

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México

2016



El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

Tanto este documento como cualquier mapa que se incluya en él se entenderán sin perjuicio respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Traducido a partir de la versión original en inglés publicada con el título: *OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016* <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>. La presente traducción al español estuvo a cargo de la Secretaría de Salud, México. La calidad de la traducción y su correspondencia con la lengua original del documento son responsabilidad única de los autores de dicha traducción. En caso de discrepancias entre esta traducción al español y la versión original en inglés, solo la versión original se considerará válida.

Créditos de fotografías de portada: © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images

© OCDE 2016

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos de la OCDE para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento a la fuente y al propietario del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción deberá dirigirse a rights@oecd.org. Las solicitudes de permisos para fotocopiar partes de este material con fines comerciales o de uso público deben dirigirse al Copyright Clearance Center (CCC) en info@copyright.com o al Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) en contact@cfcopies.com.

Prefacio

Este es el segundo estudio del Sistema de Salud de México de la OCDE, el cual se publica cuando se están discutiendo reformas a la Ley General de Salud. Desde el primer estudio realizado hace diez años, se han logrado avances importantes. La inversión pública en el sistema de salud ha aumentado de 2.4% del PIB a 3.2%; el esquema de aseguramiento público financiado por el Seguro Popular cubre actualmente alrededor de 50 millones de mexicanos y evidencia reciente muestra que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población. Muchas de las innovaciones de las políticas públicas de México se estudian y se emulan en todo el mundo, especialmente en el campo de la prevención. Las tasas de mortalidad infantil y la materna han disminuido y la esperanza de vida es ahora de poco menos de 75 años.

Sin embargo, persisten todavía grandes problemas. El más importante es que el Sistema de Salud de México continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios diferentes y con resultados diferentes. La afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de la persona. Junto con esta inequidad, existen muchas ineficiencias en el sistema. Millones de mexicanos pertenecen a más de un esquema de aseguramiento y muchos millones más, parecían no saber si estaban protegidos por un seguro de salud público cuando fueron encuestados. La proporción del presupuesto nacional de salud en gasto administrativo, cercana al 10%, es la más alta de la OCDE. También el gasto de bolsillo en salud de los individuos es uno de los más elevados de la OCDE, lo cual indica que todavía se está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad. Todos los principales actores involucrados están de acuerdo en que México necesita construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible.

Este estudio identifica los pasos adecuados, a corto y mediano plazo, para poder llevar a cabo la reforma requerida para atender estos problemas. Dado que es poco probable que ocurra una reorganización estructural en un futuro cercano, el enfoque inicial debe ser ampliar los instrumentos actuales, tales como los convenios entre instituciones, de manera que permitan, desde un punto de vista funcional, una mayor integración del sistema. Las enfermedades de alto costo, la atención a la maternidad y los procedimientos quirúrgicos electivos podrían ser los primeros candidatos para celebrar nuevos convenios. Pero no deben descartarse la atención primaria y la preventiva: la experiencia internacional en definir paquetes de atención para la diabetes y otras enfermedades crónicas debe también seguirse. Asimismo México debe establecer una nueva agencia, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, con la finalidad de asegurar, monitorear y mejorar continuamente la calidad de la atención. Un nuevo enfoque basado en resultados y experiencias de los pacientes permitirá a los individuos contar con información correcta para elegir un servicio o prestador y asegurar que los convenios se cumplan. El progreso en estas áreas también se puede acelerar mediante la creación de una nueva comisión que trabaje para alinear los mecanismos de atención, los precios, los sistemas de información y las prácticas administrativas entre los subsistemas.

AGRADECIMIENTOS

El autor principal de este Estudio del Sistema de Salud fue Ian Forde. Los otros autores de este estudio fueron Jon Cylus, Rodrigo Moreno-Serra, Gerónimo Salomón Holmer, Alejandro Posada, Caroline Berchet y Emily Hewlett. Los autores desean agradecer por sus comentarios a Niek Klazinga, Francesca Colombo, Mark Pearson y Stefano Scarpetta de la Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE, y a Sean Dougherty y Eduardo Olaberria del Departamento de Economía. Asimismo, agradecen a Marlène Mohier y Lucy Hulett por el apoyo editorial y a Duniya Dedeyn, Susannah Nash y Judy Zinnemann por la asistencia logística.

