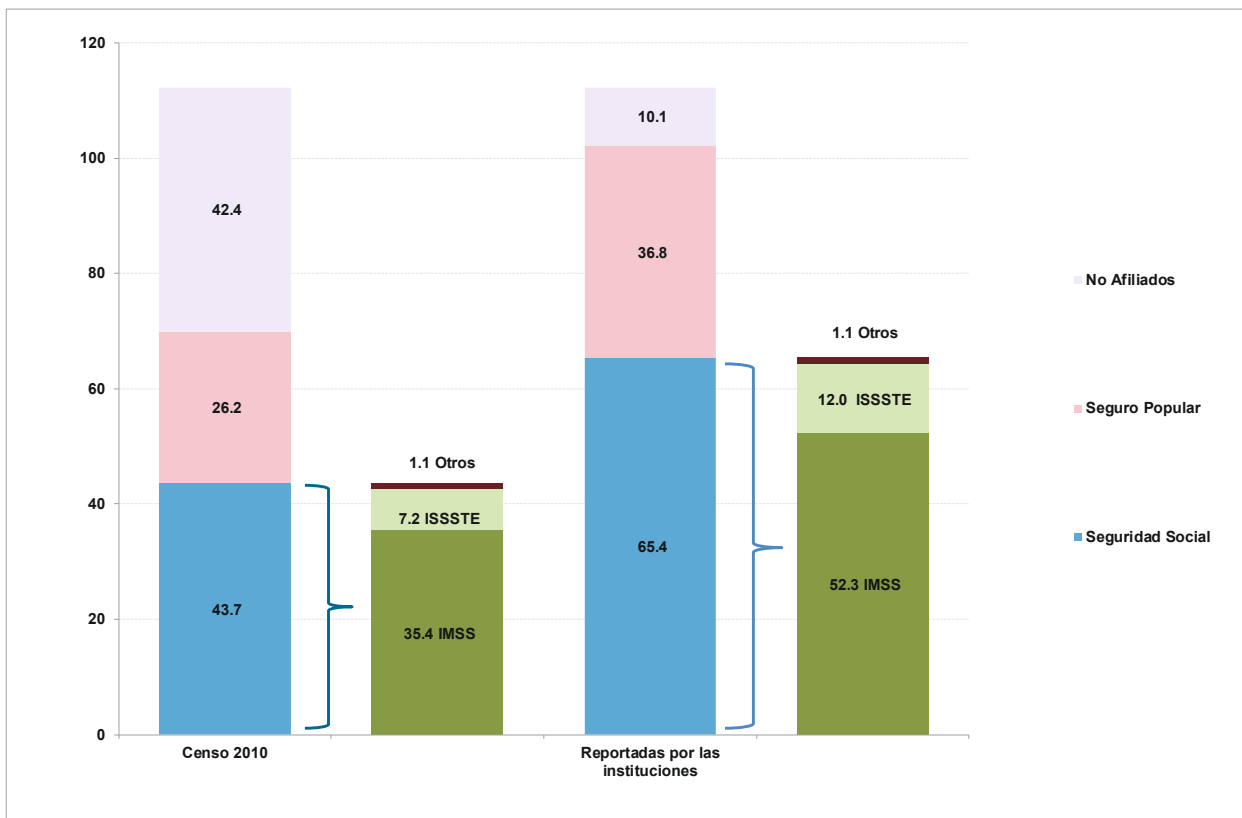
1.1 M a SEDENA, Marina y PEMEX) y 36.8 M al Seguro Popular; dejando 10.1 M no afiliadas. Así, el Censo 2010 reporta cifras menores de personas afiliadas que las institucionales (21.7 M menos con seguridad social y 10.6 M menos con Seguro Popular) (Gráfica 3). La afiliación al cierre de 2011 que reportan las instituciones es de 119.7 M de personas, 68.0 M con seguridad social y 51.8 M con Seguro Popular (en su conjunto más que la población del país), lo que representa un crecimiento de afiliación de 17.6 M de personas (2.6 M en la seguridad social y 15.0 M en Seguro Popular).ⁱ

Las discrepancias en cifras pudieran explicarse, entre otras razones, por i) falta de registros administrativos confiables; ii) desinformación de los beneficiarios; y, iii) traslape de beneficiarios. Por ejemplo, con respecto al punto i), el IMSS reporta que su estadística de 52.3 M de derechohabientes proviene de sus bases de datos de afiliados y pensionados, pero la relativa a los familiares corresponde a estimaciones con base en coeficientes familiares. Por otra parte, la afiliación en bloque (como en el caso de Progres/Oportunidades) al Seguro Popular podría estar generando desconocimiento de la población de su afiliación. Durante 2010, de acuerdo a sus propias estadísticas, el Seguro Popular afilió a 12.4 M de personas, esto es, casi 48 mil personas al día.

Con respecto al traslape de beneficiarios entre instituciones, cifras de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 arrojan que 2.9% de los mexicanos (3.3 M), reportaron estar afiliados a alguna institución de seguridad social y al Seguro Popular de forma simultánea, eso sin contar a aquellas personas que pudieran estar afiliadas a más de una institución de seguridad social.³ Estos traslapes además de deberse a los cambios en condición laboral de asegurados a no asegurados de aproximadamente el 20% de los trabajadores anualmente, también pueden atribuirse a: la fragmentación del sistema de salud en México; la falta de un padrón único de afiliados; la falta de conciliación de padrones entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social; y, a problemas de selección adversa donde las personas hacen arbitraje dependiendo de los beneficios de salud de cada régimen.

ⁱ Los 15 millones del Seguro Popular corresponden a la suma de los 6.7 millones que afilió en el segundo semestre de 2010, y a los 8.3 millones que afilió durante 2011. Las cifras de la seguridad social sólo corresponde a las del IMSS, ya que las demás instituciones de seguridad social no han reportado la estadística de afiliación para 2011.

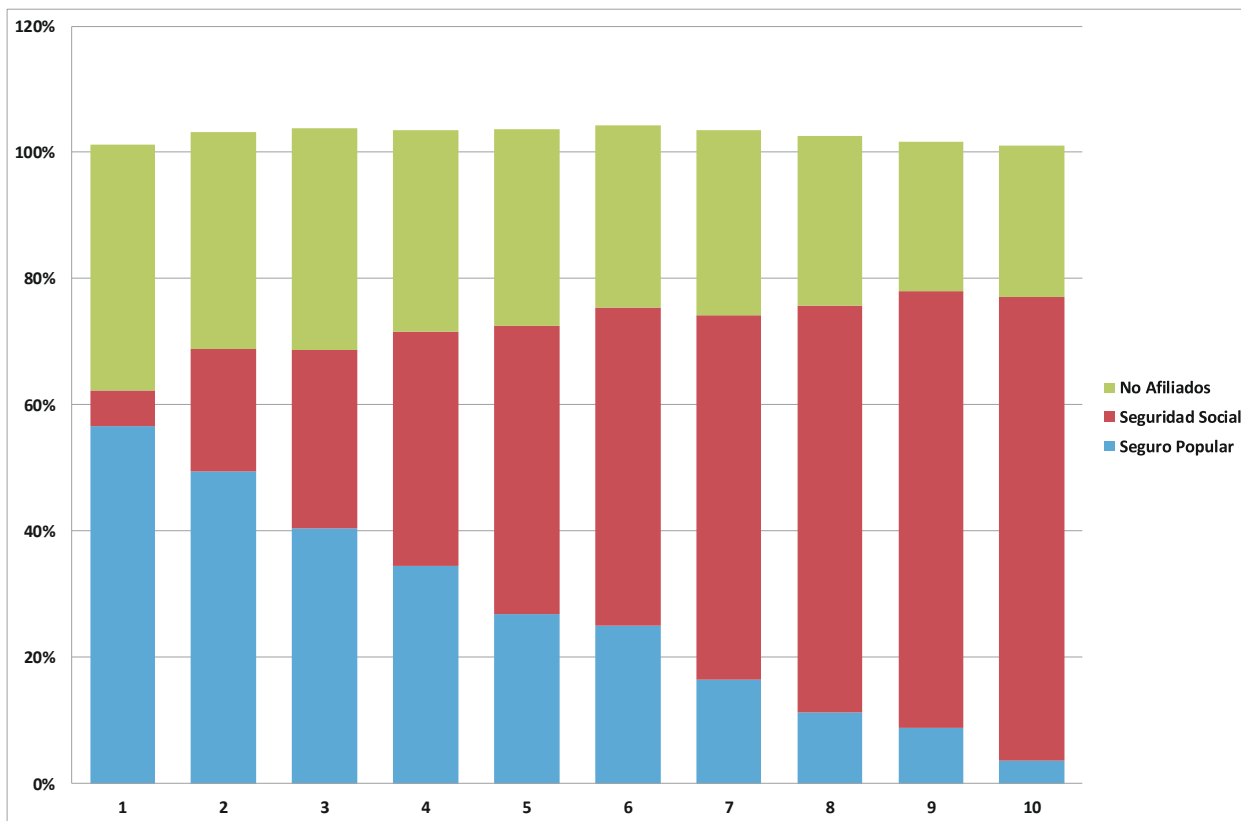
**Gráfica 3. Composición de la afiliación 2010 por tipo de fuente de información
(Millones de personas)**



Fuente: Elaboración propia con base en el Censo 2010, INEGI; memoria estadística del IMSS, Anuario Estadístico 2010 del ISSSTE, Informe de Resultados enero-junio 2010 del SPSS.
 Nota: La cifra reportada por el Seguro Popular corresponde el primer semestre de 2010 y no a la cifra de cierre 2010 para que la información coincidiera con el periodo de levantamiento del Censo. Lo anterior debido a que en 2010 el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas, y en el primer semestre a 5.7 millones.

El Seguro Popular afilia a las personas sin seguridad social, independientemente de su nivel socioeconómico. Sin embargo, de acuerdo a estimaciones con base en la ENIGH 2010, el Seguro Popular atiende principalmente a los deciles más bajos de la población, mientras que la seguridad social mayoritariamente a las personas de ingresos medios y altos. El 54% de las personas no afiliadas a alguna institución pública en 2010 se encontraba en los 4 deciles más pobres de la población (Gráfica 4).

Gráfica 4. Composición de la afiliación de personas por deciles de ingreso, 2010

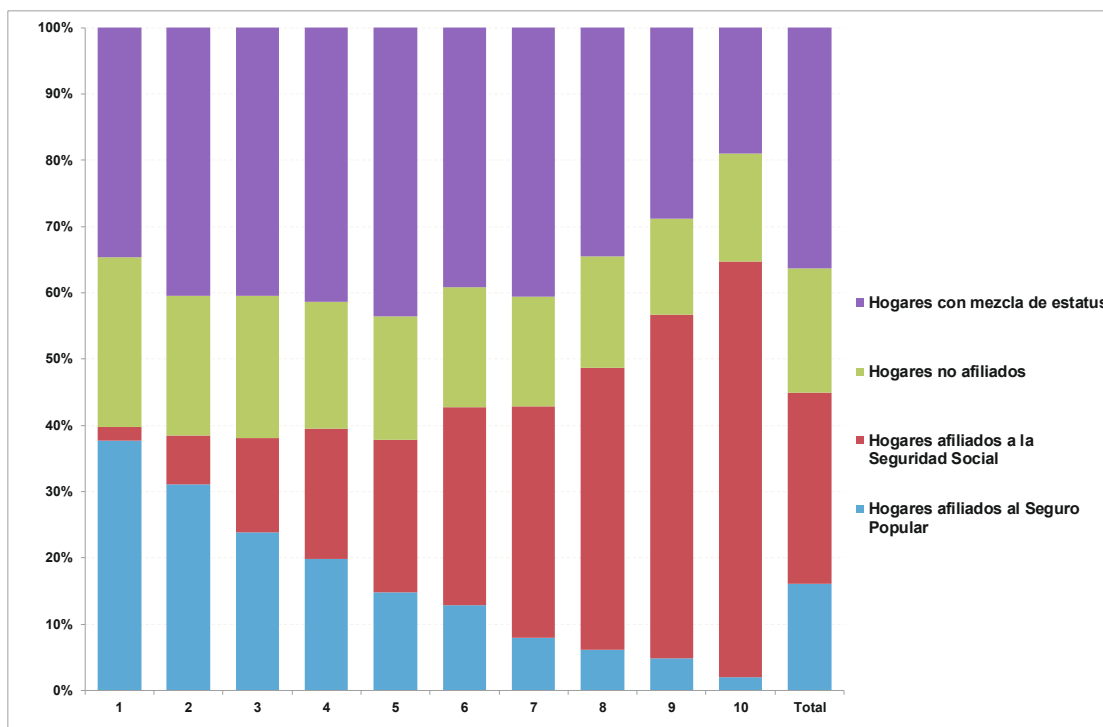


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2010.

Nota: Los porcentajes no suman 100, debido a que el 3.1% de la población reportó estar afiliada a la seguridad social y al Seguro Popular en forma simultánea.

Finalmente, cabe señalar que aunque se ha avanzado en términos de la afiliación a los servicios de salud, una de las implicaciones de tener diferentes sistemas es que coexisten en los hogares diferentes estatus afiliatorios. Mientras que en el 63.7% de los hogares, todos sus miembros tienen el mismo estatus afiliatorio (16.1% al Seguro Popular, 28.8% a la Seguridad Social y 18.8% de no afiliados), el 36.3% de los hogares se observa mezcla de afiliación, es decir, algún o algunos de sus miembros están afiliados a uno o a otro sistema, o algunos de los miembros están afiliados y otros a ninguno (Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución de hogares según condición de afiliación, por deciles de ingreso per cápita, 2010.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2010.

1.4.2 Acceso geográfico a servicios de salud

Una de las barreras más importantes en la provisión de los servicios de salud y en el logro de la cobertura universal, y que por consiguiente pone en duda si ésta efectivamente se ha logrado, es la dispersión geográfica de las localidades rurales. De acuerdo al Censo 2010, en México hay 192,245 localidades, de las cuales, 188,594 (el 98.1%) son rurales (menos de 2,500 habitantes) y en las que viven 26 millones (M) de personas; esto es, un promedio de 138.1 personas por localidad (Cuadro 3). Más de la mitad de las localidades del país, 103 mil localidades, tienen menos de 20 habitantes, y otras 36.2 mil localidades tienen entre 20 y 99 habitantes, lo que representa un reto en la instrumentación de cualquier política pública y en la provisión de servicios públicos.

Las localidades pequeñas no son sinónimo de localidades aisladas. De las localidades rurales: 36,228 están cerca de una ciudad (19.2% del total de localidades rurales); 15,290 están cerca de un centro de población y casi 64 mil no están cerca a una localidad urbana pero que se encuentran conexas a una carretera. Sin embargo, hay poco más de 73 mil localidades (38.8%) clasificadas como aisladas, es decir, que no se encuentran cerca de una localidad urbana y

están más de 3 km de una carretera, y en las que viven 6.7 M de personas, y son las que potencialmente representan un reto para provisión de los servicios de salud.

Cuadro 3

Localidades y población por tamaño de localidad y condición de ubicación geográfica, 2010

Tamaño de localidad	Localidades rurales (menores a 2500 hab)				Ciudades y centros de población	Total
	Cercana a ciudad	Cercana a centros de población	Cercana a carretera	Aisladas		
LOCALIDADES						
Hasta 19 hab	20,828	8,133	33,418	40,591	-	102,970
Entre 20 y 99 hab	6,054	2,867	10,865	16,400	-	36,186
Entre 100 y 499 hab	5,425	2,781	13,037	13,010	-	34,253
Entre 500 y 1,499 hab	3,057	1,254	5,523	2,807	-	12,641
Entre 1,500 y 2,499 hab	864	255	1,140	285	-	2,544
Entre 2,500 y 4,999 hab	-	-	-	-	1,839	1,839
Entre 5,000 y 14,999	-	-	-	-	1,182	1,182
Entre 15,000 y 499,999 h:	-	-	-	-	594	594
Entre 0.5 y 1 millón hab	-	-	-	-	25	25
De un millón y más	-	-	-	-	11	11
Total	36,228	15,290	63,983	73,093	3,651	192,245
Distribución %	18.8%	8.0%	33.3%	38.0%	1.9%	100.0%
POBLACIÓN						
Hasta 19 hab	124,633	50,327	195,823	258,503	-	629,286
Entre 20 y 99 hab	282,907	140,232	543,373	788,135	-	1,754,647
Entre 100 y 499 hab	1,343,243	688,404	3,207,546	2,942,330	-	8,181,523
Entre 500 y 1,499 hab	2,673,481	1,047,494	4,669,276	2,223,942	-	10,614,193
Entre 1,500 y 2,499 hab	1,666,407	496,832	2,187,010	519,230	-	4,869,479
Entre 2,500 y 4,999 hab	-	-	-	-	6,360,949	6,360,949
Entre 5,000 y 14,999	-	-	-	-	9,746,684	9,746,684
Entre 15,000 y 499,999 h:	-	-	-	-	38,987,328	38,987,328
Entre 0.5 y 1 millón hab	-	-	-	-	16,363,103	16,363,103
De un millón y más	-	-	-	-	14,829,346	14,829,346
Total	6,090,671	2,423,289	10,803,028	6,732,140	86,287,410	112,336,538
Distribución %	5.4%	2.2%	9.6%	6.0%	76.8%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica de CONAPO.

Definiciones:

Cercana a ciudad: localidad rural ubicada a 5 km o menos de una localidad de 15 mil habitantes o más.

Cercana a centro de población: localidad rural ubicada a 2.5 km o menos de una localidad de entre 2,500 a 15 mil habitantes.

Cercana a carretera: localidad rural ubicada a 3 km o menos de una carretera pavimentada o revestida.
 Aislada: Localidad rural ubicada a más de 5 km de una ciudad, a más de 2.5 km de un centro de población y a más de 3 km de una carretera.

Del total de las localidades del país, el 7.4% (14,178) tienen un muy alto grado de acceso geográfico a los servicios de salud pues disponen en la localidad de un centro de salud y/o unidad de hospitalización; estas localidades concentran casi el 82% (91.6 M) de la población del país (Cuadro 4). El resto de las localidades tienen diferente grado de acceso:

- Alto grado de acceso: 50 mil localidades con 10.4 M de habitantes.
- Grado de acceso medio: 18 mil localidades con 2.3 M de personas.
- Bajo y muy bajo grado de acceso: 52,658 localidades (27.4%) con 4.8 M de personas.
- Sin acceso: 57,171 (29.7%) con 3.2 M de personas (2.8% de la población del país).
 Estas son las localidades que presentan el mayor reto en la provisión de servicios de salud y donde se requiere una estrategia de provisión diferente.

Cuadro 4

Localidades y población por ubicación geográfica y grado de acceso geográfico a servicios de salud, 2010

		Censo 2010	Grado de acceso geográfico a servicios de salud					
			Muy alto (1)	Alto (2)	Medio (3)	Bajo (4)	Muy bajo (5)	Sin acceso (6)
LOCALIDADES								
Urbanas	Ciudad	630	587	43	-	-	-	-
	Centro de población	3,021	2,531	490	-	-	-	-
Rurales (menores a 2500 hab)	Cercana a ciudad	36,228	1,173	35,055	-	-	-	-
	Cercana a centros de población	15,290	544	14,746	-	-	-	-
	Cercana a carretera	63,983	5,176	-	17,904	40,903	-	-
	Aisladas	73,093	4,167	-	-	-	11,755	57,171
Total		192,245	14,178	50,334	17,904	40,903	11,755	57,171
Distribución %		100.0%	7.4%	26.2%	9.3%	21.3%	6.1%	29.7%
POBLACIÓN								
Urbanas	Ciudad	70,179,777	68,667,922	1,511,855				
	Centro de población	16,107,633	13,791,406	2,316,227				
Rurales (menores a 2500 hab)	Cercana a ciudad	6,090,671	1,367,514	4,723,157	-	-	-	-
	Cercana a centros de población	2,423,289	587,469	1,835,820	-	-	-	-
	Cercana a carretera	10,803,028	4,807,940	-	2,296,129	3,698,959	-	-
	Aisladas	6,732,140	2,400,804	-	-	-	1,141,703	3,189,633
Total		112,336,538	91,623,055	10,387,059	2,296,129	3,698,959	1,141,703	3,189,633
Distribución %		100.0%	81.6%	9.2%	2.0%	3.3%	1.0%	2.8%

Fuente: Cálculos propios con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica de CONAPO, CLUES y base de datos de distancia a centros de salud de Oportunidades. Incluye instituciones de salud públicas y privadas registradas en el CLUES.