La realización de este estudio no hubiera sido posible sin el generoso apoyo de las autoridades mexicanas. Este estudio se ha beneficiado de la experiencia y el material recibido de varios funcionarios de salud, profesionales de salud, grupos de pacientes y otros expertos en salud entrevistados por el equipo del Estudio de la OCDE durante las misiones realizadas a México en abril de 2014, julio de 2014 y octubre de 2015. Estos incluyen a directores de la Secretaría de Salud; directores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; directores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); los secretarios de salud en Campeche, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Yucatán; los directores de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); los directores de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS); los directores del Programa Prospera y los directores del Programa IMSS-Prospera. Las siguientes personas también proporcionaron valiosas aportaciones escritas y orales: la senadora María Elena Barrera; la senadora Hilda Flores, el Dr. Enrique Ruelas (entonces presidente de la Academia Nacional de Medicina de México), la Dra. Rosario Cárdenas (CONEVAL), el Dr. Gabriel Martínez (ITAM), el Dr. Carlos Moreno (ITESO) y el Dr. Mauricio Hernández Ávila (INSP), el Dr. Roberto Tapia (Fundación Carlos Slim), la Dra. Silvia Roldán (Sociedad Mexicana de Salud Pública) y el Lic. José Campillo (Fundación Mexicana para la Salud).

El equipo del estudio está especialmente agradecido con la C. Secretaria de Salud Mercedes Juan López, el subsecretario Eduardo González Pier, el subsecretario Pablo Kuri Morales, la subsecretaria Marcela Velasco González, el Comisionado Gabriel O'Shea Cuevas y sus funcionarios en la Secretaría de Salud, especialmente a Nelly Aguilera Aburto, Adolfo Martínez Valle y Cristina Gutiérrez Delgado, por su ayuda en la planeación de la visita de los representantes de la OCDE a México y por el apoyo permanente durante todo el proceso de elaboración de este Estudio.

Este estudio se ha beneficiado de los comentarios de las autoridades mexicanas y de expertos que revisaron borradores anteriores. Estamos especialmente agradecidos con José Antonio González Anaya, Director General del Instituto Mexicano de Seguridad Social; José Reyes Baeza Terrazas, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; Osvaldo Antonio Santín Quiroz, Jefe de Gabinete de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; y a su personal, por las discusiones ricas y matizadas sobre cómo las recomendaciones de este estudio podrían apoyar de mejor manera a México en las reformas en curso para construir un sistema de salud equitativo y de alto desempeño.

Acrónimos y abreviaturas

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CUS	Cobertura Universal de Salud
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FPGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPD	Organismo Público Descentralizado
PIB	Producto Interno Bruto
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen ejecutivo

Diez años después de la introducción del Seguro Popular y del primer Estudio del Sistema de Salud de la OCDE, el Sistema de Salud mexicano, sin duda, ha progresado. Con la introducción del Seguro Popular en 2004, cerca de 50 millones de mexicanos que antes están afiliados a un esquema de aseguramiento público en salud que les brinda protección financiera. Evidencia reciente muestra que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población, y han mejorado los parámetros clave como la mortalidad infantil y las muertes por infartos cardíacos o accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, se han intensificado retos graves y urgentes. Entre 2000 y 2012, las tasas de sobrepeso u obesidad aumentaron de 62% a 71% en la población adulta; uno de cada tres niños ya tiene sobrepeso u obesidad. Más del 15% de los adultos padece diabetes, más del doble del promedio de la OCDE de 6.9%

La inversión pública en el Sistema de Salud mexicano ha aumentado de 2.4% a 3.2% del producto interno bruto (PIB) entre 2003 y 2013. Sin embargo, está en duda si estos recursos se están traduciendo en beneficios para la salud tangibles -indicadores clave sugieren que el Sistema de Salud mexicano no está trabajando de la forma más eficaz o eficiente como podría hacerlo. Por ejemplo, el gasto administrativo representa casi 10% del presupuesto nacional de salud, el más alto de la OCDE. El alto gasto de bolsillo en salud también indica una falla del sistema de salud en lograr una cobertura efectiva, servicios de alta calidad, o ambos. Tal vez como resultado de éste y otros factores, la brecha en la esperanza de vida entre México y otros países de la OCDE, se ha ampliado de alrededor de cuatro años de edad a casi seis en la última década.

Este Estudio del Sistema de Salud examina las razones de por qué la estructura y la organización del sistema puede estar fallando en atender las necesidades de salud de los mexicanos y hace recomendaciones para la construcción de un sistema más sólido, justo y sostenible.

Un reto fundamental es que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. El acceso a cada subsistema está determinado por la condición laboral. Los individuos asalariados en el sector privado (y sus familias) están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de prestadores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, si pierden su empleo, entonces probablemente tendrán que afiliarse al Seguro Popular, con un paquete diferente y un grupo de prestadores distinto. Si después encuentran trabajo en el gobierno federal, entonces serían afiliados a un paquete diferente y prestadores diferentes pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Además de que esto dificulta la continuidad de la atención, también es ineficiente, debido a los múltiples requerimientos que se requieren para mantenerse dentro del sistema al transitar de un subsistema al otro. Esta configuración institucional del Sistema de Salud no es adecuada tanto para los usuarios como para los contribuyentes.