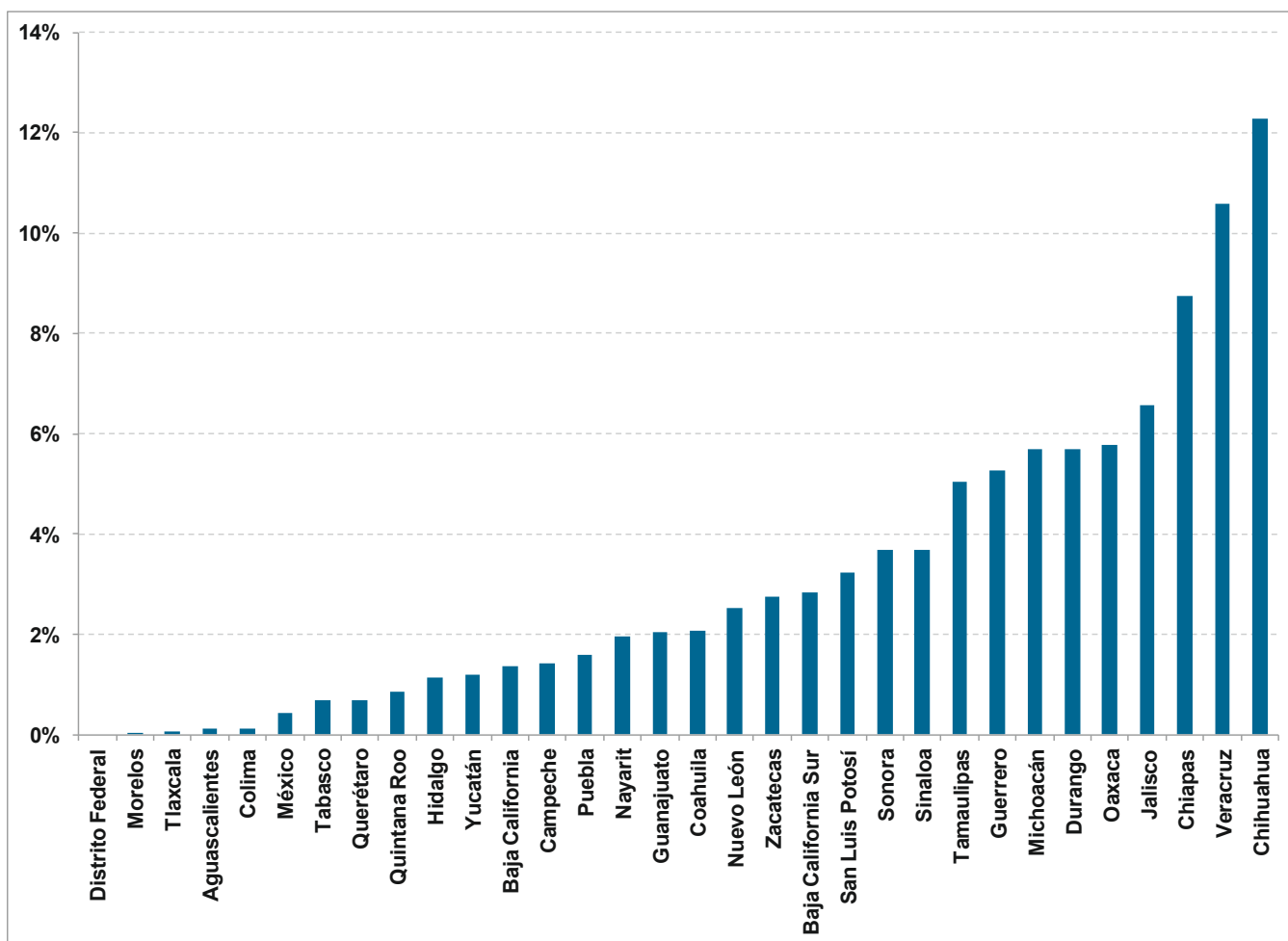
Definición:

- (1) Localidad con centro de salud y/o unidad de hospitalización en la localidad.
- (2) Localidad cercana a localidades urbanas con servicios médicos.
- (3) Localidad cercana a carretera pero sin acceso a menos de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- (4) Localidad cercana a carretera pero sin acceso a más de 2.5 km de una localidad con servicios médicos.
- (5) Localidad aislada pero a menos de 2.5 km de una localidad rural con servicios de salud.
- (6) Localidad aislada y alejada (a más de 2.5 km) de un centro de salud.

Por último, siete entidades federativas concentran más de la mitad de las localidades sin acceso a servicios de salud (grado 6), y son Chihuahua, Veracruz, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Durango y Michoacán (Gráfica 6).

Gráfica 6

Distribución porcentual de las localidades sin acceso a servicios de salud por entidad federativa, 2010



Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica de CONAPO, CLUES y base de datos de distancia a centros de salud de Oportunidades.

1.4.3 Uso de servicios de salud

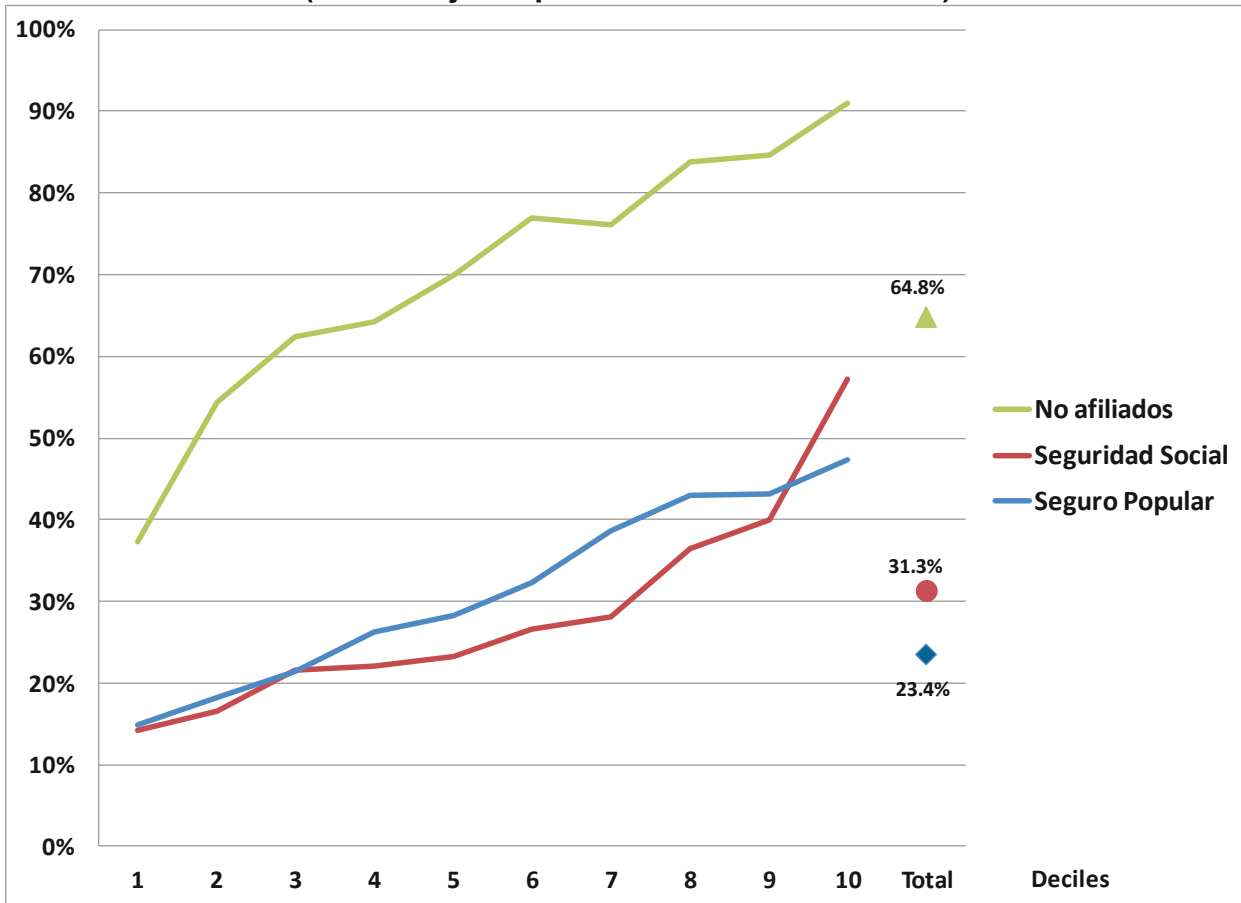
Con respecto al uso de los servicios de salud, en 2010, 42.6 M de personas (37.9% del total) reportaron usar consultorios, hospitales privados y consultorios de farmacias para atender sus problemas de salud, independientemente de su afiliación o no a las instituciones de seguridad social o al Seguro Popular. Aunque el porcentaje de uso de los servicios privados crece conforme el nivel socioeconómico, también la población en los deciles más bajos reporta hacer uso de ellos (Gráfica 7). Así, el 31% de la población en los 4 deciles más pobres hacen uso de los servicios privados de salud, aunque no necesariamente de forma exclusiva.

Por otro lado, la no afiliación no detiene el uso de los servicios provistos por la Secretaría de Salud: casi el 40% de las personas no afiliadas ni a la seguridad social ni al Seguro Popular hacen uso de dichos servicios, principalmente los de los deciles más bajos (Gráfica 8).

Como se menciona en la siguiente sección, el 49% de los hogares del país gasta en salud un promedio anual de 5,138 pesos, siendo medicamentos y consultas médicas ambulatorias los rubros en lo que más se gasta, pues representan 30.2% y 28.3% de su gasto en salud, respectivamente

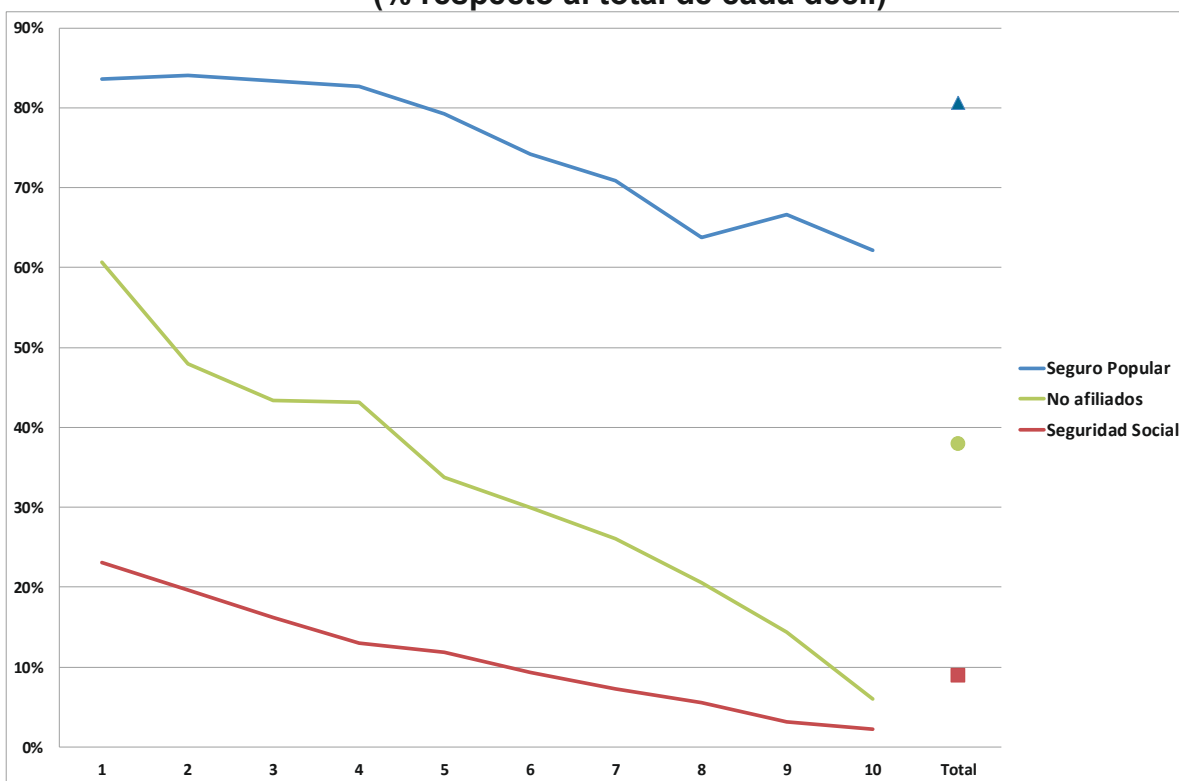
Gráfica 7. Personas que se atienden en consultorios de farmacias y/o en consultorios u hospitales privados, por afiliación y deciles de ingreso per cápita, 2010

(Porcentaje respecto al total de cada decil)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2010.

Gráfica 8. Personas que se atienden en centros de salud, hospitales e institutos de la Secretaría de Salud, por afiliación y deciles de ingreso per cápita, 2010. (% respecto al total de cada decil)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2010.

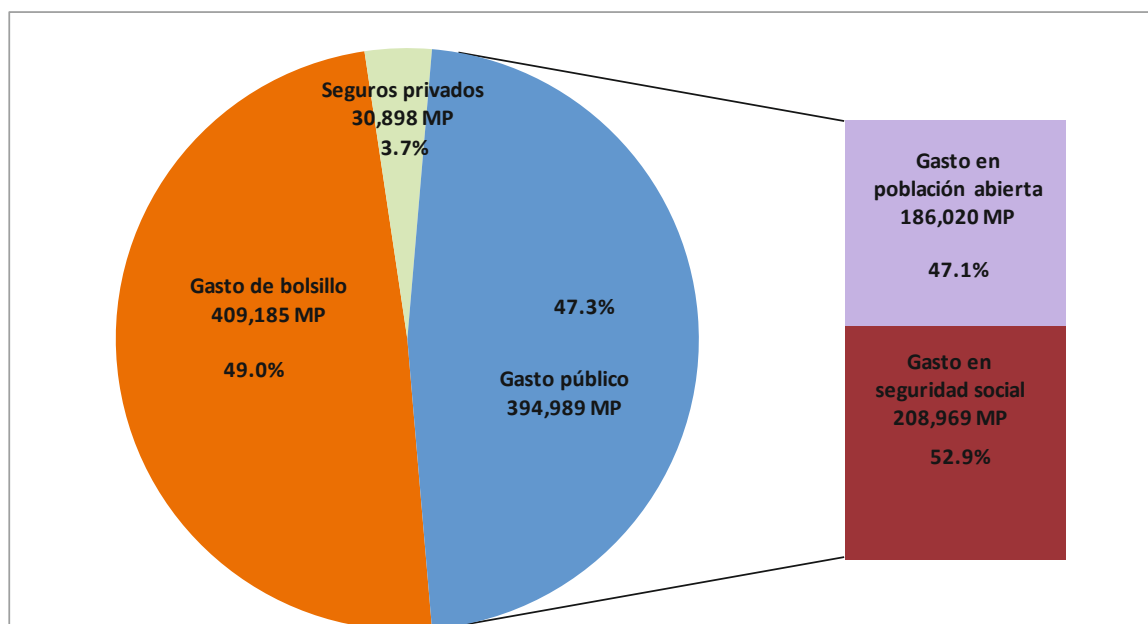
I.5 Financiamiento de la salud

En 2010, el gasto total en salud ascendió a 916,071 millones de pesos (MP), el 6.2% del PIB. Del total, el 49% fue erogado directamente por las familias mediante gasto de bolsillo,^j el 3.7% a través de seguros privados y el 47.3% restante lo constituyó el gasto público en salud. Del total del gasto público, el 52.9% corresponde al gasto en salud de las instituciones de seguridad social, de PEMEX y de las fuerzas armadas; y, el 47.1% al de los servicios estatales, de la Secretaría de Salud y de IMSS Oportunidades para población no cubierta para la seguridad social (población abierta) (Gráfica 9). Aun cuando el gasto público ha aumentado considerablemente en la última década, México es el país de la OCDE con el menor gasto total en salud; sin embargo, es el país con

^j El gasto de bolsillo se define como el gasto en salud realizado directamente por los hogares o personas.
Fuente: The World Health Report 2010, Health Systems Financing, World Health Organization.

mayor porcentaje de gasto de bolsillo (49% del gasto total) y sus costos administrativos representan el 10.7% porcentaje muy elevado en comparación al 4% promedio de los países de la OCDE.¹⁴

Gráfica 9. Composición del gasto total en salud (2010)



Fuente: Elaboración propia con datos de OECD Health Data 2011 y Cuenta Pública.

En el esquema actual de financiamiento en salud en México, los hogares mexicanos llevan la mayor carga. Lo anterior debido a que además del gasto de bolsillo, una parte del considerado gasto público en salud - el relativo a los seguros de salud del IMSS y el ISSSTE- es financiada en su mayoría por aportaciones de los trabajadores (tanto del sector público como privado) así como por las cuotas patronales al IMSS, por un monto total de 106,826 MP (el 27% del gasto público); este último no considera las cuotas del gobierno como patrón. Considerando ambos rubros, en 2010 el gasto familiar y privado financió el 64.4% del gasto total en salud.

Gasto Público

En 2012, el presupuesto de las instituciones públicas de salud asciende a 461,510.5 MP; de los cuales 226,119 MP (49%) se destinan a población sin seguridad social, en

tanto que el 51% se dirige a la población asegurada por alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR). El gasto público total aumentó de 2000 a 2012 en 81.7% en términos reales (equivalentes a un gasto mayor en 2012 de 207,487 MP en ese año, con respecto a 2000), y de 2006 a 2012 en 36.7%. El crecimiento se concentra en el gasto destinado a la población sin seguridad social con aumentos en los mismos períodos de 152.9% y 59.2% mayoritariamente Ramo 12-Salud (que incluye al Seguro Popular) el cual crece en los mismos periodos en 376.8% y 108.1%. El gasto público en salud para la población del sector privado y público con seguridad social tiene crecimientos diferenciados. El gasto en salud para la población afiliada del sector privado (IMSS) tuvo un crecimiento real del 36.0% y 16.6% para los mismos períodos, en tanto que los recursos canalizados a la población asegurada del sector público (ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) tuvieron incrementos de 68.5% y 32.7% en mismos lapsos. (Cuadro 5).

Cuadro 5. Gasto ejercido por instituciones públicas de salud, 2000-2012 /_*
(Millones de pesos de 2012) /_***

INSTITUCION	2000	2006	2011	2012 /_**	Variación Real 2000 vs 2012 /_***	Variación Real 2006 vs 2012 /_***
					Porcentaje	Porcentaje
NACIONAL	254,032.8	338,167.2	460,649.7	461,508.5	81.7%	36.5%
Población sin Seguridad Social (Secretaría de Salud con Seguro Popular, Ramo 33, IMSS-Oportunidades y Gasto Estatal)	87,105.3	136,809.9	209,437.2	220,231.2	152.8%	61.0%
Secretaría de Salud	66,935.6	107,902.8	165,012.9	175,430.7	61.7%	30.2%
Ramo 12 "Salud" /_1	23,802.1	54,524.5	103,298.7	113,479.7	376.8%	108.1%
Ramo 33 "FASSA"	43,133.4	53,378.3	61,714.2	61,951.0	43.6%	16.1%
Programa IMSS-Oportunidades /_2	6,917.8	6,761.0	8,123.8	8,500.0	22.9%	25.7%
GASTO ESTATAL /_3	13,251.9	22,146.0	36,300.5	36,300.5	173.9%	63.9%
Población del Sector Privado con Seguridad Social SEM y SSFAM (IMSS)	131,579.2	156,464.6	181,710.4	181,710.4	38.1%	16.1%
Instituto Mexicano del Seguro Social /_4	129,269.4	151,237.0	175,822.9	175,822.9	36.0%	16.3%
Seguro de Salud para la Familia /_5	2,309.8	5,227.6	5,887.4	5,887.4	154.9%	12.6%
Población del Sector Público con Seguridad Social (PEMEX, Defensa y Marina)	35,348.3	44,892.7	69,502.1	59,567.0	68.5%	32.7%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado /_6	23,714.1	30,115.3	49,771.8	44,498.0	87.6%	47.8%
Petróleos Mexicanos /_7	8,307.8	10,921.0	12,289.2	8,691.9	4.6%	-20.4%
Secretaría de la Defensa Nacional /_7	3,134.6	3,052.6	5,851.3	4,982.4	58.9%	63.2%
Secretaría de Marina /_7	191.7	803.8	1,589.8	1,394.7	627.4%	73.5%

^{1/} No incluye el presupuesto ejercido de 2000 a 2003 para el Programa IMSS Oportunidades. Considera el presupuesto ejercido del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular- Oportunidades y SMNG) de 2002 a 2011. Para 2012 se considera el Presupuesto original autorizado por la H. Cámara de Diputados.

^{2/} Considera de 2000 a 2003 el presupuesto ejercido en Ramo 12 para el Programa IMSS Oportunidades y de 2004 a 2011 el presupuesto erogado a través del Ramo 19 para el Programa IMSS-Oportunidades a cargo del IMSS. En 2012 se considera el PEF original autorizado por la H. Cámara de Diputados.

^{3/} 2006-2010 importes de SICUENTAS (SESA's). Por la inexistencia de datos para 2011 y 2012, se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2010.

^{4/} Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS). Considera el total del gasto del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales. Por la inexistencia de datos para 2012 se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2011.

^{5/} Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS). Considera el total del gasto del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales. Por la inexistencia de datos para 2012 se mantuvo en términos reales el mismo valor de 2011.

^{6/} Considera el presupuesto ejercido en la Función Salud (No se incluye el componente de seguridad social).

^{7/} Considera el presupuesto ejercido por la Institución en la Función Salud.

* / 2006-2011 Importes de Cuenta Pública.

** / PEF 2012 Original.

*** / Deflactor del PIB 2012.

Fuente: SS (DGPOP), SICUENTAS, Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011 (IMSS), Cuentas de la Hacienda Pública Federal y Presupuestos de Egresos de la Federación para los años que se consideran.

El financiamiento de los servicios de salud para población no asegurada provistos por la Secretaría de Salud, los servicios estatales e IMSS Oportunidades se hace completamente con recursos públicos, mayoritariamente de origen federal (en un 84.5%) y en menor medida con recursos estatales. A nivel federal, el financiamiento se encuentra disperso en varios programas con reglas diferentes lo cual complica aún más el escenario institucional descrito en la sección 1.2 y la relación entre la federación y las entidades federativas: Ramo 33-FASSA, el Ramo 12 con diferentes programas de la Secretaría de Salud incluyendo el Seguro Popular, el Seguro Médico para una Nueva Generación y el programa IMSS Oportunidades operado por el IMSS. Cabe señalar que aunque el diseño del Seguro Popular incluyó el pago de las familias afiliadas según su nivel socioeconómico; en la práctica, más del 98% de las familias están exentas del pago de la prima.¹⁵ En lo que se refiere al Seguro para la Familia de régimen voluntario ofrecido por el IMSS, al ser deficitario, su gasto es financiado en su mayoría por disponibilidades del IMSS (en un 67.6%), los afiliados aportan el 17.6% y el gobierno federal con la cuota social, el 14.8%.¹⁶

Por su parte, los recursos registrados como gasto público destinado a los servicios de salud de la población afiliada al IMSS y al ISSSTE no provienen en su totalidad del Gobierno Federal. En el caso de los servicios de salud del IMSS, conforme a la LSS, su financiamiento proviene mayoritariamente de las cuotas de trabajadores y empleadores y en menor medida de la cuota social (del gobierno federal). Así, en 2011 (último año con cifras disponibles a este nivel), de los 169,878.8 MP que se gastaron en servicios de salud del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS, 108,489.9 (63.9%) provinieron de las cuotas obrero-patronales. En contraste, en el caso del ISSSTE, para el mismo año, de los 48,089.1 MP que se destinaron a servicios de salud, sólo 9,707 MP (20.2%) fueron financiados por los trabajadores (en este caso, el gobierno federal aporta a la vez la cuota social y la cuota del empleador). Los servicios de salud de Pemex y las Fuerzas Armadas, se financian en su totalidad por el gobierno federal.¹⁷

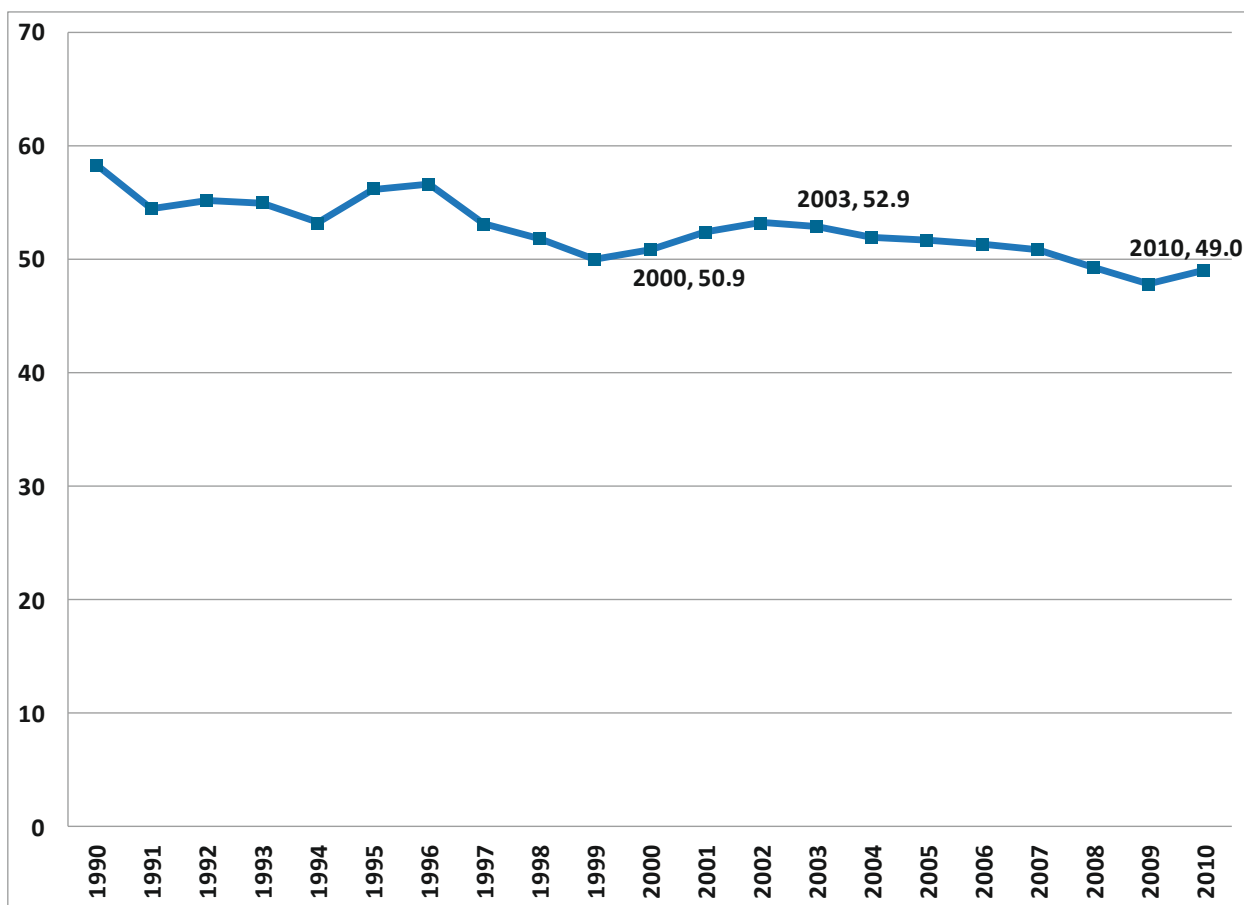
Así, considerando sólo los recursos del gobierno federal diferentes de las contribuciones de trabajadores y patrones del sector privado, en 2011 la aportación anual por persona según régimen de afiliación tiene una gran varianza y es la siguiente: IMSS, \$1,421; población no cubierta por la seguridad social (atendida por servicios estatales de salud, Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades), \$2,439; ISSSTE, \$5,390; Pemex y Fuerzas Armadas, \$17,489.¹⁸ Como puede observarse, la población afiliada al IMSS es la que recibe la menor aportación per cápita del Gobierno Federal para sus servicios de salud, ya que en su mayoría éstos son financiados por las cuotas de trabajadores y patrones.

Debe señalarse que los costos de administración y rectoría representan en promedio, el 22% del gasto público en salud, porcentaje demasiado elevado.¹⁹

Gasto privado en salud

En 2003, año en que inició el Seguro Popular, el 52.9% del gasto total en salud provenía del bolsillo de los hogares; para 2010 ese porcentaje sólo ha disminuido 3.9 puntos porcentuales para quedar en 49.0% (Gráfica 10).²⁰ En ese mismo periodo, el gasto público en salud destinado a población abierta aumentó 91% en términos reales; esto es, cada punto porcentual de incremento del gasto público para personas sin seguridad social está asociado a una reducción del gasto de bolsillo de sólo 0.04 puntos porcentuales. Lo anterior sugiere que el gran incremento de recursos públicos a población sin seguridad social ha sido ineficiente para reducir el gasto de bolsillo, objetivo principal de la creación del Seguro Popular.

Gráfica 10. Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo), como porcentaje del gasto total en salud, 1990, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE.

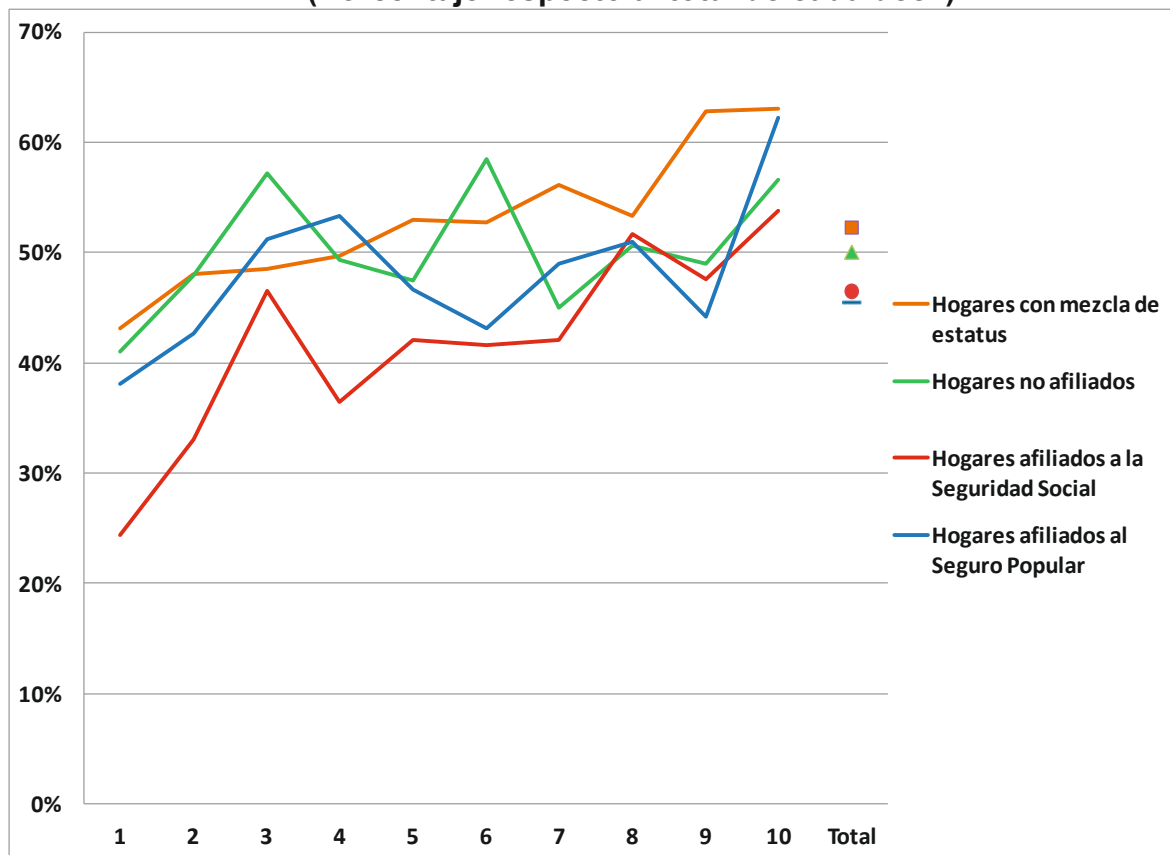
El gasto total en medicamentos representa el 27.1% del gasto total en salud (1.7% del PIB), siendo el 80% desembolsado por los hogares, y el otro 20% por el sector público.

Por otro lado, de acuerdo a estimaciones con base en la ENIGH 2010, el 49% de los hogares del país gasta en salud un promedio anual de 5,138 pesos. Los rubros en los que más gastan los hogares son medicamentos y consultas médicas, pues representan 30.2% y 28.3% de su gasto en salud, respectivamente. Debe señalarse que los hogares gastan en salud, aún cuando estén afiliados o no la seguridad social o al Seguro Popular, lo cual puede deberse a diferentes factores, entre otros, a una falta de

cobertura y/o calidad adecuadas, que puede llevar a los hogares a acudir a consultorios privados e incluso auto-recetarse, así como a un inadecuado abastecimiento de las recetas en las farmacias de las instituciones públicas. La Gráfica 11 muestra el porcentaje de hogares que gasta en salud por decil de ingresos y afiliación. Como se puede observar, en promedio el porcentaje de hogares que gasta en salud es similar para el grupo de hogares afiliados a la seguridad social y al Seguro Popular, sin embargo, por nivel socioeconómico, hasta el decil 7 el porcentaje de hogares que gasta en salud es mayor para los hogares afiliados al Seguro Popular. Así, por ejemplo, en los 4 deciles más pobres, el 45% de los hogares afiliados al Seguro Popular gasta en salud, mientras que el porcentaje es de 39% para los afiliados a la seguridad social. Por otro lado, los porcentajes de hogares con gasto en salud son mayores para los hogares no afiliados y en los hogares con mezcla de estatus de afiliación. Lo anterior puede explicar cómo es que el porcentaje de gasto de bolsillo no haya disminuido como se esperaba con la implementación del Seguro Popular aún con el gran incremento en los recursos públicos dirigido principalmente a la atención de la población abierta.

Grafica 11. Hogares con gasto en salud, por afiliación y deciles de ingreso per cápita

(Porcentaje respecto al total de cada decil)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2010.

I.6 Rectoría

De acuerdo a la Ley General de Salud (LGS), la Secretaría de Salud es la encargada de ejercer la rectoría del sector. Sus facultades incluyen la regulación, la concertación y conducción de las políticas de salud; la vigilancia y la evaluación del desempeño del sector salud; así como el diseño, organización y vigilancia de las políticas en salud pública. A continuación se analiza la rectoría en los rubros de conducción sectorial, funciones de salud pública y beneficios y provisión de servicios; adicionalmente se incluye un componente de investigación en salud.

I.6.1. Conducción Sectorial

La conducción sectorial abarca: (i) definición y vigilancia de las políticas de salud; (ii) los sistemas de información y (iii) evaluación del desempeño. Actualmente, la conducción del sector es complicada debido a su segmentación, y a las diferencias en el financiamiento, estructuras y procesos de las instituciones que lo componen. Además, la situación actual de la descentralización también representa un factor adicional de complejidad, debido a la debilidad de la interacción entre los ámbitos federal y estatal, a la falta de normas claras y específicas principalmente para ligar el presupuesto a indicadores de desempeño y para la rendición de cuentas, y a la necesidad de mayor capacitación del personal directivo en las entidades federativas.²²

La información en salud del país está a cargo del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y comprende: a) estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; b) factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud; y c) recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la atención a la salud de la población.²³ En la práctica, los sistemas de información en salud también son segmentados y no son homogéneos. Las instituciones del sector tienen sistemas de información propios, con distintos grados de desarrollo y funciones. Esta situación obstaculiza el flujo de información entre las instituciones y el SINAIS, lo que limita la capacidad de analizar y utilizar con precisión y oportunidad la información en salud.

La evaluación del desempeño está a cargo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño la cual tiene las atribuciones para establecer el marco normativo de las

evaluaciones al interior de la Secretaría de Salud en lo que se refiere a las condiciones de salud, trato adecuado y equidad en el financiamiento y, en su caso, debe analizar y proponer alternativas para los problemas detectados.

Cada institución tiene sus sistemas de registro y vigilancia y realiza sus propias evaluaciones de desempeño. Estas se enfocan principalmente a programas específicos y la evaluación del impacto en la salud es todavía un proceso incipiente. Mejores evaluaciones contribuirían a definir e implementar políticas más robustas; por ejemplo, para poder atribuir causalidades a las grandes diferencias que se observan en la mortalidad de menores de cinco años en México, donde Chiapas y Guerrero tienen una tasa de 22.9 y 22.8 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, mientras que en Nuevo León es de 12.1 por 1000. Estas asimetrías resaltan la importancia de la información y evaluación para equilibrar y articular del desempeño del sector en conjunto.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realiza y coordina evaluaciones de la política social del país, dentro de la cuál se encuentra la salud. Al respecto, CONEVAL en 2011 evaluó quince de los 40 programas de salud. En su Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011, destaca que las evaluaciones del Seguro Popular señalan que se ha mejorado la equidad del financiamiento en salud para la población no asegurada, pero identificó los retos para mejorar el acceso efectivo, transparentar el uso de los recursos y de contar con un sistema más integrado de salud y con un servicios más homogéneo entre las instituciones.²⁴

1.6.2. Salud Pública

Los programas nacionales de salud pública son de carácter obligatorio, están publicados en el Diario Oficial por acuerdo de la SSa (v.gr. Vacunación Universal) y se ha avanzado en su fortalecimiento. Por ejemplo: (i) la descentralización y desconcentración de la responsabilidad y los recursos a las secretarías de salud estatales para operar los programas de salud pública; (ii) la expansión de acciones de salud pública, como el esquema de vacunación a los menores de cinco años el cual

pasó de seis a quince biológicos; y, (iii) el incremento de los recursos para salud pública.

La implementación de los programas de salud pública es responsabilidad de las instituciones de salud y las secretarías de salud estatales y es heterogénea para algunos programas; por ejemplo, las vacunas de neumococo, rotavirus y virus papiloma se han aplicado con diferente periodicidad y con diferentes inmunógenos; y por algunas instituciones de forma general y por otras sólo en ciertas localidades.

Dentro de los principales retos de salud pública se encuentran: i) el diseño y la mejor articulación de las acciones de salud pública a las necesidades de salud de la población con especial atención a los problemas emergentes (por ejemplo, la cobertura de detección de hipertensión actualmente sólo identifica a la mitad de los pacientes con este problema a pesar de que la enfermedad cardiovascular está entre las principales causas de muerte en el país²⁵; ii) acciones intersectoriales de salud pública, las cuales actualmente son limitadas; los avances del control del tabaco y de prevención de accidentes automovilísticos son un referente para este tipo de acciones; (iii) la existencia de diferentes programas institucionales de prevención de alcance nacional (PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura) que tienen mecanismos de operación y evaluación propios y que no son homogéneos con respecto a los servicios que ofrecen, cuando debieran constituirse en un solo programa; (iv) la prevención secundaria dirigida a la identificación temprana de complicaciones de padecimientos crónicos, la cual actualmente es muy limitada (por ejemplo, las complicaciones tardías en diabetes); v) distinguir y etiquetar presupuestalmente los recursos para salud pública de los recursos para atención médica; y, vi) desarrollar políticas y acciones en materia de salud ambiental y ocupacional.

1.6.3. Provisión de Servicios

El objetivo primario de la provisión de servicios es mejorar el resultado/ganancia en salud y responder a las expectativas de la población, y al mismo tiempo reducir las inequidades en salud evitables. La provisión de servicios parte del supuesto de que las necesidades de la población se debieran satisfacer con los servicios de la mejor calidad y cantidad posibles y con la mayor eficiencia. Para analizar la provisión de servicios en

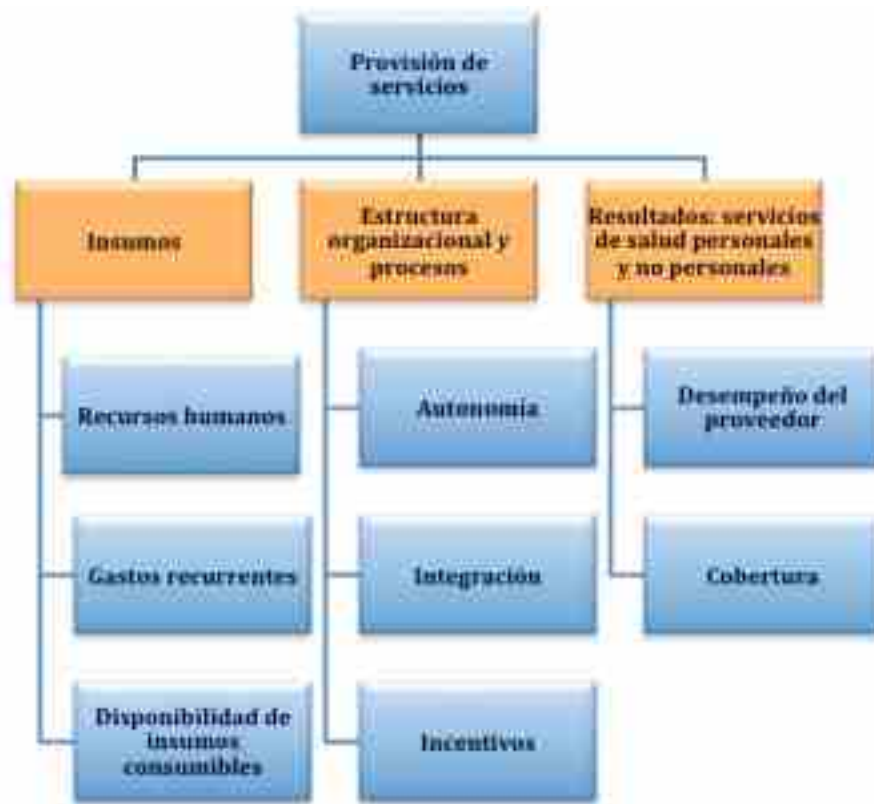
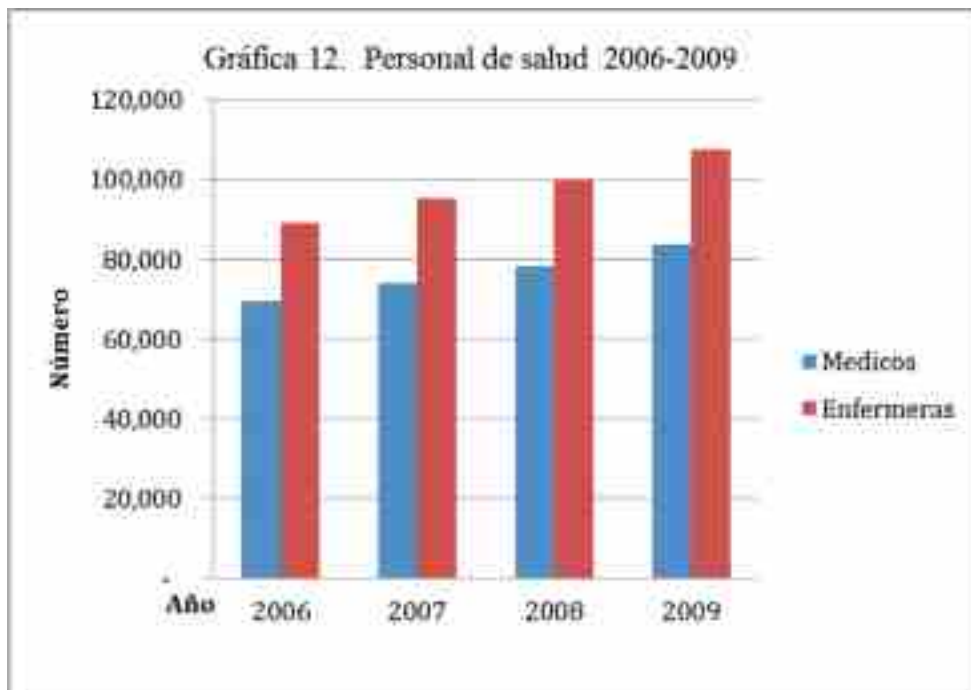


Figura 2. Modelo de análisis de provisión de Servicios.

el sector salud mexicano se utilizó la propuesta de la OMS para evaluar el desempeño de los servicios de salud²⁶ la cual se muestra en la figura 2 y tiene tres áreas: insumos; estructura organizacional y procesos; y resultados. A continuación se desarrollan los componentes principales.