El Sistema de Salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en las personas

Sin una reforma de largo alcance, México corre el riesgo de mantener un sistema de salud fragmentado, con inequidades marcadas en el acceso y la calidad. Un sistema de salud ineficiente e indiferente a las necesidades de salud impedirá que México logre la salud, la prosperidad y el progreso de los que sin duda es capaz en los próximos años. Debido a que se están discutiendo cambios a la Ley General de Salud de México, ahora es el momento para una reforma ambiciosa y de gran alcance.

El Sistema de Salud de México debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas por legados históricos e institucionales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida. Dado que una reorganización estructural importante es poco probable en un futuro cercano, México el enfoque inicial debe ser ampliar los instrumentos actuales, tales como los convenios entre instituciones, de manera que permitan, desde un punto de vista funcional, una mayor integración del sistema. Estos acuerdos no se han utilizado con frecuencia en el pasado. Generalmente se han empleado en la compra de servicios por parte de los institutos de seguridad social al Seguro Popular para resolver la falta de capacidad resolutoria (en particular de las pruebas de diagnóstico). Se deben buscar mayores oportunidades de ampliar el uso de convenios, tanto a nivel estatal como nacional. Ejemplos inmediatos aparentes incluyen la cirugía electiva, la atención de la maternidad u otras intervenciones. También tendría sentido estandarizar la atención y los precios de los servicios de alto costo, como la diálisis renal o la atención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, no se debe olvidar la atención primaria y la preventiva. En particular, México debería seguir la experiencia internacional en la definición y fijación de precios de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes.

Para garantizar que estos nuevos convenios realmente se apliquen en la práctica, otro paso clave adicional que debe darse es asegurar la vigilancia y la mejora de la calidad de la atención de salud. Se debe acelerar la planeación de una nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad. Esta agencia nacional, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, debe ser responsable de establecer normas para una atención segura y eficaz para todos los prestadores, incluidos los privados. También se le deben otorgar facultades para recabar, analizar y publicar información de la calidad y los resultados, compartiendo las experiencias de las unidades con buen desempeño y apoyando a las unidades con resultados deficientes. Esto les dará a los individuos la información correcta y los incentivos adecuados para elegir al mejor prestador de servicios y fomentar la mejora de la calidad continua.

También se puede acelerar una mayor integración funcional mediante el establecimiento de un foro, o una comisión, que acerque al Seguro Popular y a los institutos de seguridad social para enfocarse en asuntos técnicos de interés común. Esta comisión ofrecería un recurso compartido para alinear los modelos de atención, los precios, los sistemas de información y las prácticas administrativas, así como identificar intervenciones donde la calidad y el precio puedan estandarizarse de forma fácil para permitir el intercambio de servicios. México debe considerar la redefinición de los paquetes de beneficios que ofrecen los institutos de seguridad social e introducir una separación clara de las funciones del comprador y del prestador. El comprador debe demandar una mejor información sobre las actividades, los costos y los resultados del prestador, para permitir compras transparentes e inteligentes, y asegurar que solo los servicios de alto valor se financien. Estas actividades sentarán las bases para un sistema de salud totalmente integrado, equitativo y sostenible a largo plazo.

Diagnóstico y recomendaciones

Diez años después de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México se encuentra en una coyuntura crítica. Sin duda, algunos indicadores de salud y del desempeño del sistema de salud han mejorado: las personas que antes no estaban aseguradas ahora usan los servicios más seguidos, mientras que los datos indican que el gasto empobrecedor en salud ha bajado de 3.3% a 0.8%. La mortalidad infantil cayó a 13.0 muertes por 1,000 nacidos vivos en 2013, una reducción de 38% desde el 2000. Otros indicadores, sin embargo, siguen siendo preocupantes. Las tasas de supervivencia después de un infarto cardíaco o un accidente cerebrovascular son notablemente peores que en otros países de la OCDE. Las fallas para modificar los estilos de vida que dañan la salud son una preocupación particular, ya que 32% de la población adulta es obesa; México se ubica como el segundo país con mayor sobrepeso de la OCDE y casi uno de cada seis adultos es diabético. Otros indicadores clave indican ineficiencias arraigadas en el sistema: el costo administrativo en 8.9% del gasto total en salud es el más alto de la OCDE y no se ha reducido en la última década. Del mismo modo, el gasto de bolsillo se ubica alrededor de 45% del gasto total en salud, el más alto de la OCDE.