I.6.3.1 Insumos-Recursos Humanos

Los recursos humanos (médicos y enfermeras) en el sector público se han incrementado en forma gradual; el total de médicos aumentaron en el período 2006-2009 en 20% y las enfermeras en 20.4 %.²⁷ (Gráfica 12)

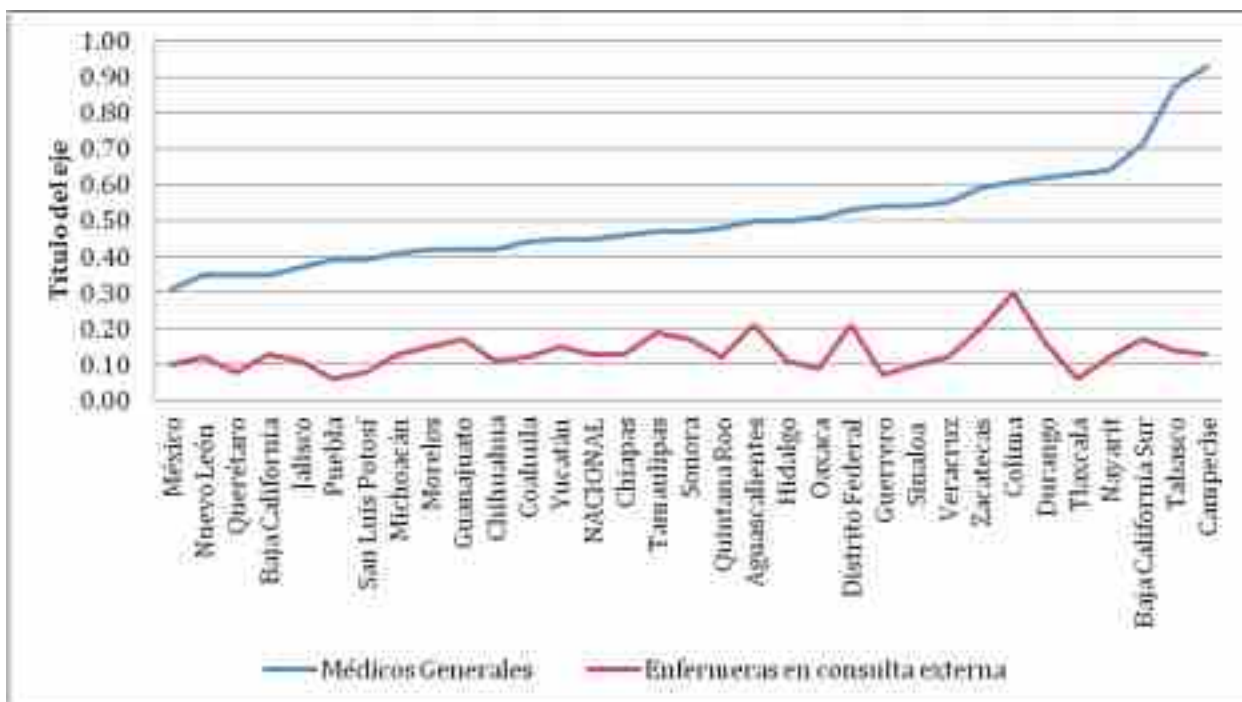


Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>>

Sin embargo, tomando como referente los parámetros de la OCDE para evaluar recursos humanos en salud, se identificó que en nuestro país es indispensable un mayor número y una mejor distribución de médicos y enfermeras para tener por lo menos un médico general o familiar y una enfermera por cada 2000 habitantes, como se propone en este documento. Actualmente, México tiene 0.45 médicos generales por cada 1000 habitantes y en las entidades federativas la variación es de 0.3 a 0.9 médicos;²⁸ (Gráfica 13) los países de OCDE tienen en promedio 0.8 médicos.²⁹ Además la mayor parte de los médicos labora en áreas urbanas. Para tener un médico

por cada 2000 habitantes, se requerirían adicionalmente aproximadamente 10,000 médicos generales o familiares. Esta meta es factible en el corto plazo ya que se gradúan 12,000 médicos generales cada año y sólo 6,400 ingresan a residencias médicas.

Gráfica 13. Médicos Generales y Enfermeras en consulta externa por 1,000 habitantes, por Entidad Federativa, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud. Boletín Estadístico 2009. Secretaría de Salud *Sin Institutos Nacionales de Salud para las Enfermeras

México en total tiene 2.5 enfermeras (de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel) por cada 1,000 habitantes y el promedio de la OCDE es de 9.6 enfermeras/1,000). Considerando únicamente las enfermeras que laboran en unidades clasificadas como rurales y urbanas de la Secretaría de Salud (2009), nuestras estimaciones indican que en nuestro país hacen falta aproximadamente 25,000 enfermeras para alcanzar el promedio de una enfermera por cada 2,000 habitantes

para la atención primaria. Esta meta también es factible de alcanzar dado que se gradúan 17,300 licenciadas en enfermería anualmente. La escasez de enfermeras se atribuye a los bajos salarios y a condiciones de trabajo desfavorables³⁰. Las tareas que realizan en atención primaria son actividades preventivas y comunitarias; en el ámbito hospitalario y en el cuidado de pacientes a domicilio resultan prácticamente imprescindibles en el contexto actual del país. Además, su nivel de formación y especialización es cada vez más complejo, lo cual les permite brindar servicios de salud de carácter curativo y con la posibilidad de prescribir medicamentos. La ampliación en el número de enfermeras y en sus actividades permitiría expandir la cobertura y alcance de los servicios de atención primaria.

El Observatorio de Desempeño Ambulatorio 2010 del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)³¹ reportó la asimetría del personal de salud entre instituciones. En el IMSS los médicos de atención primaria tienen título universitario y 40% tienen especialidad en medicina familiar; en la Secretaría de Salud, el 41% son pasantes de medicina en el servicio social (médicos que todavía no tienen título universitario) de los cuales el 81% trabaja en unidades médicas rurales. La provisión de servicios por médicos pasantes en el ámbito rural se originó a partir de la escasez de personal médico en los años 50's y desde entonces esta estrategia se ha mantenido; no obstante, se ha reconocido la necesidad de que la población rural sea atendida por personal profesional con un esquema de contratación atractivo y con altos estándares de calidad. En el país, hay 11,000 médicos pasantes laborando en instalaciones de la SSa y del Programa IMSS-oportunidades y la transformación de estas plazas hacia puestos permanentes seguramente requerirá una estrategia de mediano plazo.

Diversos análisis han señalado la necesidad de vincular la formación de los médicos con las actividades que deberán realizar y de articular al número de egresados con la potencial disponibilidad de plazas de trabajo.³² La Facultad de Medicina de la UNAM modificó el plan de estudios de la carrera de médico cirujano, agregó nuevas áreas de formación en congruencia con el quehacer de los médicos generales y el perfil epidemiológico de la población;³³ además ha identificado las áreas específicas en las que es indispensable incrementar la formación de médicos especialistas por ejemplo: nutrición clínica, geriatría, oncología pediátrica y nefrología.³⁴

La vinculación con el mercado de trabajo es necesaria debido a la dinámica laboral de las instituciones públicas. El IMSS estima que entre 2010 y 2015 requerirá 3,963 especialistas para cubrir sus plazas vacantes, y en los siguientes 15 años se jubilarán 34,600 médicos, esta cifra da cuenta de la potencial demanda en la formación de médicos generales y de médicos especialistas.³⁵

I.6.3.2 Estructura Organizacional y Procesos

Autonomía-descentralización. En 1997 la descentralización de la Secretaría de Salud a las entidades federativas concluyó con la conformación de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) “con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de dirigir, administrar, operar y supervisar los establecimientos de servicios de salud transferidos por la SSA a los gobiernos estatales, administrar los recursos asignados, las cuotas de recuperación o de cualquier otro título legal e integrar un acervo de información y documentación que posibilitara a las autoridades e instituciones competentes la investigación, el estudio y el análisis de la salud.”³⁶ En la Ley de Coordinación Fiscal se creó en 1997 dentro del Ramo 33 el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

En 2003, la reforma a la LGS que crea el Seguro Popular, estableció que la mayor parte de sus recursos se asignarían y ejercerían directamente por los estados.

En 2006, se firmó el Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud que incluyó las funciones de prestación de servicios, salud pública y control sanitario y se establecieron convenios de coordinación entre la federación y los estados. También se incluyeron los inmuebles y recursos humanos.

En la actualidad, los principales retos son la transparencia y la rendición de cuentas de los recursos asignados a salud, a las entidades federativas y la liga de los recursos a indicadores de desempeño (por ejemplo, acceso efectivo, surtimiento de medicamentos, personal de salud). Asimismo, que el establecimiento de planes, programas y metas por la SSA incentiven su cumplimiento por los servicios estatales con un ejercicio eficiente de los recursos.³⁷, ³⁸.

Integración funcional. En 2010, la SSa publicó la iniciativa de la integración funcional del Sistema Nacional de Salud como una estrategia para alcanzar la cobertura universal, con dos vertientes: *portabilidad y convergencia*,³⁹ pero sin fijar un calendario. La portabilidad pretende que los usuarios tengan acceso a servicios de salud en cualquiera de las instituciones del sector y tiene tres elementos: (i) expediente clínico electrónico; (ii) padrón universal; (iii) medio de identificación.

- Expediente clínico electrónico. Desde 2003 el IMSS e ISSSTE tienen expediente electrónico en su red de unidades de atención primaria; algunas de las secretarías de salud estatales tienen expedientes clínicos electrónicos con diferentes arquitecturas y funcionalidades. El reto es lograr la interoperabilidad, en lugar de que el sector cuente con un expediente electrónico único, lo que permitiría un manejo más oportuno y eficiente de la información.
- Medio de identificación. Actualmente no existe un modelo único. Las instituciones utilizan diferentes medios de identificación que no permiten el cruce de los diferentes padrones. El reto es extender el uso de la Clave Única de Registro de Población como dígito identificador en todo el sistema de salud ya que actualmente no se utiliza en todos los casos como parte sustantiva de los sistemas de registro
- El Padrón Universal de afiliados al sistema nacional de salud a la fecha no existe. El reto es construirlo y mantenerlo actualizado.

En convergencia, el documento de la SSa plantea como fin de esta estrategia garantizar la coordinación en el uso compartido de recursos y reducir los costos. Contiene los siguientes elementos: guías de práctica clínica, sistema de intercambio de servicios, política de adquisición y abasto de medicamentos, plan maestro sectorial de recursos para la salud y paquete de servicios. Estas actividades no tienen un calendario de implementación y actualmente se limitan al intercambio de servicios con tres convenios marco: i) Convenio de Portabilidad 32x32 del SPSS con los Sistemas Estatales de Salud (SESA); ii) Convenio Marco para la Atención de la Emergencia Obstétrica, entre el IMSS, el ISSSTE y la SSA; y iii) Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio Interinstitucional de Servicios.

En 2011, el INSP evaluó el avance de la integración funcional. La evaluación reportó múltiples retos económicos, administrativos, legales y organizacionales para lograrla.⁴⁰

I.6.3.3. Resultados: Servicios de atención a la salud pública y a la atención a la salud individual

Desempeño del proveedor. El desempeño permite medir la situación actual y el avance de las intervenciones encaminadas a mejorar los servicios de salud. Algunos de los componentes del desempeño recomendados por la OMS son: conocimiento y habilidades del personal de salud; y grado de participación y satisfacción de los usuarios y efectividad de los procesos; calidad de las intervenciones educativas y, métodos para mejorar la calidad de atención y desarrollo de procesos de acreditación. El modelo de la OCDE incluye calidad (efectividad técnica, seguridad, atención centrada en el paciente), acceso efectivo y eficiencia y costo-efectividad.

Las instituciones de salud utilizan sistemas de evaluación de desempeño con indicadores, periodicidad, métrica y transparencia diferentes, que dificultan el seguimiento y la evaluación de la operación, la toma de decisiones informada y las comparaciones entre proveedores. Los principales retos son diseñar un sistema de evaluación del desempeño con indicadores semejantes para todas las instituciones, que tengan datos confiables, oportunos, con la misma métrica y periodicidad, públicos y disponibles para la toma de decisiones; asimismo definir estándares para que estos indicadores aseguren una provisión uniforme y de creciente desempeño.

Cobertura. Existe confusión en el uso de los términos afiliación, cobertura, cobertura efectiva y acceso efectivo.⁴¹ Esta sección pretende aclararlos.

Afiliación se refiere al registro de una persona a una institución proveedora de servicios de salud. En México, en el caso de las instituciones de salud diferentes a las de seguridad social no se requiere de afiliación para acudir a los servicios.

Cobertura se refiere al número de personas afiliadas en relación al total de la población objetivo.

Cobertura Efectiva se define como la probabilidad de que el individuo reciba una ganancia en salud derivada de intervenciones en salud en caso de necesitarlo.⁴² Para ello deben medirse demanda, acceso, utilización y ganancia en salud.

Acceso efectivo es el grado de ajuste entre el sistema de salud y los usuarios e incluye dimensiones de ajuste (disponibilidad, accesibilidad, adecuación, capacidad de compra y aceptabilidad).

Los conceptos de afiliación y cobertura que son los más publicitados no aseguran ni la cobertura efectiva ni el acceso efectivo. Son insuficientes para determinar el potencial beneficio en salud de estar afiliado y recibir los servicios de salud que es medido por la cobertura efectiva la cual considera la identificación de necesidades, la información que tienen las personas sobre las intervenciones disponibles y la evaluación. Por ejemplo, la cobertura efectiva de los Programas Nacionales de Vacunación o de Detección de Cáncer Cervicouterino. Las mediciones de cobertura efectiva en países latinoamericanos, incluido México, indican que es indispensable contar con mejor información y que los programas en salud no han alcanzado la cobertura efectiva deseable.⁴³ En 2006 se realizó un estudio en México para medir la cobertura efectiva de 18 indicadores de, entre otros, vacunas, atención materno-infantil, detección de cáncer cervical y de mama y atención de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, artritis e hipercolesterolemia.⁴⁴ El estudio mostró que solo fue factible medir la cobertura efectiva en 8 indicadores; el resto carecían de información sobre calidad de atención.

En el caso del acceso efectivo que mide la relación entre la comunidad y el sistema de salud, la afiliación y la cobertura no aseguran que la población tenga acceso a instalaciones y personal, con tecnología, insumos, medicamentos y capacidad resolutive. Hoy en día no se conoce el grado de acceso efectivo de las comunidades a los servicios de salud. Las mediciones de Coneval de acceso a la salud de la medición multidimensional de la pobreza utilizan datos de afiliación.

Los retos principales son elaborar un sistema de medición de indicadores de cobertura efectiva para los diferentes programas específicos y establecer indicadores de acceso efectivo que permitan saber por localidad el acceso real a los servicios de salud.

1.6.4. Investigación en Salud

La investigación científica contribuye a la toma racional de decisiones en el área de la salud, tanto en el nivel individual de atención clínica de los enfermos, como en el

ámbito colectivo relacionado con la toma de decisiones públicas. La necesidad imperativa de utilizar información basada en evidencia científica es un rasgo cultural común a las sociedades modernas que han alcanzado los mayores niveles de desarrollo, no solo por su valor intrínseco, sino por sus implicaciones utilitarias. Cada vez se reconoce más, que la investigación científica constituye un motor estratégico clave para impulsar el desarrollo y la economía de un país.

La producción científica mexicana⁴⁵ en las ciencias de la salud en el periodo 1995-2005 registró 20,629 artículos científicos, de los que el 36% correspondió a los INSalud, 28% a la UNAM, 13% al IMSS y 9% al CINVESTAV. Sin embargo, los artículos científicos no pueden ser los únicos productos de la investigación en esta área del conocimiento, ya que debe también participar en la identificación y propuesta de alternativas de solución a los problemas de salud, así como contribuir a la formación de recursos humanos. Requerimos migrar de la agenda de los intereses individuales de los investigadores, a la construcción de una agenda de prioridades de investigación en salud, conjuntando los esfuerzos de las áreas biomédica, clínica, epidemiológica, social y de servicios de salud, para que los resultados de la investigación se traduzcan en el tiempo en mejores niveles de salud para la población.

Los principales retos a enfrentar son: 1) vincular la investigación biomédica a las necesidades de salud del país; 2) estimular la relación de la investigación biomédica con la innovación tecnológica, el desarrollo de patentes y la vinculación investigación-industria; 3) favorecer la investigación clínica para el estudio de problemas de salud priorizados por su relevancia, factibilidad, aceptabilidad política, aplicabilidad, urgencia de contar con nueva información y adecuación a los principios éticos; 4) estimular la investigación en ciencias sociales que es la menos desarrollada en el país y dirigirla principalmente a los grupos de población vulnerables (pobreza, migrantes, ancianos, indígenas, minorías sexuales, discapacitados, víctimas de violencia, mujeres en prostitución, niños en situación de calle, enfermos mentales⁴⁹); 5) fortalecer la relación de la investigación con la formación de recursos humanos; e, 6) incrementar la difusión de la producción científica nacional entre la población general con el fin de contribuir a ampliar su cultura científica.

I.7. Beneficios en salud

Las distintas instituciones que componen el sector ofrecen distintos beneficios a sus afiliados. La seguridad social y la Secretaría de Salud no son substitutos perfectos y tienen diferencias en cuanto a sus bases legales, criterios de afiliación y beneficios otorgados, por lo tanto las personas afiliadas a los distintos esquemas no reciben los mismos beneficios, lo que por un lado es inequitativo, y por el otro, fomenta los problemas de selección adversa donde las personas hacen arbitraje entre los esquemas. A continuación se describen brevemente estas características.

I.7.1. Beneficios y prestaciones en salud

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud financia los servicios de salud a través del Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Estos servicios son otorgados principalmente en instalaciones de las Secretarías de Salud de los estados mediante paquetes e intervenciones específicas: que cubren 1,585 diagnósticos definidos en: el Catálogo Universal de Servicios de Salud para atención primaria y hospitalaria de segundo nivel, las reglas de operación del SMNG y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Los paquetes/intervenciones de servicios se diseñaron en base al conocimiento de las necesidades de salud de la población, buscando favorecer la equidad y bajo un principio de eficiencia en la provisión de servicios.⁴⁶ Adicionalmente los proveedores de servicios de salud a la población sin seguridad social, reciben recursos de la SSA, del ramo 33 FASSA, de IMSS Oportunidades y de recursos estatales.

El IMSS tiene un régimen obligatorio y un régimen voluntario. El régimen obligatorio, que es para los trabajadores asalariados y sus familias, comprende cinco ramos básicos de protección social: a) Seguro de enfermedades y maternidad (SEM); b) Seguro de riesgos de trabajo; c) Seguro de invalidez y vida; d) Seguro de retiro y vejez; e) Prestaciones sociales y guarderías.

El SEM garantiza la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, cubre 21 apartados de la 10a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), lo que representa 12,487 diagnósticos. El IMSS no tiene definidas las intervenciones o un

paquete de beneficios explícitos; otorga los servicios en base a la capacidad resolutoria de las unidades médicas que están organizadas de acuerdo a la complejidad de servicios que ofrecen. También puede otorgar servicio mediante convenios de subrogación con otras instituciones; incluso está facultado para revertir cuotas a las empresas que ofrezcan a sus trabajadores los servicios médicos y hospitalarios.¹⁷ El Cuadro 6 muestra las diferencias existentes entre el IMSS y La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El régimen voluntario del IMSS cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al cual pueden incorporarse todas aquellas personas que no tienen derecho de acuerdo a su condición de trabajador. El Art. 240 Ley de la Seguro Social, establece que *“todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo.”* La Ley establece las cuotas a pagar por grupo de edad y al igual que en el régimen obligatorio, el Gobierno Federal cubre una cuota por familia afiliada a este seguro voluntario cuyas prestaciones en salud son las mismas descritas en el SEM.

El SSFAM no cuenta con un número significativo de afiliados y es deficitario. En el período 2005-2009, el SSFAM incrementó su número de asegurados de 334.000 a 371.000 asegurados y ha registrado resultados deficitarios desde 2001. En 2009, el monto de sus ingresos cubrió solamente 32% de sus gastos. El déficit se atribuye a diferentes causas: a) otorgamiento de servicios médicos sin restricciones; b) preexistencia de condiciones de los asegurados; c) selección adversa, e, d) insuficiencia de las cuotas que se cobran a los afiliados. Las estimaciones indican que para equilibrar financieramente al SSFAM, entre 2010 y 2025, sería necesario incrementar 721% las cuotas.⁴⁷

Cuadro 6. Diferencias en las características, prestaciones y servicios de salud ofertados por el IMSS (régimen obligatorio) y por el Seguro Popular

	IMSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Requisitos de afiliación	Afiliación obligatoria para las personas que de forma permanente o eventual preste un servicio remunerado, personal y subordinado.	Afiliación voluntaria
Pago por el afiliado	Contribución proporcional al salario	Gratuito en función del decil de ingreso (en la práctica todo es gratuito)
Beneficiarios	El cónyuge o pareja del asegurado o pensionado, así como los ascendientes y descendientes del asegurado o pensionado señalados en la Ley	La inscripción es por individuo.
Prestaciones	En salud, económicas**, sociales y pensiones	En salud
Servicios de salud ofertados	21 apartados de la 10a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), lo que representa 12,487 diagnósticos. No hay una definición de intervenciones, sino una cartera de servicios otorgados en base a la capacidad resolutoria de las unidades médicas de 1º, 2º y 3er nivel.	284 intervenciones* con 1,585 diagnósticos del CAUSES. 131 intervenciones del SMNG Del FPGC
<p>* Se denominan intervenciones porque son un conjunto de enfermedades y actividades de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación; también comprenden medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete.</p> <p>** Las prestaciones económicas cubren la pérdida de ingreso laboral después del tercer día de incapacidad debido a una enfermedad general u ocupacional; la incapacidad puede ser temporal o permanente.</p>		

El informe de CEPAL⁴⁸ señala que “*el Sistema de Protección Social en Salud ha avanzado hacia la afiliación universal en instituciones con servicios de salud y a la constitución de un paquete básico universal, pero ha profundizado la segmentación y jerarquización del Sistema Nacional de Salud, con deficiencia en la integración de los diversos segmentos que lo constituyen,*” por lo cual todavía no se puede asumir el logro de la cobertura universal.

I.8 Política de Medicamentos

El mercado de medicamentos en México vale 190.9 mil millones de pesos (MP) anuales en 2011, conforme a estimaciones de IMSHealth.⁴⁹ De este total, de acuerdo a estimaciones propias, el sector público compra aproximadamente 60,000 MP (de los cuales la mitad son genéricos); principalmente a través de dos mecanismos: compra de medicamentos (compra por pieza) y compra de servicios de distribución y provisión de medicamentos (servicios integrales). El resto del mercado (130 mil MP) tiene una mezcla de genéricos intercambiables, genéricos de marca y medicamentos de patente.