En resumen, la inversión pública de México en su sistema de salud, aumentando de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, no ha logrado traducirse en una mejor salud ni en un mejor desempeño del sistema como se hubiera deseado. Un programa de reforma continua y exhaustiva es necesario. México necesita un sistema de salud equitativo, eficiente, sustentable y de alta calidad. Esto no podrá lograrse con la fragmentación actual en la estructura de atención de salud, ya que existen diferentes niveles de atención para diferentes grupos, a diferentes precios y con resultados diferentes. En su lugar, México requiere un sistema de salud funcional unificado donde el acceso esté determinado por la necesidad y no por la situación laboral. Los individuos deberían tener alguna opción sobre el asegurador y el prestador, para impulsar la eficiencia y la mejora continua de la calidad. Este estudio presenta las recomendaciones de la OCDE respecto a los pasos que debe tomar México para lograr esto. Es esencial que la modernización empiece ahora. En caso contrario el sistema mexicano de salud, ya sea debido a la no sostenibilidad financiera de algunas instituciones o a la avalancha de recursos de amparo por los derechos de atención a la salud, corre el riesgo de estar envuelto en una crisis.

México enfrenta necesidades de atención de salud complejas y retadoras

A pesar de que la población mexicana es joven, con alrededor de 9 personas en edad de trabajar por cada adulto mayor de 65 años (más del doble del promedio de la OCDE), enfrenta necesidades de salud complejas y retadoras. México tiene ahora la esperanza de vida más baja de todos los países de la OCDE. Mientras que la esperanza de vida de los países de la OCDE se incrementó en promedio tres años entre 2000 y 2013 (aumentó de 77.1 años a 80.4 años), en México solo incrementó 1.3 años (de 73.8 a 74.6 años). Por lo tanto, la brecha de longevidad entre México y otros países de la OCDE se ha ampliado de cuatro a casi seis años.

Un asunto de particular preocupación son las altas tasas de obesidad y diabetes en México. Entre 2000 y 2012 las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población adulta se incrementaron de 62.3% a 71.3%; uno de tres niños también tiene sobrepeso u obesidad. No es de sorprenderse que la diabetes, la enfermedad crónica más directamente ligada con la obesidad, se está extendiendo rápidamente y ahora afecta a muchos adultos. En México, más de 15.9% de los adultos tienen diabetes, más del doble del promedio de los países de la OCDE de 6.9%.

Quizás como resultado de estos perfiles adversos de factores de riesgo, las muertes por enfermedades cerebrovasculares solo se han reducido 38% desde 1990, una disminución modesta en comparación con la reducción promedio de 54% entre los países de la OCDE. Es aún más desconcertante que las muertes por cardiopatías solo han disminuido 1%, en contraste con la reducción de 48% en otros países de la OCDE. Debido a que la población mexicana está envejeciendo más rápido que cualquier otro país de la OCDE, hay pocas razones para esperar que estas tendencias adversas se reviertan sin un fortalecimiento sustancial del sistema de salud.

Sumado a este preocupante panorama epidemiológico, el contexto social y demográfico de México también presenta retos significantes. La salud y la prosperidad se siguen distribuyendo de forma desigual, donde las personas en los estados del sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas viven en desventaja. A pesar de las grandes reformas redistributivas, la pobreza continúa siendo endémica. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) muestra que un poco menos de 10% de la población sigue viviendo en pobreza extrema (aunque esta cifra está disminuyendo) y México es el segundo país más desigual en el área de la OCDE después de Chile. Los ingresos per cápita en los estados más ricos son entre 4 y 6 veces más altos que los ingresos per cápita de los estados más pobres del sur. Aproximadamente, tres cuartas partes de la población indígena en México vive en pobreza, comparado con alrededor de cuatro de cada diez personas no indígenas.

Las tasas altas de trabajo en empleos informales continúan siendo una característica del mercado laboral mexicano: casi 60% del empleo en el país es en el sector informal (aunque se están creando rápidamente nuevos empleos en el sector formal). Cerca del 22% de los jóvenes mexicanos no cuentan con un empleo formal, estudian o reciben capacitación (9.4% hombres y 34.7% mujeres entre 15 y 29 años de edad), comparado con 15% en promedio en los países de la OCDE. Estas altas tasas de empleo informal inevitablemente limitan los recursos disponibles para financiar públicamente la atención a la salud y otras formas de protección social: el gasto público en la protección social más amplia es el más bajo en el área de la OCDE, lo que representa 7.9% (2012) del PIB, casi un tercio del promedio de la OCDE de 21.6%.

Para enfrentar esta constelación desafiante de circunstancias, México necesita un sistema de salud que responda a las necesidades cambiantes de las personas, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable. Sin embargo, un análisis de las disposiciones actuales sugiere que esto está lejos de ser el caso.

Las disposiciones actuales no están cumpliendo adecuadamente en satisfacer las necesidades de salud de los mexicanos

En la actualidad, los servicios de salud en México se proporcionan a través de una variedad de subsistemas – múltiples aseguradoras emplean a su propio personal para

prestar asistencia sanitaria en las instalaciones a las que están vinculados, donde el empleador a menudo determina la afiliación del empleado. La más grande de estas es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que provee un seguro de salud y servicios de atención de salud (así como pensiones y otros beneficios) principalmente para los mexicanos con empleo (formal) asalariado en el sector privado. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) provee seguridad social a los trabajadores del gobierno federal. Otras instituciones clave incluyen la red de los Servicios Estatales de Salud (SESA), financiados por el gobierno, para aquellos sin un seguro ligado al empleo.

La reforma de salud más importante en años recientes fue la introducción del Seguro Popular en 2004, el cual extendió el aseguramiento financiado públicamente a 50 millones de mexicanos que se encontraban previamente sin seguro. Antes del Seguro Popular, estos individuos habrían podido acceder a los SESA pero hubieran tenido que pagar cuotas de recuperación. Ahora, casi todos los mexicanos tienen acceso a un plan de seguro médico. El paquete de servicios cubierto por el Seguro Popular se ha ido expandiendo continuamente, de tal forma que se reporta que ahora cubre el 95% en clínicas y hospitales y 97% de los que usan el Seguro Popular reportan satisfacción con los servicios de salud recibidos.

La afiliación al Seguro Popular ha aumentado de alrededor de 5 millones de personas en 2004 a cerca de 50 millones en 2014, de acuerdo con información del CONEVAL. El aumento significativo de afiliaciones al Seguro Popular representa paso importante hacia la cobertura universal de salud (CUS). No obstante, de acuerdo con las mismas encuestas, 18% de la población reporta no tener seguro de salud; lo que indica una falta de conciencia que es probable que traduzca en la dificultad en el acceso a la atención de salud, resultados deficientes y riesgos financieros continuos.

Recuadro 0.1. Progreso desde la publicación del *Estudio de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, en 2005*

Hace diez años, la OCDE llevó a cabo un estudio del Sistema de Salud mexicano. En este estudio se formularon recomendaciones detalladas para mejorar el desempeño del sistema de salud en seis áreas: 1) asegurar un financiamiento adecuado del sistema de salud, 2) abordar las barreras remanentes para acceder a los servicios para aquellos que no cuentan con cobertura de seguridad social, 3) fomentar una mayor eficiencia de los prestadores de servicios de salud; 4) promover una mayor productividad de los profesionales de la salud; 5) promover la calidad y efectividad de la atención; y 6) mejorar la gobernanza del sistema.

Desde entonces, se ha registrado un buen progreso en el segundo y quinto inciso. Respecto al primero, el paquete de beneficios del Seguro Popular se ha expandido gradualmente, en particular para el cáncer y otras intervenciones cubiertas por el fondo para intervenciones de alto costo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y trabajos del Instituto Nacional de Salud Pública sugieren que la disponibilidad de servicios ha mejorado en general y la disponibilidad de medicamentos recetados en particular. En las áreas rurales el programa de Unidades Médicas Móviles (antes Caravanas de la Salud), implementado en 2007, parece haber tenido algunos beneficios transitorios. No obstante, persisten retos importantes en la calidad del servicio y la disponibilidad, como se establece en el Capítulo 3 de este reporte.

Recuadro 0.1. Progreso desde la publicación del *Estudio de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, en 2005 (cont.)*

Respecto a la promoción de la calidad y la efectividad, se ha observado un progreso particular en la promoción de la salud y los programas de prevención de enfermedades. La estrategia nacional de México contra la obesidad, el sobrepeso y la diabetes refleja las mejores prácticas internacionales (oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf), y su innovación internacional en gravar las bebidas azucaradas y las botanas con alto contenido calórico se asoció con una reducción en el consumo. También se ha registrado un buen progreso en la autorización y la seguridad de nuevas tecnologías (a través de la COFEPRIS, Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, y otros órganos). Pero todavía no se sabe lo suficiente acerca de la calidad y los resultados alcanzados por los prestadores de atención médica y hace falta un enfoque nacional de normas y directrices para la calidad de la atención, como se discute en el Capítulo 2.