En un cálculo conservador, el precio de venta de un medicamento genérico en farmacia es el doble que en el sector público (considerando márgenes de distribuidor y farmacia y costo de desplazamiento de la institución pública). Ello deriva de: (i) la diferencia en los precios de venta del fabricante al canal privado vs. al sector público (en promedio de 1.5 a 1); (ii) márgenes de distribución equivalentes para ambos sectores (12%); y (iii) el margen de distribución de la farmacia (15%). Esta diferencia de precios es relevante tanto para analizar el gasto de bolsillo en salud de los mexicanos (dado que de acuerdo a la OCDE, el gasto público en medicamentos es de 27% y el gasto privado en medicamentos es del 73% del gasto total)⁵⁰; como para el diseño de una política de abasto de medicamentos para el sector público.

La problemática de medicamentos es multifactorial por lo que debe analizarse y abordarse en toda la cadena de suministro, desde la producción hasta la dispensación y uso. La cadena de suministro de medicamentos e insumos para la salud puede dividirse en las siguientes etapas: i) compra; ii) distribución primaria (fabricante/distribuidor entrega en almacenes del proveedor de los servicios de salud); iii) distribución en punto de servicio; iv) prescripción y v) aplicación (dispensación y apego por el paciente). Soluciones parciales pueden derivar en mayores costos, ineficiencia y corrupción, de los que ya se presentan hoy en día a lo largo de toda la cadena.

El valor potencial del abasto de medicamentos que debería proporcionar el sector público está fijado tanto por lo que hoy compran las instituciones de salud y seguridad social como por lo que actualmente compran los pacientes en el mercado privado. Una

política integral de abasto de medicamentos similar a la actual de las instituciones de seguridad social (con genéricos y patente) para toda la población costaría aproximadamente (a precios de compra del sector público) 78,330 MP; es decir, 18,330 MP adicionales a los que hay en gasto.

La estructura de precios de venta entre canales incentiva en la actualidad, entre otros, desabasto intencional del sector público y compras directas fuera de licitación o bajo la figura de servicios integrales. Una política de vales abierta implicaría bajo una estimación propia muy conservadora un costo adicional para el sector público de por lo menos 30,000 MP (adicionales a los 30,000 MP que hoy gasta), de abastecerse a nivel de farmacias privadas todos los medicamentos genéricos que actualmente compra. El abasto de medicamentos para toda la población, a un nivel similar al que hoy tienen las instituciones de seguridad social (con genéricos y patente), tendría una exposición al riesgo máxima de 156,600 MP. Lo anterior, dado el diferencial de precios entre el sector público y privado señalado. Estos datos señalan de manera general el riesgo financiero para el gobierno federal de establecer una política de vales abierta para todos los casos de prescripción.

II. Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud

II.1. Modelo conceptual de la propuesta del Sistema Nacional de Servicios de Salud

Se propone un **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)** que permita alcanzar la universalización de la atención a la salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad, y hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, en el contexto de la seguridad social universal, financiado con impuestos generales con destino específico. La universalización debe basarse en políticas viables financieramente y factibles operativamente que permitan el acceso a servicios de salud a todas las personas sin distinción de su condición laboral, en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Se propone priorizar en tiempo y en recursos a la población con mayores desventajas en el acceso a la salud.

Para lograr lo anterior, se parte de un modelo conceptual de atención a la salud (Figura 3) que hace explícitos los valores de equidad y libertad; identifica con claridad los elementos centrales que debe tener el SNSS, de universalidad, atención primaria y centrado en el individuo; e, incluye los atributos de organización del SNSS (calidad, eficiencia, basado en evidencia y con rendición de cuentas) y de la forma de participación de los individuos (libertad de elección, empoderamiento y corresponsabilidad), en un marco de ética y solidaridad. Este modelo deriva de forma general de la propuesta de universalización de los servicios de salud recomendada por la OMS.⁵¹ Se considera importante que el SNSS tenga un modelo conceptual explícito que proporcione dirección y enfoque al diseño e implementación de las acciones de salud.

Los dos valores fundamentales que mantienen el equilibrio entre la vida colectiva y el ejercicio de la individualidad son **la equidad y la libertad**. A partir de la equidad se desprende el principio de justicia y a partir de la libertad el principio de autonomía del

individuo. La combinación de estos principios permitiría al individuo alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Los tres elementos centrales propuestos son:

- a) universalidad del derecho a la salud, es decir, atención a la salud para todos los mexicanos de forma equitativa;
- b) atención a la salud fundamentada en la estrategia de atención primaria y
- c) atención centrada en el individuo.

La **universalidad** del derecho a la salud se alcanzaría mediante: i) *la unificación del financiamiento* y ii) *la integración funcional* de los proveedores de servicios. La integración funcional a su vez requiere de:

1) *portabilidad* para que el individuo pueda recibir atención a la salud donde la requiera;

2) *convergencia* para que todas las instituciones ofrezcan los mismos beneficios en salud, con recursos similares, aplicando guías de práctica clínica y con una política de recursos humanos para incrementar la producción de servicios con una calidad semejante. La combinación de portabilidad y convergencia permitiría la continuidad de la atención;

3) *cobertura efectiva* que es la probabilidad de que los individuos reciban, en caso de necesitarlo, una ganancia en salud a partir de las intervenciones proporcionadas; requiere la identificación de necesidades, la información a las personas sobre las intervenciones disponibles y la medición de los resultados en salud;⁵² y

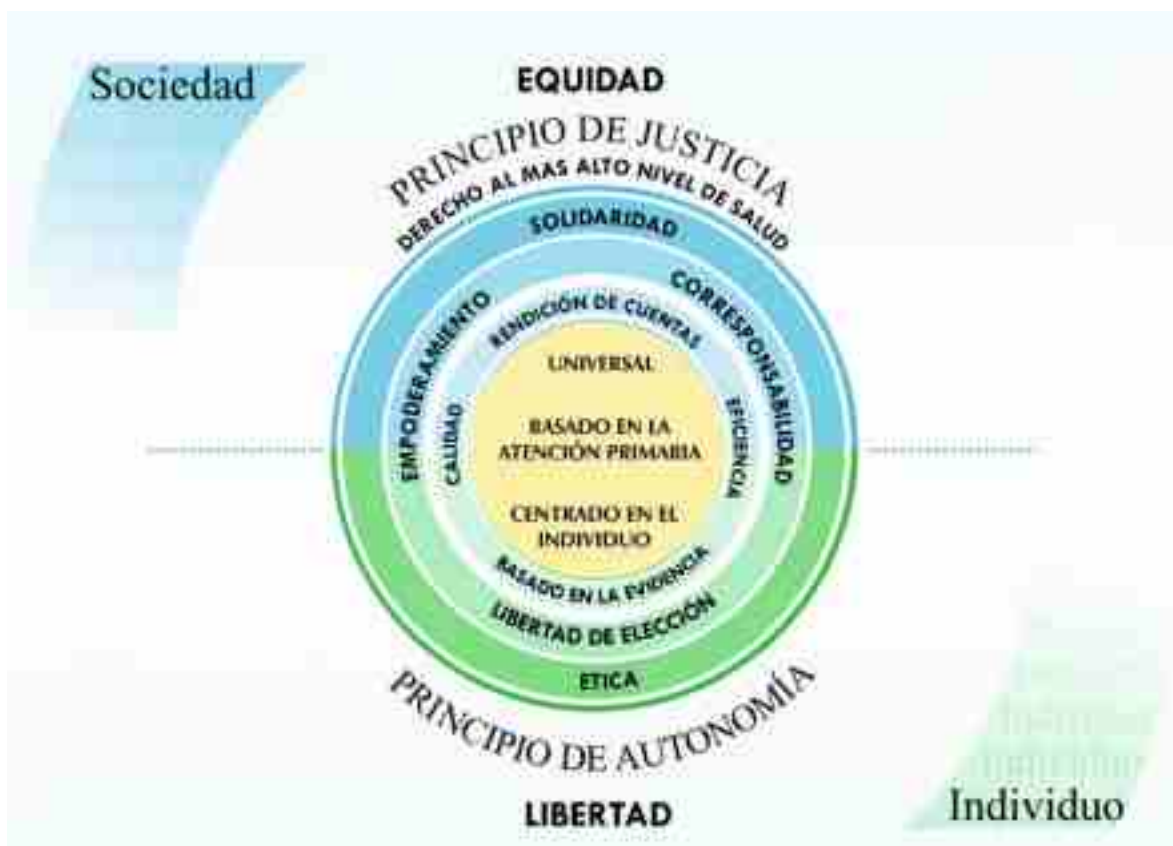
4) *acceso efectivo* que consiste en el uso oportuno de los servicios por el individuo para lograr el mejor resultado posible en salud, e incluye las variables de oportunidad, calidad y eficiencia. El acceso efectivo engloba las siguientes dimensiones de ajuste entre el individuo y los sistemas de salud: disponibilidad, accesibilidad, adecuación, capacidad de compra y aceptabilidad. Para cada dimensión, se propone establecer parámetros e indicadores.

Modelo de servicios basado en la atención primaria. Los servicios de atención primaria deben ser equitativos, culturalmente aceptables, coordinados, continuos, centrados en el usuario y con sensibilidad social. Se propone que la atención primaria

se consolide como la base del SNSS y sea en ese nivel donde se resuelvan efectivamente la mayoría de las necesidades y demandas personales de salud. El personal en este nivel debe ser capaz de construir una colaboración permanente con los usuarios y de proveer servicios de salud considerando el contexto de la familia y la comunidad; lo cual extiende la atención individual al ámbito de la salud pública a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el trabajo comunitario. El acceso universal a la atención primaria es el principal objetivo de las reformas de los sistemas de salud en el mundo, porque facilita el logro de la cobertura universal en salud e incluye las intervenciones más costo-efectivas.

La **atención centrada en el individuo** requiere de un sistema que cubra de manera universal y solidaria las necesidades generales que enfrentan todos los miembros de la sociedad, pero que sea capaz de satisfacer las necesidades individuales de salud.

Figura 3. Valores y principios del Sistema Nacional de Servicios de Salud



Los valores y principios descritos guían la propuesta y la definición de las propuestas descritas en las siguientes secciones. La propuesta del SNSS se basa en tres políticas de atención a la salud: a) salud pública, b) atención a la salud individual y familiar y c) producción social en salud.

Estas tres políticas son congruentes con los valores primarios del Sistema. La producción social de salud y la salud pública se sustentan en la equidad como su principal determinante y la atención a la salud individual y familiar se fundamenta en el ejercicio y protección a las libertades individuales.

II.2 Principales componentes de la propuesta del SNSS

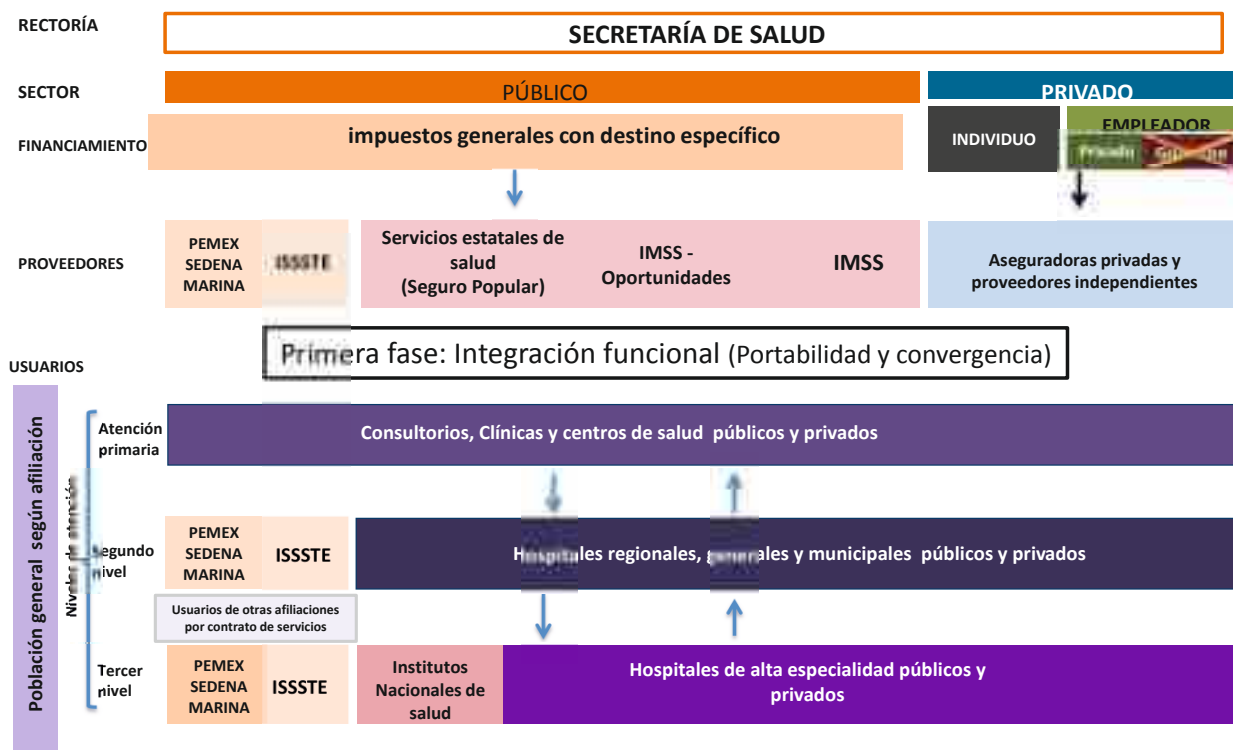
Esta sección incluye propuestas de reorganización del sector salud que incluye el fortalecimiento de la Secretaría de Salud como rectora; la integración funcional de las instituciones que incluye portabilidad, convergencia y acceso efectivo; sobre el desempeño y la calidad del sistema; y de la toma de decisiones basada en el conocimiento.

II.2.1 Reorganización del sector salud

La primera fase de la propuesta de reorganización del sistema de salud se presenta en la figura 4 y consiste en: i) fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en sus funciones de regulación, de supervisión y evaluación y de organización de los servicios; ii) financiar los servicios de salud con impuestos generales con destino específico con una cápita igual a las instituciones proveedoras, cesando la contribución de los patrones y empleados para el Seguro de Enfermedades en el sistema de seguridad social; adicionalmente se propone eliminar el financiamiento para el aseguramiento privado de funcionarios del sector público de los tres poderes; iii) integración funcional de las instituciones, lo que en una primera fase significa avanzar en la portabilidad de derechos de los beneficiarios (en servicios de urgencias y en jornaleros, por ejemplo); y, la convergencia de las instituciones del sector (beneficios iguales para todos), a través de esquemas de compensación económica; iv) las actuales instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR y los servicios estatales de salud) continuarían otorgando los servicios de salud a su población afiliada; v) en la primera fase, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR continuarán con su forma original de financiamiento y atención de su población afiliada y podrán vender sus servicios excedentes a las instituciones públicas; vi) el sector privado funcionará a través de aseguradoras privadas y proveedores independientes para los individuos con capacidad de pago y las empresas que otorgan este beneficio a sus empleados; y, vii) las clínicas y hospitales privados participarán en un mercado controlado en el que las instituciones proveedoras públicas les comprarán servicios (contratos de servicios) para

disminuir las listas de espera tanto en consulta de especialidades como en procedimientos de cirugía electiva.

Figura 4. Propuesta de la nueva estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Primera Fase)



II.2.2 Estrategias para avanzar en la integración funcional de las instituciones: portabilidad, convergencia, acceso efectivo y toma de decisiones basada en el conocimiento

Las estrategias que se proponen para cada uno de estos rubros son las siguientes (Figura 5):

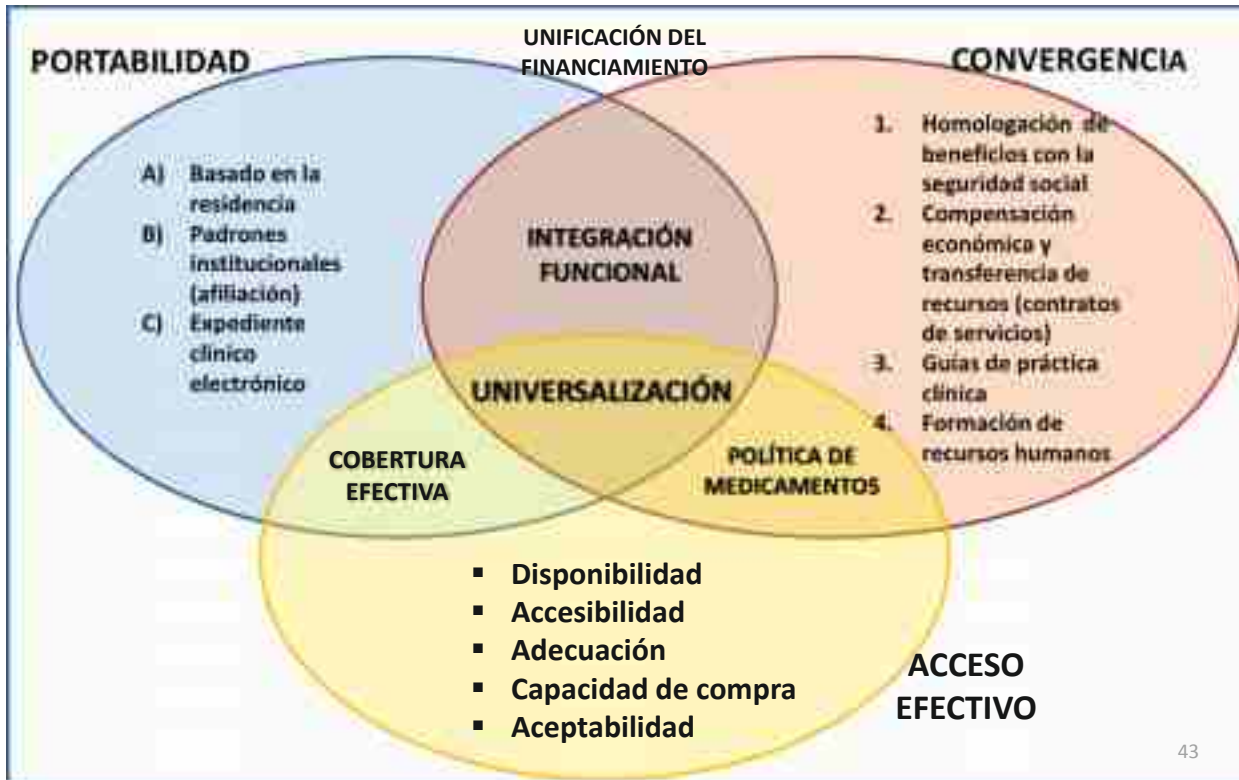
Portabilidad: a) adscripción inicial a una unidad de salud y eventual libertad de elección para procedimientos seleccionados; b) integración de un padrón único de beneficiarios; y, c) fortalecimiento de los sistemas de información en salud; por ejemplo, homogeneización de los criterios para el desarrollo e implementación del expediente electrónico de los beneficiarios que además de contar con la información médica registraría la información demográfica, socioeconómica y de la afiliación a las instituciones de salud.

Para avanzar en el expediente electrónico se requiere, entre otros, lo siguiente:

- Datos del individuo. Normalizar los requerimientos mínimos de datos que deben tener todos los sistemas de registro de eventos médicos, de salud pública e información hospitalaria del paciente.
- Registro Nacional. Desarrollar los lineamientos y poner en operación el o los repositorios nacionales de datos de los expedientes electrónicos de pacientes con condiciones de privacidad, interoperabilidad y portabilidad; así como con atributos técnicos de confiabilidad, disponibilidad, facilidad de servicio y facilidad de uso.
- Despliegue de las normas para los que ya cuentan con el expediente electrónico así como para aquellos que deberán incluirlo en su proceso base; de forma que se adecuen y cumplan en el menor tiempo posible con los requerimientos mínimos.
- Desarrollar las normas para la generación de información y clasificación automática para fines de salud pública, investigación, seguimiento y continuidad de la atención, y contención de costos.

**Figura 5. Universalización de los Servicios de Salud
Financiamiento**

Proveniente de impuestos generales (con destino específico)



Convergencia: a) homologación de las prestaciones en salud que hoy ofrece la seguridad social para todos los ciudadanos, lo cual representa un avance sustancial hacia la universalización de los servicios de salud y una reducción de las condiciones de inequidad entre la población; b) compensación económica entre instituciones; c) desarrollo y utilización generalizada de las guías de práctica clínica en los servicios de salud para estandarizar la atención médica, facilitar la auditoría médica y como herramienta de contención de costos; d) política de acceso a medicamentos que asegure el surtimiento oportuno de las recetas en los servicios ambulatorios y la disponibilidad de medicamentos en hospitales; y e) formación planeada de recursos humanos capaces de responder a las necesidades de salud. Por ejemplo, formación de

enfermeras en atención primaria, modificación de los requisitos de acceso a las especialidades médicas (se propone que los médicos trabajen dos años como médicos generales atendiendo a poblaciones vulnerables antes de presentar el examen de especialidad), inclusión de médicos generales privados en la atención primaria de individuos afiliados al SNSS y prescripción de medicamentos seleccionados en el mismo nivel de atención por el personal de enfermería.

Acceso efectivo: a) incremento de la cobertura geográfica principalmente en zonas rurales alejadas a través de la contratación de promotores comunitarios y auxiliares de salud en todas las comunidades de 500 a 2000 habitantes que carecen de personal médico y la incorporación de tecnologías innovadoras de comunicación y asistencia médica para las comunidades de menor tamaño; b) fortalecimiento de las estrategias exitosas de atención en el medio rural; c) en atención primaria, incorporación de los servicios privados de salud para la atención de beneficiarios del SNSS y la redefinición del papel de la enfermera para, entre otros, prescripción y servicios domiciliarios de primer contacto; d) establecimiento de estándares de equipamiento y tecnología para las unidades de atención a la salud; e) un sistema de gestión y autogestión eficientes; f) estrategias de unificación del sistema de información en salud; g) esquemas de desarrollo profesional y actualización de conocimientos del personal de salud; h) esquemas de reconocimiento que incluyan estímulos al desempeño; e i) estrategias de mejora de la calidad. El Cuadro 7 lista los indicadores propuestos para las dimensiones del acceso efectivo.

Cuadro 7. Indicadores de las dimensiones del acceso efectivo

Acceso Efectivo Basado en la comunidad y el Sistema de Salud	Grado de ajuste entre el sistema de salud y los usuarios.	Grado de cumplimiento de las diferentes dimensiones de ajuste.
Dimensiones	Definición	Indicador
Disponibilidad	Relación entre el volumen y la cantidad de servicios y fuentes disponibles	Número de médicos por 1000 habitantes *
		Número de camas por 1000 habitantes*
		Número de enfermeras por 1000 habitantes*
		Localidades de 1500 a 2500 habitantes con al menos un establecimiento médico (Rural)
		Número de localidades menores a 1500 habitantes con al menos un personal de salud (Rural)
Accesibilidad	La relación entre la localización de los individuos y los servicios	Distribución geográfica de los médicos*
		Tiempo de traslado (demasiado lejos)*
Adecuación	La relación de cómo están organizados los servicios para atender a los individuos	Número de unidades de atención médica que brindan servicio de urgencias las 24 horas por localidad
		Porcentaje de las unidades que brindan atención en más de un turno
		Desigualdad en el número de consultas por paciente*
		Tiempo de espera para la consulta*
		Tiempo de espera para la cirugía*
Capacidad de compra	Relación entre los precios de los servicios y los requerimientos de los ingresos del individuo, así como la capacidad de pago	Recetas surtidas al 100% a la población
		Gasto de bolsillo*
		Diferimiento en la atención por falta de recursos
Aceptabilidad	Relación entre las actitudes de los individuos acerca del personal y las características de los proveedores	Satisfacción con los servicios de salud

*Indicadores OCDE

Toma de decisiones basada en el conocimiento (investigación científica en salud): La investigación científica en salud, como un atributo general del Sistema, tiene como principales objetivos, identificar las prioridades nacionales en salud, fomentar una visión interdisciplinaria que facilite el trabajo colaborativo, impulsar la investigación básica y aplicada a fin de consolidar la independencia intelectual del país y promover la toma de decisiones basada en evidencia en todos los órdenes de la Administración Pública. Actualmente, los Institutos Nacionales de Salud, las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS y las Universidades e Instituciones de Educación Superior cumplen esta función y desarrollan parcialmente algunos de estos objetivos, si bien con una débil coordinación y escasa integración. De manera indirecta, esta investigación podrá contribuir a incrementar nuestro capital social, mediante el impulso a la generación y difusión del conocimiento científico en salud y a la formación de capital humano, de acuerdo a las necesidades particulares del SNSS. El desarrollo de pensamiento científico y su vínculo con el modelo de valores descrito, facilitará lograr el más alto nivel posible de salud para la población y, en consecuencia, mejores oportunidades de desarrollo para nuestra nación.

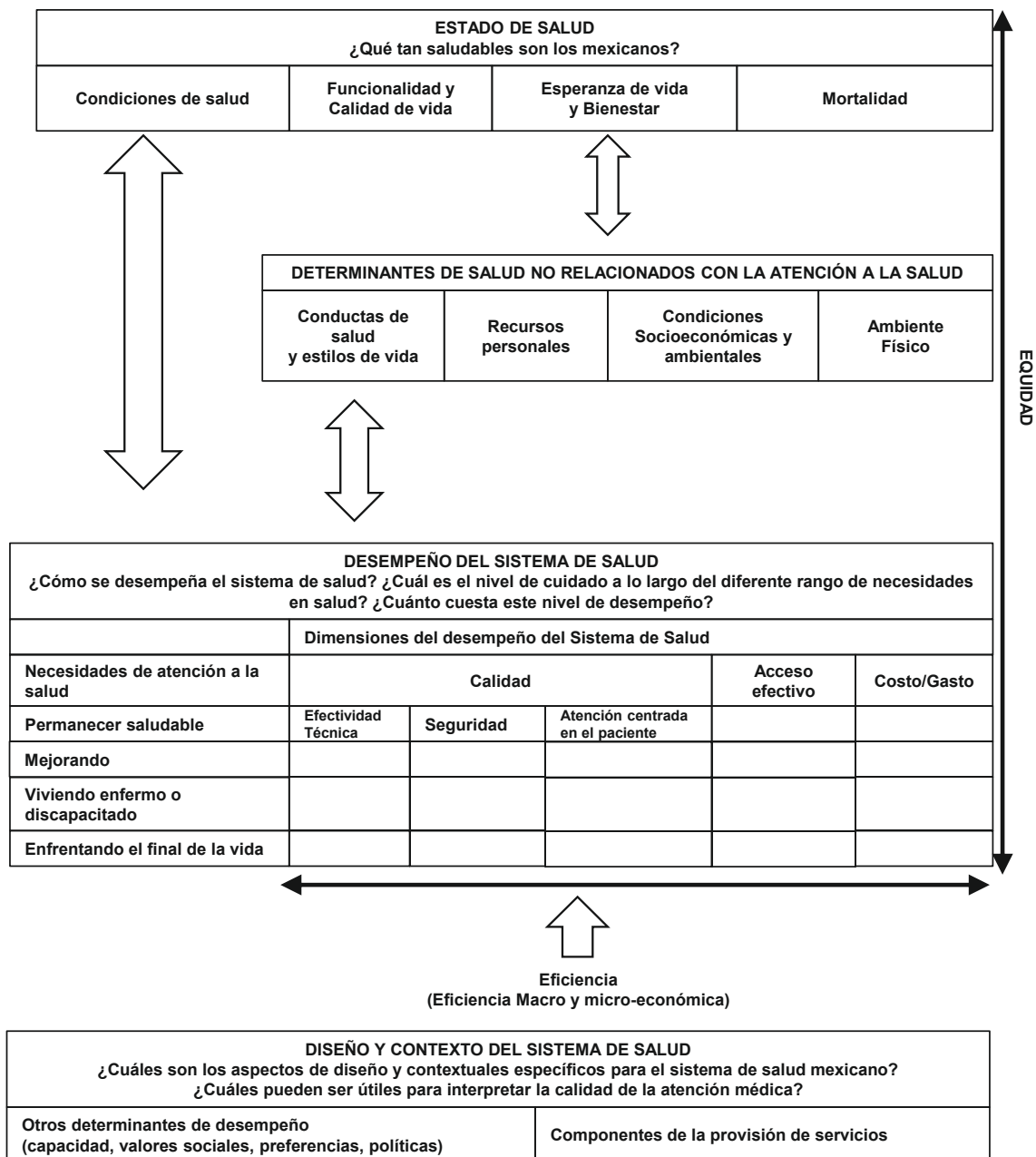
Para lo anterior, se propone: a) comprometer recursos para la investigación de forma gradual hasta alcanzar el 2% del presupuesto de salud⁵³, priorizando aquellos problemas de salud susceptibles de ser disminuidos a través de los resultados de la investigación; b) establecer prioridades de investigación en salud en el país considerando tanto problemas urgentes como aquellos que requieren tiempos prolongados para obtener beneficios; c) promover los esfuerzos interdisciplinarios en investigación biomédica, clínica, epidemiológica, social y de servicios de salud para el estudio y solución de problemas específicos; d) apoyar áreas del conocimiento poco desarrolladas como la investigación en sistemas y políticas de salud; e) formar e incorporar nuevos talentos para fortalecer los grupos de investigación consolidados y desarrollar nuevas áreas y grupos de investigación; y f) difundir y promover el uso del conocimiento para la sociedad y tomadores de decisiones.

II.2.3. Evaluación de Desempeño del Sistema

La propuesta incluye como elemento esencial el seguimiento y la evaluación del desempeño. Solo con datos confiables y públicos es posible medir la situación actual y el avance e impacto de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población, Para ello, se propone utilizar el marco conceptual propuesto por la OCDE, que identifica las dimensiones de desempeño del sistema de salud y su interacción con condiciones de salud de la población y con los determinantes sociales. (Figura 6).

El modelo incluye cuatro niveles: i) el estado de salud prevalente en la población; ii) los determinantes de la salud no relacionados con la atención a la salud; y, iii) diseño y contexto del sistema de atención. El cuarto nivel evalúa propiamente el desempeño del sistema de salud y lo relaciona con las necesidades de salud a nivel individual las cuales son: tener salud, enfermar y sanar, enfermar y vivir con enfermedad o discapacidad y enfrentar el final de la vida. Las dimensiones del desempeño del sistema incluyen la calidad (con sus tres componentes: efectividad técnica, seguridad y atención centrada en el paciente), el acceso efectivo y la eficiencia.

Figura 6. Desempeño del Sistema de Salud según modelo de la OECD



Fuente: OECD Health Policy Studies. Improving Value in Health Care. Measuring quality. OECD 2010; pp 37.

Cada una de las dimensiones de desempeño del sistema mencionadas son susceptibles de seguimiento y evaluación. La propuesta es utilizar como base los indicadores de la OECD para cada uno de sus componentes, adecuados a la realidad mexicana. Ello permitirá avanzar en un esquema de evaluación que vaya más allá de los aspectos financieros y organizacionales, visión predominante en la actualidad. El Cuadro 8⁵⁴ muestra algunos de los indicadores propuestos. En esta sección sólo se desarrolló lo relativo a la calidad de la atención; lo relativo a acceso efectivo se trató en la sección anterior.

II.2.3.1. Estrategias de mejora de la calidad

Para alcanzar una mejora en la atención se deben aplicar en forma simultánea diferentes estrategias, las cuales deben basarse en un sistema sólido de estandarización, vigilancia, retroalimentación y mejora de la calidad. Las estrategias que se proponen de manera inicial son las siguientes:

Cuadro 8. Ejemplos de indicadores de desempeño del sistema de salud

- **Calidad**

- Efectividad Técnica

- Atención primaria
 - Primera visita en el primer trimestre del embarazo
 - Atención de enfermedades crónicas agudizadas
 - Tasa de mortalidad 30 días después de infarto agudo del miocardio
 - Salud mental: Tasa de readmisión hospitalaria no planeada en esquizofrenia
 - Cáncer: Tasa de detección de cáncer de mama

- Seguridad del paciente

- Embolismo pulmonar post-operatorio
 - Atención en urgencias
 - Tiempo transcurrido para el ingreso hospitalario

- Efectividad interpersonal

- Percepción del paciente
 - Satisfacción del paciente

- **Eficiencia y costo efectividad**

- i. Establecer un sistema de recolección e información sistemática y rutinaria de datos, basados en expedientes electrónicos nacionales que se vinculen entre sí.
- ii. Implementar la auditoría clínica y organizacional a nivel nacional.
- iii. Implementar un sistema de retroalimentación, benchmarking, alertas y guías clínicas vinculadas con el expediente electrónico.
- iv. Organizar un centro de difusión de buenas prácticas clínicas y medicina basada en la evidencia.

- v. Fomentar la ética clínica y la ética organizacional a través de los Comités de Ética.
- vi. Incorporar incentivos monetarios y no monetarios al desempeño.
- vii. Establecer esquemas de priorización de los pacientes referidos a consulta de especialidades y a cirugía.
- viii. Consolidar los sistemas de seguridad del paciente y detección de eventos centinela.

II.3. Propuesta de programas de los servicios de salud del SNSS

Las secciones anteriores describieron el modelo conceptual y los principales componentes de la propuesta del SNSS. Esta sección describe el componente de los programas de los servicios de salud agrupados en tres grandes políticas (Figura 7):

- Atención a la salud pública
- Atención a la salud individual y familiar
- Producción social en salud

Estas tres políticas comparten los mismos atributos del modelo conceptual descrito: calidad, eficiencia, rendición de cuentas, basadas en evidencia, con libertad de elección, empoderamiento y corresponsabilidad de los usuarios. Las propuestas de las políticas de salud pública y atención individual y familiar toman en consideración: las prioridades nacionales en salud (principales causas de morbilidad y mortalidad) y los atributos del modelo propuesto del SNSS. Asimismo, definen objetivos y estrategias, líneas estratégicas y líneas de acción.



Figura 7. Políticas del Sistema Nacional de Servicios de Salud

II.3.1. Atención a la Salud Pública

La salud pública debe identificar y responder a las necesidades en salud de prevención, detección oportuna y educación y promoción de la salud bajo una perspectiva poblacional e individual. La política de salud pública debe ser universal y obligatoria para todos los proveedores de servicios los cuales deben tener la capacidad de ofrecer los mismos servicios con la misma calidad.

Para ello, se propone: i) distinguir y asegurar el financiamiento para las acciones de salud pública; ii) elaborar un diagnóstico situacional de la infraestructura y de la operación del sistema de salud pública para fijar prioridades y acciones concertadas con los proveedores de los servicios de salud; iii) establecer programas nacionales con mecanismos de operación y evaluación únicos con mecanismos de coerción y penalización; iv) establecer mecanismos de concertación para acciones de programas de salud que requieran de la participación de otros sectores (por ejemplo, en nutrición) y de seguimiento y coerción de las acciones acordadas e, v) incorporar líneas estratégicas innovadoras como la salud urbana y ambiental.

Se proponen las siguientes líneas estratégicas en salud pública con algunas de sus respectivas líneas de acción:

1. Vigilancia epidemiológica: vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles; bioseguridad; programa de vigilancia de problemas específicos de salud (por ejemplo, salud bucal y mental) y análisis e información en Salud Pública (Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública).
2. Salud ambiental: calidad del ambiente (aire, agua, manejo de residuos, manejo de riesgos ambientales específicos como el cambio climático y energía ionizante).
3. Salud ocupacional: servicios de salud en el trabajo, gestión en seguridad y salud ocupacional, higiene ocupacional, protección a grupos vulnerables en el trabajo y a migrantes.
4. Control sanitario: inocuidad alimentaria, sanidad animal, zoonosis, control de vectores, calidad de medicamentos, calidad de agentes biológicos, exposición a riesgos sanitarios en establecimientos de atención médica, medicina tradicional,

control de insumos relacionados a la salud, control de biológicos no médicos, tabaco, alcohol y drogas de diseño, sanidad Internacional.

5. Desastres: emergencias sanitarias y control en desastres naturales.

II.3.2. Atención a la salud individual y familiar, con énfasis en grupos vulnerables y con alto grado de marginación

La atención a la salud individual y familiar requiere reenfocarse hacia el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, lo que permitiría atender con efectividad aproximadamente al 85% de las necesidades y demandas de salud en este nivel y disminuir la demanda de servicios de especialidad. Esta política cuenta con dos líneas estratégicas: la atención primaria en los entornos urbano y rural, y la atención hospitalaria.

II.3.2.1. Atención primaria en el entorno rural y en comunidades dispersas

La provisión de servicios de atención primaria para la población rural es uno de los grandes retos de la propuesta del SNSS, ya que en muchos casos estas comunidades carecen de acceso efectivo a servicios de salud, por su condición socioeconómica, cultural y/o geográfica. El componente de la atención primaria para la población rural y de comunidades dispersas (localidades menores a 2,500 habitantes) propone integrar en un solo equipo de salud formado por un médico, una enfermera y un técnico en salud, las funciones de promoción, prevención, detección oportuna y atención clínica. Esta propuesta se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) de la OPS/OMS,⁵⁵ que vincula las acciones médicas con las comunitarias, para mejorar la salud de individuos, familias y comunidades, propiciar entornos saludables y disminuir la propagación de padecimientos, priorizando la prevención de riesgos y daños a partir del autocuidado de la salud. Asimismo, se propone fortalecer la perspectiva intercultural para lograr la aceptabilidad y participación de la población en las acciones de salud.

Las comunidades rurales requieren clasificarse de acuerdo a los agrupamientos poblacionales que contienen, de tal manera que se identifique aquellas que pueden soportar por sus necesidades y demandas un equipo de salud *in situ* (se estima un equipo de salud al menos para cada 2,000 habitantes), y diferenciarlas de aquellas

poblaciones pequeñas, remotas y dispersas que requieren de estrategias específicas o particulares y cuyas necesidades y demandas pudieran satisfacerse con equipos itinerantes, estrategias innovadoras de diagnóstico y comunicación y, cuando sea factible, como parte de una red de acciones del equipo de salud de una localidad mayor.

La operación de los servicios en las comunidades rurales considera dos vertientes:

- Atención individual ambulatoria en unidades de salud.
- Acción comunitaria para la promoción y educación para la salud.

La oferta de servicios de salud para las poblaciones remotas y dispersas se establece mediante:

- Estrategias itinerantes (tomando en cuenta las experiencias de los programas de Caravanas de la Salud, Ampliación de Cobertura y de Atención de Jornaleros Agrícolas).
- Técnicos en salud locales capacitados para la atención de prioridades en salud y estrategias de diagnóstico y comunicación mediante el uso de tecnologías innovadoras.
- Participación comunitaria organizada en forma de Asamblea de salud y contraloría social, apoyada en promotor(es) comunitario(s) para las acciones de educación de la salud, basado en el modelo de acción comunitaria del programa de IMSS Oportunidades.

II.3.2.2. Atención primaria en el entorno urbano

Las condiciones actuales del estado de salud de la población en México justifican ampliamente el fortalecimiento de acciones promotoras y preventivas de la salud en distintos ámbitos- individual, familiar y comunitario. El país enfrenta una doble carga de enfermedad caracterizada por la persistencia de trastornos ligados a la pobreza y marginación social, como las enfermedades infecciosas y parasitarias y en forma simultánea el surgimiento de alteraciones que anteriormente no existían y han aparecido por primera vez o reemergido en una población o zona geográfica

determinada (por ejemplo, la enfermedad de Lyme, el dengue en algunos estados ya declarados libres de la enfermedad y los nuevos tipos de virus de influenza).

El cambio significativo que ha tenido México en las causas de morbilidad en los últimos cincuenta años en todos los grupos de edad, se ha acompañado de un cambio igualmente significativo de las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos.

Se proponen las siguientes líneas de acción para la atención a la salud individual y familiar en las áreas urbanas:

- a) Promoción y educación para la salud, enfocados en el desarrollo de entornos saludables y en la corresponsabilidad de los individuos (por ejemplo, en nutrición, adicciones y salud ambiental) mediante, entre otros, el fortalecimiento de programas exitosos (como salud reproductiva, los Centros de Atención Rural al Adolescente de IMSS Oportunidades-CARAS y el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del ISSSTE) y el diseño de programas innovadores (como embarazo de adolescente, salud mental-depresión y violencia intrafamiliar), así como el desarrollo de la capacidad institucional para las acciones de promoción y educación para la salud.
- b) Prevención y detección oportunas con enfoque a la prevención de enfermedades y conductas de riesgo, con acciones focalizadas en grupos de edad específicos y en prioridades de salud. Se propone establecer un solo programa nacional de prevención en salud que integre los ya existentes (PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura).
- c) Atención ambulatoria urbana que corresponde a la atención de primer contacto y debe ser proporcionada por un médico familiar o general, debe estar centrada en el paciente y su familia, ser integral, coordinada con los servicios complementarios, oportuna, longitudinal y contar con un sistema de referencia. Se sugiere ampliar dentro de los servicios de atención ambulatoria las modalidades de atención

domiciliaria al enfermo crónico y de cuidados paliativos y de largo plazo, por personal de enfermería y técnico.

- d) Atención ambulatoria para la población rural. Las características principales del componente están basadas en la provisión gratuita en forma universal de servicios de atención primaria a la población rural. Está sustentado en un modelo público que garantiza el acceso a los servicios mediante la integración funcional de los programas y servicios sectoriales existentes en todas las instituciones de salud, cuyo propósito, tipos de apoyo y cobertura están dirigidos a esta población. La operación de los servicios se establece a partir del Modelo de Atención Integral a la salud en sus dos vertientes: atención individual ambulatoria en las unidades de salud y acción comunitaria para la promoción a la salud. Para lograr el acceso de las poblaciones dispersas, el modelo incorpora la experiencia de las estrategias itinerantes (Programa Caravanas de la Salud) y amplía la acción comunitaria a través de la capacitación de promotores comunitarios locales con comunicación a distancia para consulta y referencia.

Para otorgar mejores servicios a las poblaciones rural y urbana se requiere fortalecer la estructura de los servicios de atención primaria a través de: i) dotar del equipamiento estándar e insumos necesarios a todas las unidades de primer nivel de atención a la salud; ii) dotar de una unidad médica rural a todas las localidades entre 2,000 y 5,000 habitantes que carezcan de ella; iii) integrar equipos de salud con un médico, una enfermera y un técnico para cada 2,000 habitantes; iv) incorporar al SNSS a los médicos generales recién graduados y a los médicos generales del sector privado donde no exista oferta suficiente de servicios públicos; v) diversificar las funciones del personal de enfermería, incluyendo la autorización de prescripción de medicamentos para licenciadas en enfermería; y, vi) el fortalecimiento de los sistemas de información en salud, entre ellos, homogeneización de los criterios para el desarrollo e implementación del expediente electrónico de los beneficiarios como se comentó en la sección II.2.2.

II.3.3 Atención hospitalaria

La atención hospitalaria incluye la atención de segundo y tercer nivel de problemas de salud médicos y quirúrgicos. En México esta atención presenta varios problemas: i) insuficiente infraestructura en materia de personal e instalaciones; ii) calidad de la atención heterogénea; iii) uso de tecnología de mayores costos sin una política definida ni estrategias coordinadas para su selección, evaluación y adquisición; iv) deterioro del ánimo y actitud del personal de salud que se observa de forma generalizada; v) insuficiencia de la atención hospitalaria en términos de oportunidad, accesibilidad y eficacia que genera, entre otros, incremento en las listas de espera; vi) episodios de maltrato a los pacientes y faltas a la ética profesional; y, vii) falta de indicadores de la calidad de los servicios. Esta problemática requiere ajustes de intensidad variable en los componentes del sistema

Para iniciar un proceso que permita en el mediano y largo plazo subsanar las deficiencias estructurales, funcionales y operativas de la atención hospitalaria y contar con un sistema que otorgue servicios de atención hospitalaria con acceso, oportunidad, recursos terapéuticos y tecnológicos adecuados, de calidad, seguros y basados en la evidencia así como con calidad técnica e interpersonal de excelencia, se proponen las siguientes líneas de acción:

- a) Acceso oportuno a los servicios con, entre otros: i) un programa de referencia y contra-referencia; ii) un programa de priorización y atención orientada que busque en primer término conservar la vida y la función; y, iii) un programa de eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios.
- b) Evaluación y mejora de la calidad técnica de la atención con la implementación de, entre otros: i) un programa de evaluación del desempeño que incluya la calidad técnica, basado en el enfoque clínico e indicadores de la OCDE; ii) un programa nacional de auditoría clínica; y, iii) un sistema de expediente clínico electrónico para la atención hospitalaria.
- c) Impulso a una atención interpersonal con sentido ético y humanístico en la práctica clínica mediante, entre otros: i) la formación de comités de ética clínica en todos los hospitales del sistema; ii) actividades de capacitación en aspectos

de ética, liderazgo y gestión para sensibilizar al personal en el enfoque ético de la atención.