Sin embargo, es desalentador el progreso observado en las otras cuatro áreas de las recomendaciones del estudio de 2005. El nivel de la sostenibilidad financiera del sistema de salud está lejos de ser óptimo (con la excepción de los ahorros impresionantes que resultan de la compra consolidada de medicamentos), como se expone en el Capítulo 4. Se han materializado pocos esfuerzos para mejorar la productividad y la eficiencia de los prestadores, como se explica en el Capítulo 5. En particular, no se han implementado las recomendaciones del estudio de 2005 para introducir la separación del comprador y del prestador, con algunas excepciones (como el experimento en el estado de Hidalgo con nuevos mecanismos de pago y la contratación de prestadores privados por parte de los institutos de seguridad social para intervenciones de alta demanda como los cuidados obstétricos o la hemodiálisis). El modelo de contratación de la fuerza laboral es prácticamente el mismo. La gobernanza del sistema también permanece en gran parte sin reforma. Aparte de convenios ocasionales que permiten al Seguro Popular y a los institutos de la seguridad social intercambiar servicios, se han creado pocos mecanismos para promover un trabajo más cercano entre los dos subsistemas. En particular, los sistemas de información entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social se mantienen incompatibles y no existe un registro nacional de pacientes o censo (un requisito mínimo para permitir la interoperabilidad y un trabajo más cercano).

El financiamiento es desigual entre subsistemas, el gasto de bolsillo se mantiene alto y persisten las ineficiencias arraigadas

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

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

comunes y devastadoras. Por ejemplo, el Seguro Popular no cubre los infartos cardíacos en los mayores de 60 años, los accidentes cerebrovasculares, la diálisis después de la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón. También son evidentes Algunas diferencias en el acceso. Por ejemplo, el número de consultas ambulatorias especializadas es 319 por cada 1,000 afiliados al Seguro Popular, comparado con 338 y 620 por cada 1,000 afiliados en el IMSS y en el ISSSTE, respectivamente. Si bien algunas de estas diferencias pueden reflejar una necesidad desigual (como la población más envejecida del ISSSTE), otras no pueden justificarse de esta manera. El número de recetas médicas prescritas que no se surtieron por completo debido a la falta de inventario se ubicó en 33% en el Seguro Popular, comparado con 14% en el IMSS de acuerdo con datos de encuestas (aunque las cifras propias de las instituciones de seguridad social sugieren tasas más altas de recetas surtidas).

El gasto de bolsillo en México constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares. Ambas cifras se encuentran entre las más altas de la OCDE. El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud a través de la reforma del Seguro Popular. Las razones por las cuales se mantienen los niveles altos y sostenidos del gasto de bolsillo no son claras. En parte puede ser por la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proporcionan las instituciones a las cuales se encuentran afiliados; lo que les lleva a buscar atención médica con prestadores privados. De hecho, México muestra la mayor razón de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE para los cuales hay información disponible, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes (de la información disponible), lo que sugiere que el sector privado es una parte importante de todo el sistema de salud.

El desempeño pobre de algunos indicadores de calidad subraya la necesidad urgente de una reforma. Casi tres de cada diez mexicanos mueren dentro de un mes de un infarto cardíaco (y esta tasa está *empeorando*), en comparación con menos de uno de cada diez en promedio de los países de la OCDE (donde las tasas de supervivencia en general están mejorando). Del mismo modo, casi dos de cada diez mexicanos mueren dentro de un mes posterior a un accidente cerebrovascular, sin ninguna mejora en la tasa de supervivencia en los últimos cinco años, en comparación con menos de uno de cada diez en el promedio de la OCDE (donde las tasas de supervivencia están mejorando en general).