A fin de atenuar la problemática derivada de la insuficiente estructura hospitalaria pública, se proponen dos acciones: i) incorporar la infraestructura privada disponible en camas para reducir las listas de espera de cirugía programada y en consulta y procedimientos de especialidades (por ejemplo, endoscopia, terapia respiratoria, hemodiálisis, procedimientos diagnósticos y cirugías ambulatorias); ii) avanzar en la construcción, equipamiento y operación de los hospitales generales urbanos y rurales necesarios. Asimismo, se propone la creación de un Instituto nacional de selección y evaluación de tecnologías en salud, que entre otras funciones evaluará los nuevos medicamentos y las innovaciones tecnológicas diagnósticas y terapéuticas; así como el análisis de costo efectividad de su utilización.

II.3.3.1 Mecanismos para el establecimiento de Prioridades en Atención a la Salud.

Es importante reconocer que un reto de enormes implicaciones estriba en que los recursos son insuficientes para proporcionarle a cada mexicano las intervenciones más efectivas que el estado del conocimiento en medicina determinen. Equilibrar el principio de justicia con la eficiencia es complejo y diversos autores han analizado el tema⁵⁶. A diferencia de la integración en paquetes de salud que presenta el Seguro Popular, la definición explícita de mecanismos para establecer prioridades, permite alinear inversión y presupuestos a prioridades y políticas previamente establecidas. Esto es más ético porque da un juicio justo a necesidades en competencia, es un requisito para aumentar la confianza de la ciudadanía, añade legitimidad y mejora la relación precios-calidad. Sin embargo, requiere de un alto nivel de rectoría y gobernanza y puede ser operacionalmente complejo, pero si se logra consolidar la rectoría e implementar sistemas de información únicos, éstos pueden ser la base de un modelo explícito de prioridades.

El sistema de salud deberá establecer las estructuras y procesos necesarios para la priorización. El establecimiento y mantenimiento de buenas estrategias de priorización tendrían que ser permanentes y continuas conforme el avance de la medicina. La

estructura que deberá crearse tal como es señalado en el apartado III.6 *Investigación en Salud* es un Instituto Nacional de Excelencia Clínica que tendría entre otras responsabilidades las siguientes: evaluar las nuevas tecnologías en salud, desarrollar e implementar las guías clínicas que sirvan para disminuir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar los resultados de salud, determinar cuando es necesario hacer evaluaciones de costo-efectividad y definir, sustentados en evidencia científica, criterios de sostenibilidad terapéutica y fin de vida entre otros. Una importante tarea será la de incorporar a la sociedad en el proceso de análisis y toma de decisiones.

II.3.4. Políticas de medicamentos

Se propone establecer una política de suministro de medicamentos e insumos para la salud del sector público basada en:

- a) Mantener negociaciones y compras centralizadas de los medicamentos del Cuadro Básico Interinstitucional para todas las instituciones del sector salud.
- b) Establecer acuerdos de servicio que garanticen una disponibilidad no menor al 99.5% de medicamentos por parte de los fabricantes/proveedores o a través de operadores logísticos o distribuidores que administren el proceso de abasto de los puntos de servicio de las farmacias de las unidades médicas.
- c) El 0.5% restante por incumplimiento de proveedores o por hasta un 2.5% por incrementos espontáneos de la demanda se enfocaría a ser cubierto por vales de medicamentos los cuales podrían ser intercambiados en las farmacias privadas del país siempre y cuando se hubieran definido estándares mínimos de disponibilidad de medicamentos en éstas. La variabilidad por incumplimiento de la proveeduría podría ser cubierta por los mismos.
- d) Este esquema implicaría una contingencia financiera por vales en un rango de 391 MP a 1,960 MP, anuales.

Debe señalarse que acuerdos con este nivel de servicio se han logrado en otros países y durante algunas épocas en forma parcial en instituciones como el ISSSTE y PEMEX. Sin embargo, son negociaciones complejas, que requieren una visión integral de la

cadena y una alineación de intereses entre todos los actores, en particular de las diferentes instituciones de seguridad social y de salud públicas.

Adicionalmente, la política de medicamentos deberá incluir, entre otros, lo siguiente para una prescripción razonada y mejores condiciones en los procesos de adquisición:

- a) Prescripción razonada basada en las guías de práctica clínica.
- b) Actualización permanente de las guías de práctica clínica, que incluyan todos los diagnósticos más comunes.
- c) Receta electrónica para fines de control de costos del sistema y monitoreo de las prácticas de prescripción.
- d) Expediente electrónico universal del paciente.
- e) Hacer efectivo y extensivo a todo el sector salud, el Sistema Nacional de Fármaco Vigilancia para garantizar la seguridad del paciente.

II.3.5. Producción social de la salud

La producción social en salud, en términos generales, incluye lo que se ha referido como los determinantes sociales de la salud los cuales reconocen que la salud de las personas y su atención no pueden centrarse únicamente en el ámbito del sector salud ya que también es resultado de factores sociales, económicos y ambientales. Esta política es la más compleja de instrumentar ya que se basa en la inter-sectorialidad, es la de menor desarrollo en nuestro país y la que tiene el mayor potencial para impactar la salud de la población. Aunque México tiene ejemplos innovadores al respecto como el programa Progres- Oportunidades que inició en 1997. En 2005, la OMS creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y generó recomendaciones basadas en evidencia, de intervenciones y políticas para mejorar la salud y disminuir las inequidades en salud. Varios países han impulsado estrategias intersectoriales basadas en el lema de la OMS “Salud en todas las políticas” (*Health in All Policies*), dirigidas inicialmente a disminuir la inequidad y la pobreza. Estas estrategias requieren de cambios organizacionales en las instituciones, fortalecimiento de la gobernanza y mecanismos para asegurar el trabajo colaborativo intersectorial.

Se propone trabajar inicialmente en cinco áreas, de las que en este resumen sólo se ejemplifican las dos primeras:

- el rezago en salud definido como las diferencias en morbi-mortalidad relacionadas con la pobreza
- adultos mayores: envejecimiento activo y saludable
- adolescentes: actitudes de riesgo
- sobrepeso y obesidad
- accidentes, violencia y lesiones

II.3.4.1 El rezago en salud

La inequidad en salud que se observa actualmente en México es un reflejo tanto de la falta de acceso efectivo a los servicios de salud como de, entre otros, las condiciones socioeconómicas de los individuos, el rezago educativo, la falta de infraestructura básica en el hogar y en la comunidad (agua, drenaje, electricidad, etc.), la dispersión poblacional, el crecimiento urbano desordenado y el hacinamiento. Por ello, la disminución del rezago en salud debe abordarse de forma intersectorial y con un enfoque territorial.

En materia de acceso a la salud, dentro de las políticas de Salud Pública y Atención a la Salud Individual y Familiar que se describieron en las secciones anteriores, se enfatizará el acceso efectivo y la atención de grupos vulnerables y con alto grado de marginación, tanto en el ámbito rural como urbano, en particular en localidades y áreas de alta y muy alta marginación. Se propone reforzar las siguientes acciones específicas:

- Prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, con énfasis en infecciones respiratorias, enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años y enfermedades desatendidas.
- Prevención y atención a la desnutrición y anemia en menores de cinco años con protocolos para la continuidad de la atención hasta su resolución.
- Prevención y atención del riesgo obstétrico elevado.

- Educación para la salud en relación a violencia y adicciones, en particular alcoholismo, que se ubican como importantes causas de muerte en estas comunidades.

Por otro lado, debe considerarse que actualmente, existen varios programas alimentarios con objetivos nutricionales orientados a la población en pobreza, con Progres/Oportunidades como el de mayor cobertura (25% de la población) y presupuesto y que tiene como uno de sus objetivos mejorar la salud de la población a través del otorgamiento de transferencias condicionadas a la asistencia regular de todos miembros del hogar a las unidades de salud. Estos programas han crecido en los últimos años en población cubierta y en recursos, sin un diagnóstico integral que describa y cuantifique este entramado institucional ni los efectos que estos programas en su conjunto están teniendo; tampoco que justifique la pertinencia de contar con varios programas que tienen objetivos similares, ni de su diseño, apoyos, temporalidad y población objetivo.^k El conjunto de programas no responde a una estrategia nacional, tampoco hay una coordinación efectiva con estrategias complementarias. Por ello, se propone iniciar con una mejor coordinación de Progres/Oportunidades con las políticas de salud y el acceso efectivo a los servicios; evaluar el cierre/compactación de programas y, en tanto, establecer la política de otorgamiento de apoyos nutricionales y alimentarios para los diferentes programas.

Asimismo, se debe establecer una estrategia de complementariedad y priorización en los recursos, por lo menos de focalización geográfica a nivel de localidad en las comunidades de alta y muy alta marginación en que ya está Progres/Oportunidades, con acciones de: i) mejora en la infraestructura básica tanto pública como a nivel del hogar: servicios básicos (agua potable, saneamiento y electricidad) y mejores condiciones de la vivienda (agua entubada, drenaje, letrinas, pisos firmes, electricidad, etc.); e, ii) infraestructura de comunicaciones y transportes. Las dos primeras tienen, entre otros, impactos en la salud y en la nutrición, al permitir una mayor higiene en las

^k Fuente: Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Ayuda Alimentaria y Generación de Capacidades 2010-2011, CONEVAL.

actividades de los hogares y también están asociadas a una menor prevalencia de enfermedades gastrointestinales. La infraestructura en comunicaciones y transportes, por su parte, mejora el acceso a todo tipo de servicios, incluyendo los de salud.¹

II.3.4.2 Envejecimiento activo y saludable

La propuesta de intervenciones en adultos mayores está orientada hacia el envejecimiento activo y saludable con el fin de contribuir a mejorar su salud y óptimo bienestar. Adicionalmente a las acciones que se describen en las políticas de salud Pública y de Atención Individual y Familiar se proponen las siguientes intervenciones que requieren de la colaboración intersectorial y de las organizaciones de la sociedad civil:

- Desarrollar un Sistema de Servicios Sociales para adultos mayores, con centros de atención gerontológica, al menos un prototipo de cada entidad federativa.
- Impulsar mejores prácticas en salud para evitar ingresos y reingresos hospitalarios innecesarios, la polifarmacia y la pérdida de funcionalidad e independencia
- Contener los costos de la atención a la salud a los adultos mayores, integrando modelos de atención domiciliaria y cuidados de largo plazo.
- Abatir la pobreza de los adultos mayores, mejorar su nivel educativo e incrementar la oferta ocupacional.

¹ Fuente: Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Ayuda Alimentaria y Generación de Capacidades 2010-2011, CONEVAL.

III. Metas a alcanzar en los primeros tres años

Lograr la universalización de los servicios de salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad, y hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, en el contexto de la seguridad social universal requiere de voluntad política, esfuerzos concertados y sostenidos de los tres niveles de gobierno y del sector privado y de reformas legales que incluyan la hacendaria. Sin embargo, es deseable y posible establecer acciones que en el corto plazo mejoren los servicios y la percepción de la población sobre los esfuerzos, las cuales en su mayoría son potestad del Ejecutivo Federal.

III.1. Aspectos generales

- Preparar y consensuar las reformas a las leyes específicas que sustenten la propuesta; por la envergadura de la reforma de seguridad social universal sería conveniente hacerlo a nivel constitucional.
- Financiar el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con impuestos generales con destino específico, a través de un sub Fondo (SNSS) del Fondo Nacional de Seguridad Social Universal.
- Homologar para todos los mexicanos, las prestaciones en salud que hoy ofrece la Seguridad Social (requiere de una asignación per cápita igual para todos los proveedores y del uso eficiente de los recursos). El incremento de los recursos sería gradual; y los recursos estarían ligados a indicadores de desempeño.
- Implementar el padrón único de afiliados al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).
- Completar el proceso de adscripción de toda la población a unidades de primer nivel de atención a la salud.

III.2. Infraestructura

- Que todas las localidades de 2,000 a 5,000 habitantes tengan una Unidad Médica Rural (se requieren 286 en las de 2,000 a 2,499 habitantes y 385 en las

de 2,500 a 4,999 habitantes). Costo 5,032.5 MP a realizar en tres años (1,677.5 MP por año). Prototipo UMR de IMSS-Op. 7.5 MP.

- Dotar del equipamiento estándar e insumos necesarios a todas las unidades de primer nivel de atención a la salud.
- Utilizar la infraestructura hospitalaria del sector privado para abatir el diferimiento de cirugía general electiva y consultas de especialidades.
- Iniciar la construcción de los Hospitales Generales necesarios en el área rural (153 hospitales de 30 camas). Programa de 25 hospitales por año (costo 3,125 MP anuales). Prototipo HGR IMSS-Op. 125 MP
- Iniciar la construcción de los Hospitales Generales necesarios en el área urbana: 37 hospitales de 144 camas. Programa de 6 hospitales por año (costo 3,900 MP anuales). Costo estimado por hospital 650 MP.
- Implementar al menos un Centro de Atención Gerontológica en cada capital de los estados (costo de cada prototipo 15 MP).

III.3. Personal

- Integrar un equipo de atención primaria (un médico, una enfermera y un técnico en salud) por cada núcleo poblacional de 2,000 habitantes y establecer un esquema de incentivos al desempeño (académicos y económicos).
- Incorporar a los médicos generales recién graduados, que no ingresan a residencias de especialidades (aprox. 7,000 anuales) a los equipos de atención primaria en el sector público.
- En las comunidades con insuficiencia de personal médico del sector público, incorporar a los médicos generales o familiares del sector privado a la atención primaria, en un esquema de capitación.
- Incorporar a las licenciadas en enfermería recién graduadas (aprox. 17,320 anuales) y a las enfermeras de nivel técnico (aprox. 33,704 anuales) a los equipos de atención primaria en el sector público.

III.4 Atención Primaria

- Fortalecer el rol de la enfermera en atención primaria, incluyendo su participación en la atención domiciliaria del enfermo crónico y los cuidados paliativos y largo plazo, así como la autorización para prescribir algunos medicamentos en problemas de salud seleccionados.
- Implementar un programa nacional de prevención y detección oportuna (integrar PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura).
- Avanzar en que todos los individuos tengan un expediente electrónico que incluya todos sus eventos médicos y de salud pública, en todos los niveles de atención, aprovechando la infraestructura y la experiencia del IMSS, ISSSTE, INSalud y OPDs.
- Participación de redes sociales y Organizaciones de la Sociedad Civil en acciones específicas de promoción de la salud, utilizando técnicas de mercadeo social, de participación comunitaria y el desarrollo de habilidades individuales.
- Contratación de promotores comunitarios y auxiliares de salud en todas las comunidades que carecen de personal médico y capacitación de este personal para el manejo de los problemas de salud más frecuentes.
- Integrar todos los programas existentes para la atención de la salud de las poblaciones dispersas, incorporando el uso de tecnologías innovadoras de comunicación y asistencia médica.
- Establecer una red de servicios de salud en las comunidades dispersas y remotas que hoy carecen de acceso a los servicios, usando esquemas radiales o itinerantes.

III.5. Calidad de la atención

- Mejorar la calidad de la atención primaria, a través de la actualización y aplicación de las guías de práctica clínica para los principales problemas de salud que se atienden en el primer nivel de atención (servicios estandarizados y de calidad).

- Establecer un sistema generalizado de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención.
- Disminuir los tiempos de espera para citas programadas en la consulta de primer nivel y en la consulta de especialidades (30 minutos como máximo).
- Implementar acciones para aumentar la eficiencia en el uso de quirófanos y consultorios, utilizando los turnos vespertinos y de fin de semana, con un programa de incentivos económicos.
- Comprometer un tiempo máximo de diferimiento en cirugía general electiva de 120 días y de 4 a 8 semanas para la consulta de especialidades, a través de la compra de servicios privados.
- Incrementar la satisfacción con la atención por parte del personal de salud (alcanzar el 90 % de satisfacción global con la atención recibida).
- Establecer indicadores de desempeño y sus metas, en un esquema de “benchmarking”, entre proveedores de servicios.
- Fortalecer los mecanismos de contraloría social para la participación de los usuarios en la mejora de los servicios y para promover la transparencia en la prestación.
- Continuar con el proceso de acreditación y certificación de unidades médicas.

III. 6. Investigación en salud y evaluación de tecnologías

- Identificar las prioridades nacionales para la investigación en salud en México, en el corto y mediano plazos.
- Impulsar una política de acercamiento y búsqueda de consensos y colaboración entre los grupos de investigadores en salud de las diferentes disciplinas biomédicas, clínicas, epidemiológicas y socio-médicas.
- Vincular los grandes problemas nacionales en salud con la formación de capital humano.

- Apoyar y gestionar la formación de grupos de investigación en temas emergentes en salud, prioritarios, en forma armónica entre las diferentes disciplinas y en las diversas regiones del país.
- Instrumentar una política de toma de decisiones basada en el conocimiento científico (evidencia).
- Establecer un Instituto Nacional de Selección y Evaluación de Tecnologías en Salud (o un Instituto Nacional de Excelencia Clínica).
- Desarrollar un sistema de información eficiente para planeación, monitoreo, toma de decisiones y evaluación del desempeño de gerentes y prestadores de servicios, con estadísticas públicas (transparencia).
- Fortalecer y ampliar la relación con los medios de comunicación para la difusión de resultados de la investigación en el área de la salud, en todos los ámbitos de la vida social.

III.7. Medicamentos

- Conformar un Cuadro Básico Nacional de Medicamentos, único para todas las instituciones, con garantía de financiamiento.
- Ampliar las facultades de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos para asegurar compras consolidadas de medicamentos de patente y genéricos en todo el sistema público.
- Implementar una política de medicamentos, desde la compra hasta la dispensación, que asegure, a través de la prescripción razonada, y el uso de las guías de práctica clínica, el surtimiento oportuno en todas las instituciones de salud.
- Generalizar y uniformar el uso de la receta electrónica para fines de control de costos del sistema y monitoreo de las prácticas de prescripción.
- Establecer acuerdos de servicio que garanticen una disponibilidad no menor al 99.5% de medicamentos por parte de los fabricantes/proveedores o a través de operadores logísticos o distribuidores que administren el proceso de abasto de farmacias de las unidades médicas.

- El 0.5% restante por incumplimiento de proveedores o por hasta un 2.5% por incrementos espontáneos de la demanda se enfocaría a ser cubierto por vales de medicamentos los cuales podrían ser intercambiados en las farmacias privadas del país siempre y cuando se hubieran definido estándares mínimos de disponibilidad de medicamentos en éstas. La variabilidad por incumplimiento de la proveeduría podría ser cubierta por los mismos.
- Hacer efectivo y extensivo a todo el sector salud, el Sistema Nacional de Fármaco Vigilancia para garantizar la seguridad del paciente.

Síntesis curricular de los investigadores participantes

Onofre Muñoz Hernández
Coordinador

Formación Profesional: Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialidad en Pediatría Médica y en Infectología, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Experiencia Institucional: Director del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; Jefe de Servicios de Investigación Médica del IMSS; Coordinador de Investigación Médica del IMSS; Director de Prestaciones Médicas del IMSS. Director de Investigación del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), Secretaría de Salud -. Experiencia Docente: Coordinador del Curso de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Facultad de Medicina, UNAM, Responsable de la Entidad Académica HIMFG-UNAM. Distinciones: Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel III); Fellow of the Infectious Diseases Society of America; Miembro de la American Society for Microbiology; Director General de la Revista Archives of Medical Research; Director Editorial Asociado del Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vocal de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" y del HIMFG. Producción Científica: 281 artículos in extenso, nacionales e internacionales; 53 publicaciones de divulgación; 56 capítulos en libros nacionales e internacionales y autor o co-autor de 12 libros completos. 1551 citaciones a los trabajos de investigación.

Evelyne Rodríguez Ortega

Formación Profesional: Licenciatura en Economía, Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM); Maestría en Políticas Públicas, Escuela de Gobierno John F. Kennedy de la Universidad de Harvard, Kennedy Fellow. Programa de Desarrollo de Ejecutivos del Banco Mundial, programa conjunto de las Escuelas de Negocios de Harvard y Stanford, Escuela de Gobierno JFK, INSEAD e IESE. Diplomado en diversidad cultural, política pública y derechos de los pueblos indígenas, UAM /Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Visiting Fellow, Universidad de Miami, Center for Hemispheric Policy. Experiencia Laboral en el sector público. IMSS: Director de Prestaciones Económicas y Sociales. Secretaría de Hacienda y Crédito Público: Tesorera de la Federación nombrada por el Presidente de la República y ratificada por el Senado; Director General de Programación y Presupuesto Agropecuario, Desarrollo Social y Recursos Naturales. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial: Asesor Especial para el Secretario; Director General de Estudios Económicos y Director de Desregulación Económica, Programa de Desregulación Económica. Estado de Alaska, EUA, Departamento de Asuntos Comunitarios y Regionales, Consultor. Banco Nacional de Crédito Rural: Asesor de la División Técnica; Asistente del Presidente del Banco Presidencia de la República, Secretariado Técnico de Gabinetes, Coordinador de Técnicos Especializados. Posición actual: Jefe del Departamento de Investigación en Políticas de Salud del Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del HIMFG. Adicionalmente, consultora en diseño y cambio estructural de políticas y programas, principalmente en combate a la pobreza, descentralización y presupuesto público para gobiernos y organismos internacionales en diferentes países. Experiencia Docente. ITAM, Profesor de tiempo parcial en licenciatura, maestría y diplomado, para los cursos de Evaluación de Proyectos, Desarrollo y Economía de Estados Unidos; asesor de tesis. UNAM, Profesor de tiempo parcial en el doctorado de derecho, para los cursos de Microeconomía y Cuentas Nacionales (1989-1996). Publicaciones. Incluyen artículos, capítulos de libro y es coautora del Libro Sin Herencia de Pobreza con Santiago Levy. Articulista y planeación estratégica del Suplemento Equilibrio del Periódico Reforma (medio ambiente y responsabilidad social).

Ricardo Pérez-Cuevas

Formación Académica: Médico Cirujano (Universidad Autónoma de Hidalgo), con especialidad en medicina familiar (Instituto Mexicano del Seguro Social) maestro en Ciencias Médicas (Universidad Autónoma de México), Master in Health Sciences in International Health (Johns Hopkins University) Doctor en Ciencias en Sistemas de Salud (Instituto Nacional de Salud Pública, México), Research Fellow (Imperial College, University of London). Experiencia laboral: Especialista Senior en Protección Social y Salud del Banco Inter-Americano de Desarrollo; Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud México. Investigador en Ciencias Médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez; Jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Coordinador de Políticas de Salud; Investigador titular A y Coordinador de Programas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tutor académico en los programas de maestría y doctorado de la UNAM y del Instituto Nacional de Salud Pública; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Investigador Nacional Nivel 1. Autor/coautor de 76 artículos de investigación, 19 capítulos de libro y 3 libros.

Juan Garduño Espinosa

Formación Profesional: Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Especialidad en Medicina Interna, Hospital General, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-UNAM). Adiestramiento en Epidemiología Clínica. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", Maestría en Ciencias Médicas, UNAM, Doctorado en Ciencias Médicas. UNAM. Economía de la Salud. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), Diplomado en Alta Dirección. Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas. Experiencia docente: Tutor Académico de la Maestría en Ciencias Médicas de la UNAM. Producción científica: Ha publicado 100 artículos de investigación relacionados con la epidemiología clínica, calidad de la atención médica y economía de la salud. Tiene 16 capítulos en libros y es coautor de 4 libros. Experiencia laboral: Se desempeñó en el IMSS como Médico de Base, Coordinador Médico de Programas, Asesor de la Coordinación de Investigación en Salud, Jefe de División, Coordinador de Áreas Médicas y Jefe de la Unidad de Investigación en Economía de la Salud. Actualmente Subdirector de Investigación del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Distinciones: Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).

María del Carmen García Peña

Formación Profesional: Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Especialidad en Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social. Maestría en Ciencias Médicas, Sede Centro Médico, IMSS-UNAM, Doctorado en Políticas de Salud y Envejecimiento, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidad de Londres. Experiencia Institucional: Jefe de la División de Evaluación y Uso de Resultados de Investigación, Coordinación de Investigación en Salud, IMSS; Coordinadora de Atención Médica IMSS; Jefe de la Unidad de Atención Médica, Dirección de Prestaciones Médicas IMSS; Jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento. Experiencia Docente: Coordinador del Curso de Maestría en Investigación en Sistemas de Salud, Univ. Aguascalientes. Tutor de maestría y doctorado en el posgrado de Ciencias de la Salud, UNAM - Distinciones: Investigador Titular "C" por la Coordinación de Investigación en el IMSS, Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1); Vocal del Comité Técnico Académico de la Red de Investigación de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social, CONACYT; Miembro de la American Society of Family Physicians. Producción Científica: 63 artículos in extenso, nacionales e internacionales; 36 capítulos en libros nacionales e internacionales y editor o coeditor de 11 libros completos. 280 citaciones a los trabajos de investigación.

Luis Jasso Gutiérrez

Formación profesional: Médico Cirujano Facultad de Medicina de la UNAM. Especialidad en Pediatría Médica y Neonatología, Hospital de Pediatría del IMSS. Maestría en Bioquímica Facultad de Ciencias Químicas, UNAM. Fellow en 8 Unidades Universitarias de Cuidado Intensivo Neonatal de EUA. Experiencia Institucional: Médico de Base y Jefe de Servicio, Hospital de Pediatría del IMSS. Jefe de Estudios de Postgrado del IMSS. Director del Hospital de Pediatría del CMN del IMSS. Jefe de la Comisión de Cuadros Básicos del IMSS. Investigador del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Experiencia Docente: Profesor titular de pediatría en Licenciatura y Posgrado; Coordinador y Vocal del Comité Académico de Pediatría; y Vocal del Consejo Interno de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Distinciones: Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina; Ex-Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría, Miembro Honorario de asociaciones de Neonatología del Caribe y Sudamérica. Vocal de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Pediatría. Producción científica: 157 trabajos de Investigación en Revistas Médicas nacionales y algunas en el extranjero. Autor o Co-Editor de 24 libros de Pediatría o Neonatología, 46 capítulos en libros de pediatría y 152 citaciones a los trabajos de investigación.

Hortensia Reyes Morales

Es Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México con Especialidad en Medicina Familiar, Maestra en Ciencias Médicas y Doctora en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud. Actualmente es Directora de Determinantes y Retos de los Sistemas de Salud en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud y Coordinadora titular del Doctorado en Ciencias en Salud Pública, área Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Investigadora Nacional Nivel II del Sistema Nacional de Investigadores, es autora de 95 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, 39 capítulos de libro, 4 ediciones de libros y 1 autoría de libro. Profesora de los Programas de Maestría y Doctorado en Ciencias en el Instituto Nacional de Salud Pública. Las áreas principales de investigación son Calidad de atención en salud, Evaluación de los servicios y sistemas de salud y Modelos innovadores para los servicios de salud entre otras.

Juan Luis Gerardo Durán Arenas

Formación Profesional: Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestría en salud Pública, en la Universidad de Michigan; Maestría en Artes en Sociología en la Universidad de Michigan; Doctorado en Filosofía en Organización y Políticas de Salud y Sociología de Organizaciones, en la Universidad de Michigan. Experiencia Institucional: Coordinador del programa avanzado de dirección y gerencia de salud en el INSP; Director del área de calidad de la atención y evaluación de tecnología de la Secretaría de Salud; Director de Organización y Políticas de Salud del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP; Jefe de la División de Sistemas de Salud en la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; Coordinador de Planeación Estratégica en la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud Federal. Su posición actual es la de responsable del campo disciplinario de Gestión y Políticas de Salud, de la Facultad de Medicina, de la UNAM. Experiencia Docente: Jefe de la Subdivisión de Maestrías y Doctorados de la División de estudios de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Distinciones: Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II). Producción Científica: 45 artículos in extenso, nacionales e internacionales; 24 capítulos en libros nacionales e internacionales y autor o co-autor de 9 libros completos.

Antonio Rizzoli Córdoba

Formación Profesional: Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle. Especialidad en Pediatría Médica y en Neurología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG). Maestro en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Experiencia Institucional: Jefe de Servicio de la Dirección de Investigación del HIMFG, Secretaría de Salud, 2010. Experiencia Docente: Profesor invitado del curso de pregrado en pediatría de la UNAM con sede en el HIMFG, Profesor adjunto de Epidemiología Clínica en la Universidad Panamericana. Distinciones: Mención Honorífica en la licenciatura en Médico Cirujano, Pediatría Médica, Neurología Pediátrica y en la Maestría en Ciencias Médicas; Miembro de la Academia Mexicana de Neurología.

Elvira Mireya Pasillas Torres

Estudios Profesionales: Maestría. MSc in Public Financial Policy, The London School of Economics and Political Science, Londres, Inglaterra. Diplomado in Public Financial Policy, The London School of Economics and Political Science, Londres, Inglaterra. Licenciatura en Economía, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Experiencia laboral: Jefe de Departamento de Análisis Económico, Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Evaluación de programas federales y elaboración de protocolos de investigación en políticas de salud.

Mariana López Ortega

Formación Profesional: Doctora en Salud Pública y Políticas de Salud, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London; Maestría en Políticas Públicas, University of Chicago; Licenciatura en Relaciones Internacionales, Universidad Iberoamericana. Experiencia Laboral: Posición actual: Investigadora en Ciencias Médicas, Instituto de Geriátría, Institutos Nacionales de Salud; Investigadora, –Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Análisis Social y Económico en Salud, CASESalud; Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, División de Administración Pública; Secretaría de Desarrollo Social, Programa de Abasto Rural DICONSA. Producción Científica: 8 capítulos en libros nacionales e internacionales, co-autora de 1 libro completo, 3 publicaciones de divulgación; 1 artículo in extenso.

Beatriz Zurita Garza

Especialista Líder en Salud de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo desde 2010. Las responsabilidades de la Dra. Zurita han sido diversas. Ha desempeñado funciones de alta dirección y de administración de programas, de coordinación y supervisión de la investigación en México y de asesoramiento técnico y político a gobiernos e instituciones nacionales de diversos países de América Latina, África, Medio Oriente, Asia y el Pacífico. México, Como especialista en salud del BID apoya a los gobiernos en los temas de planeación de la infraestructura, en sistemas y servicios de salud, y en la generación de información para la toma de decisiones. Ella ha sido Coordinadora de Planeación y Desarrollo de la Dirección Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social: Coordinadora Ejecutiva del Programa de Economía y Salud para la Fundación Mexicana para la Salud; Asociada Principal de Abt Associates; e Investigador Visitante de la Unidad de Políticas de Salud de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y del programa de Investigación en Medicina Tropical de la Organización Mundial de la Salud. La Dra. Zurita fue editor regional del “International Journal of Quality in Health Care” de 1994 a 1997 y ha publicado como coautora diez libros, veinte capítulos de libro, y nueve artículos en revistas académicas.

José Ángel González Arreola

Formación Profesional: Licenciatura en Relaciones Internacionales, Universidad Nacional Autónoma de México. Diplomados en Economía, Instituto Tecnológico Autónomo de México; en Administración Pública, Universidad Iberoamericana; de Planeación y Alta Dirección, Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresa; de Transparencia y Combate a la Corrupción, Centro de Investigaciones y Docencia Económica; y, en Mejora y Rediseño de Procesos, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Experiencia Laboral: Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales: Coordinador de Asesores de la Oficialía Mayor. Secretaría de Salud: Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, y Director General de Análisis Económico y de Proyectos en Salud. Presidencia de la República: Director General Adjunto de Programación y Presupuesto. Instituto Mexicano del Seguro Social: Coordinador de Análisis Económicos en la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, y Coordinador de Información Pública Gubernamental en la Coordinación General de Atención al Derechohabiente. Secretaría de Hacienda y Crédito Público: Coordinador de Asesores de la Tesorería de la Federación, Director General Adjunto de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social e Intermediarios Financieros Agropecuarios de la Dirección General de Programación y Presupuesto Agropecuario, Desarrollo Social y Recursos Naturales, y Director de Análisis y Evaluación de Programas Sociales de la Dirección General de Programación y Presupuesto Agropecuario, Desarrollo Social y Recursos Naturales. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial: Subdirector de Evaluación de Proyectos en Unidad de Desregulación Económica. Secretaría de Desarrollo Social: Asesor del C. Secretario de Desarrollo Social. Senado de la República: Secretario Técnico de la Comisión de Relaciones Exteriores. H. Cámara de Diputados: Asesor en la Comisión de Relaciones Exteriores.

Luis Miguel Chong Chong

Formación Profesional: Licenciado en Informática de la Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería y Ciencias Sociales y Administrativas del Instituto Politécnico Nacional. Master en Dirección de Empresas del Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresa; Delivering Information Services Program de la Harvard Business School; Strategic Uses of Information Technology Program de la Graduate School of Business de la Universidad de Stanford. Programa AD-2 del Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresa. Experiencia Profesional. Analista y Jefe de Oficina de Informática en la Dirección General de Planeación y en la Dirección General de Estudios Prospectivos del Departamento del Distrito Federal; Gerente de Producto de Mainframes y Procesadores Front End en NCR de México; Director de Sistemas y de Finanzas, Embotelladora Metropolitana y Gemex; Vicepresidente de GARMO; Vicepresidente y Director de las Líneas de Negocio de Gobierno, Comunicación y Transportación Unisys; Coordinador General de Informática, Subsecretaría de Egresos SHCP, Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS. Ha sido Asesor del DDF, la CNV, IOSCO, BMV, Casa de Bolsa FIMSA, UNAM, IPN, DVA, FESA, Silodisa, Bancomer, Universidad Bancomer, HSST, Agua Santa María, el Consejo de Desarrollo Económico de Sinaloa, IGSA Medical, Moda in Casa, Mas Negocio, y diversas empresas en los sectores de Provisión de Servicios de Salud, Farmacéutico, Tecnologías de la Información, Distribución, Bienestar y Alimentación. Es miembro del Consejo de Administración de Ensi Group, Megachef, Grupo Viz. Experiencia Docente. Profesor de Seminario de Titulación de la Licenciatura en Informática de la Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería y Ciencias Sociales y Administrativas del Instituto Politécnico Nacional; Profesor de la Maestría en

Sistemas de la Universidad iberoamericana; Profesor del Programa de Alta Dirección de Entidades Públicas del Instituto Nacional de Administración Pública.

Referencias

- ¹ Antón A, Hernández F, Levy S. The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance. Draft 2011 (no publicado).
- ² Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Publica Mex* 2008;50:419-427.
- ³ Medina-Mora, M.E., J. Villatoro, M.L. Gutiérrez, M. Moreno, C. Fleiz, F. Juárez, C. Rodríguez, Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (capítulo de alcohol), Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008.
- ⁴ Marina F, Lazcano E. Tendencias del tabaquismo en adultos en México entre 1988 y 2008. *Salud Pública Méx* 2010; Vol. 52(sup 2):108-119
- ⁵ Sánchez J. Tendencias de mortalidad por cáncer cervicouterino en las siete regiones socioeconómicas y en las 32 entidades federativas de México en los años 2000-2008. *Gaceta Médica de México* 2012;148:42-51.
- ⁶ Doubova S, Perez-Cuevas R, Espinosa P, Flores Hernández-L. Social Network types and functional dependency in older adults in México. *BMC Public Health* 2010;10:104.
- ⁷ Muñoz O, García-Peña C, Durán L. La Salud del Adulto Mayor: Temas y Debates: IMSS-CISS; México 2004.
- ⁸ OCDE Reviews of Health Systems Mexico. Paris OCDE 2005
- ⁹ Pérez-Cuevas, R. y cols. Scaling Up Cancer Care for Children Without Medical Insurance in Developing Countries: The Case of Mexico. *Pediatr Blood Cancer*. 2012;1-8.
- ¹⁰ Pérez Cuevas, R. y cols. Evaluating quality of care for patients with type 2 Diabetes using electronic health record informatics in Mexico. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2012, 12:50
- ¹¹ OECD StatExtracts. Health, Healthcare resources. <http://stats.oecd.org/>
- ¹² Discurso del General Manuel Ávila Camacho en su protesta como Presidente de México ante el Congreso de la Unión, 1º. De diciembre de 1940.
- ¹³ Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. texto vigente. Última reforma publicada DOF 30-05-2008.
- ¹⁴ OECD StatExtracts. Health Expenditure and Financing,: Function X Financing Mexico. <http://stats.oecd.org/>
- ¹⁵ Lakin J. The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001 – 2007. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2010; 35 (3):313-352
- ¹⁶ Fuente: Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011
- ¹⁷ Elaboración propia. IMSS, Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011; los ingresos no consideran los recursos que financian el costo de las prestaciones económicas que se atribuyeron de forma proporcional a las cuotas obrero-patronales y a la contribución estatal. En gasto considera el total del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales. ISSSTE: Estados de Resultados del Informe Financiero y Actuarial del ISSSTE para el Seguro de Salud.

-
- ¹⁸ Elaboración propia, usando los datos de la población cubierta por tipo de Institución reportada por el Censo. Se consideran solo las contribuciones del gobierno federal, tanto como patrón como la cuota social. En el caso de los trabajadores de Pemex y fuerzas armadas, considera el presupuesto ejercido por la Institución en la Función Salud por no haber contribución de los trabajadores. Fuentes. IMSS, Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro 2000-2011; los ingresos no consideran los recursos que financian el costo de las prestaciones económicas que se atribuyeron de forma proporcional a las cuotas obrero-patronales y a la contribución estatal; y, el gasto considera el total del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sin considerar las Prestaciones en dinero, intereses, reversión de cuotas, Costo Laboral y las Reservas Financieras y Actuariales. ISSSTE: Estados de Resultados del Informe Financiero y Actuarial del ISSSTE para el Seguro de Salud que indican las aportaciones de los trabajadores y en aportación federal: la aportación como patrón (Dependencia) y cuota social. Debe señalarse que los recursos señalados como aportaciones en el caso de los trabajadores del ISSSTE se presupuestan dentro del rubro de servicios personales para el caso del Gobierno Federal.
- ¹⁹ Estimaciones propias. Ramo 12: El gasto de administración y rectoría considera el presupuesto ejercido de oficinas centrales, órganos desconcentrados (incluye el gasto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud) e institutos de investigación; así como el gasto del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en Cuenta Pública. Ramo 33-FASSA, gasto estatal y otros programas: considera el gasto de administración y rectoría que se reporta en SICUENTAS. IMSS: Monto que se reporta en Cuenta Pública 2010 y 2011 como gasto de actividades de apoyo administrativo de la Función 01 Salud.
- ²⁰ OECD Health Data 2011. El Informe de rendición de cuentas 2010 de la SSA lo marca en 47.2%, Secretaría de Salud. Informe de Rendición de Cuentas 2010 México, Secretaría de Salud 2010.
- ²¹ Secretaría de Salud. Informe de Rendición de Cuentas 2010 Mexico, Secretaría de Salud 2010.
- ²² Homedes N, Ugalde A. Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso en seis estados mexicanos. Salud Pública Mex 2011; 53:493-503.
- ²³ Sistema Nacional de Información en Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx/acercade/index.html>
- ²⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011. CONEVAL México 2011.
- ²⁵ Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilbert C, Durazo-Arvizú R, Aguilar-Salinas CA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010;52 Suppl 1:S63-71.
- ²⁶ Adams O, Bakhuti S, Stilwell B, Lairzgitia I, Issakov A, Kwankam S, Siem F. Provision of personal and no personal health services. Proposal for monitoring. En: Health Systems Performance Assessment; Debates, Methods and Empiricism. Editado por Christopher J.L. Murray y David B. Evans. WHO 2003 Geneva. Ch. 21 pp 235-249.
- ²⁷ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 julio 2010].
- ²⁸ Dirección General de Información en Salud. Boletín Estadístico 2009. Secretaría de Salud.
- ²⁹ Health at a glance 2009. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris: 2009.
- ³⁰ Nigenda G, Ruiz J, Bejarano R. Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. Salud pública Méx. 2006 48(1): 22-29.
- ³¹ Secretaría de Salud. Observatorio de Desempeño Ambulatorio 2010. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. México 2011.

-
- ³² Muñoz O, Pérez-Cuevas R, Durán L, Reyes H, Viniegra L. Necesidades actuales en la formación de médicos cirujanos. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Narro J, López J. La formación del médico en México y la perspectiva de desempeño profesional. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina México 2006
- ³³ Graue-Wiechers E. Hacia un nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *Gaceta Médica de México*. 2011; 147: 126-131.
- ³⁴ Graue-Wiechers E. Educación Médica y los Sistemas de Salud. *Gaceta Médica de México*. 2011; 147:517-525.
- ³⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y Los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012. Mexico IMSS 2011.
- ³⁶ Fajardo G. La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000). *Elementos* 2004; 53(11): 45.
- ³⁷ Homedes N, Ugalde A. Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso en seis estados mexicanos. *Salud Publica Mex* 2011;53:493-503.
- ³⁸ Nigenda G. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Informe Final. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca 2009.
- ³⁹ Secretaría de Salud. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. 2010 México.
- ⁴⁰ González-Block M, López C. et al. Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud Resumen Ejecutivo. Instituto Nacional de Salud Pública 2011 México.
- ⁴¹ Reich M. "La rectoría del sector salud como eje de la reforma hacia la universalidad de la cobertura en salud" Simposio Internacional CONAMED, Simposio Sobre Medicina y Salud UNAM Hacia un Sistema de Salud con Calidad. Facultad de Medicina UNAM, Ciudad de México 3 de Junio de 2011.
- ⁴² Shengelia B, Tandon A Adams O, Murray Ch. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Science and Medicine*. 2005; 61(1): 97-109.
- ⁴³ Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez-Dantés H, Castro V, Arreola-Ornelas H, Bedregal P, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública Mex* 2011; 53 supl 2:S78-S84.
- ⁴⁴ Lozano R., Solís P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan D, Vidal C, Ortiz J, Murray Ch. Benchmarking Performance of Mexican States Using Effective Coverage. *The Lancet* 2006;368: 1729-1741.
- ⁴⁵ Secretaría de Salud. Programa de acción específica 2007-2012. Investigación para la Salud. México 2008.
- ⁴⁶ Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003; 362: 1667-71
- ⁴⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009. http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/informe_financiero_actuarial.aspx
- ⁴⁸ Valencia E, Foust D, Tetreault D. Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI. CEPAL – Colección Documentos de proyectos. 2012 Santiago de Chile.
- ⁴⁹ IMS México. Conozca que factores críticos impulsan al Sistema de Salud Mexicano. <http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem>.

-
- ⁵⁰ OECD (2012), "Pharmaceutical expenditure", Health: Key Tables from OECD, No. 22.doi: 10.1787/pharmexp-table-2012-1-en
- ⁵¹The World Health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.
- ⁵²Shengelia B, Murray Ch, Adams O. Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. Health Systems Performance Assessment; Debates, Methods and Empiricism. Editado por Christopher J.L. Murray y David B. Evans. WHO 2003 Geneva. Ch. 20 pp 221-234.
- ⁵³Commission on health research for development. Health Research; essential link to equity in development. Oxford University Press. Oxford 1990.
- ⁵⁴OECD Health Policy Studies. Improving Value in Health Care. Measuring quality. OECD 2010; pp 37.
- ⁵⁵Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS Washington, D.C.: OPS, 2008
- ⁵⁶Sabik L, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. International Journal for Equity in Health 2008, 7:4 doi:10.1186/1475-9276-7-4