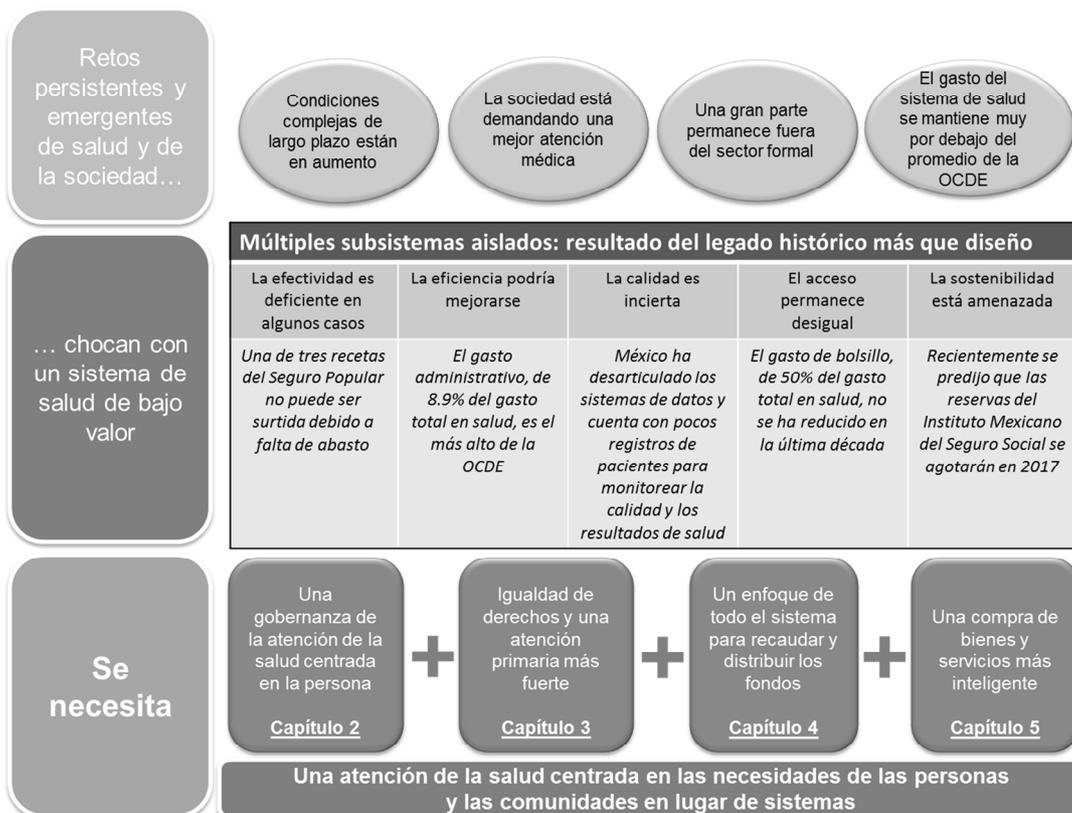
También existe buena evidencia de que los recursos escasos de México no se están usando efectivamente. La atención primaria no está tan desarrollada como debería. Por ejemplo, no se ha establecido el registro con un médico de atención primaria, y las horas de apertura son limitadas. Por lo tanto, la gente busca atención médica por episodios en las salas de emergencia (y cada vez más en los consultorios médicos adyacentes a las farmacias), lo que significa que se pierden las oportunidades de una atención proactiva, preventiva y coordinada. El gasto administrativo, 8.9% del total del gasto en salud en 2013, es el más elevado de la OCDE y no se han reducido en la última década. La mayoría de los países de la OCDE están gastando mucho menos en la administración del sistema de salud y muchos han hecho recortes significativos desde la crisis financiera de 2008. Otra fuente de ineficiencia se refiere a los diez millones o más mexicanos que, de acuerdo con datos de las encuestas, tienen dos (u ocasionalmente tres y cuatro) seguros de salud. Por ejemplo, estas personas pueden estar cubiertas por su situación laboral y por el seguro de su cónyuge.

Al mismo tiempo, cerca de un tercio de los afiliados a la seguridad social cada año se ven forzados a cambiar de red de asegurador/prestador debido a un cambio en su situación laboral, interrumpiendo la continuidad de la atención. Los individuos en un empleo asalariado privado (y sus familias) tienen derecho a un paquete de beneficios y un grupo de prestadores. Sin embargo, si pierden su empleo, entonces es probable que tengan que afiliarse al Seguro Popular con un paquete diferente de beneficios y diferente conjunto de prestadores. Si después encuentran un trabajo como empleados del gobierno federal, estarán afiliados a un diferente paquete de beneficios y diferente grupo de prestadores. Esto, por supuesto, afecta evidentemente la continuidad de la atención. También es desgastante, debido a que múltiples sistemas necesitan comprometerse con el mismo individuo. Se debilitan los incentivos de cualquier esquema para invertir en prevención, ya que pueden no ver el regreso. Como está actualmente el arreglo del sistema mexicano de salud es malo para los pacientes y malo para los contribuyentes.

Se necesitan reformas estructurales al sistema de salud de México que sean sostenidas e integrales

México necesita un sistema de salud que se enfoque en las necesidades de las personas, más que en los acuerdos institucionales históricos, y capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada toda vez que cuente con un costo efectivo y sostenible. Sin embargo, en muchos aspectos, el Sistema de Salud en México no se está desempeñando como debería; se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad. Los párrafos anteriores han demostrado cómo las disposiciones actuales están fallando en diversos frentes.

Las disposiciones actuales no están cumpliendo en satisfacer las necesidades de salud de los mexicanos



Sin reformas de gran alcance, México corre el riesgo de mantener un sistema de salud de bajo valor que no pueda resolver el aumento rápido de las cargas de enfermedades relacionadas con la edad y las relacionadas con el estilo de vida, así como un sistema de salud fragmentado con marcadas diferencias en acceso y calidad, que corre el riesgo de afianzar aún más la desigualdad socioeconómica. Un sistema de salud ineficiente y poco efectivo, marcado por desigualdades persistentes en la calidad y el acceso, sin duda mantendrá a México lejos de alcanzar la salud, la prosperidad y el progreso del cual es ciertamente capaz en los próximos años.

El Sistema de Salud de México debe cambiar para proporcionar atención de alta calidad centrada en la persona

Si el Sistema de Salud de México va a satisfacer las necesidades de salud en una manera justa, efectiva y sostenible, debe pasar de ser un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas de manera estricta por los legados históricos e institucionales, a uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo del ciclo de vida y que utilice los recursos de manera eficiente.

Dicho sistema enfocado en la atención de la salud de las personas tendrá como prioridad servicios que respondan y que rindan cuentas, orientados fuertemente hacia la atención preventiva y la primaria, que haga un uso efectivo de los sectores público y privado. A nivel individual y comunitario, una atención de la salud enfocada en las personas enfatizaría la necesidad de mejorar el manejo de las condiciones de largo plazo mediante el aumento de la continuidad de la atención médica. A nivel de las organizaciones del cuidado de la atención de la salud, la atención centrada en las personas resaltaría la necesidad de abordar la fragmentación. La continuidad en la atención, la colaboración multidisciplinaria y las redes entre prestadores de atención primaria y secundaria son particularmente necesarios en el Sistema de Salud de México.

Aparte del buen progreso en la mejora de la atención preventiva, en general, la calidad de la atención ha recibido relativamente poca atención política en los últimos años, a pesar del pobre desempeño de México en algunos parámetros internacionales de calidad. Aunque existen sistemas para medir la calidad de la atención, no se utilizan de manera sistemática para impulsar una mejora. México se beneficiaría de un enfoque más sistemático y sostenido para el monitoreo y mejora de la calidad que coincida con las mejores prácticas internacionales. Esto incluiría el fortalecimiento de las disposiciones para otorgar licencias médicas, la educación profesional continua, la acreditación de las unidades médicas, el desarrollo de normas y directrices nacionales, y la publicación de las auditorías nacionales de la calidad en la atención.

Se debe acelerar la planificación de una *nueva autoridad* de supervisión y mejora de la calidad. Esta agencia nacional, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, debe ser responsable de establecer los estándares requeridos para una atención segura y efectiva en todos los prestadores del sistema, incluidos los privados. Una prioridad particular será desarrollar estándares y directrices nacionales para la atención, así como supervisar y promover la adherencia a ellos. Este es un ámbito de mejora de la calidad que en la actualidad recibe poca atención en el Sistema de Salud mexicano. También se le deberían investir a la nueva agencia con las facultades regulatorias necesarias para recolectar, analizar y publicar información sobre calidad y los resultados, compartiendo lecciones sobre el buen desempeño y apoyando a las unidades de desempeño deficiente. Las reformas recientes en Italia, y en particular, la Agencia

Nacional para la Atención de la Salud Regional (*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*, AGENAS) de reciente creación, son instructivas aquí. La AGENAS desempeña un papel importante en asegurar la convergencia entre los enfoques de calidad y de eficiencia en los 21 sistemas de salud regionales de Italia, en especial en el campo de desarrollo de indicadores, análisis y reporte comparativo abierto.

La consolidación de la recopilación, el análisis y la difusión de la información del sistema de salud será clave para la implementación de la reforma

A pesar de que en el Sistema de Salud mexicano se genera mucha información, la fragmentación en la recolección, la validación, el análisis y la difusión hace que rara vez esta información se explote en su totalidad para informar a la política pública y se promuevan mejoras en el servicio. Los administradores del sistema de salud, ya sea a nivel nacional, estatal o institucional, pocas veces pueden identificar proyectos que han usado información para identificar fortalezas o debilidades, o que la hayan usado como base para trabajos de mejora de la calidad. La comparación infrecuente y los parámetros de los resultados están ligados a este problema, dado que incluso indicadores sencillos como los tiempos de espera no se miden de manera consistente entre los subsistemas de México.

Será esencial una infraestructura de información más consolidada para lograr una atención de alta calidad centrada en las personas. Como primer paso, todas las partes deben comprometerse a una revisión *estratégica de los sistemas de información vigentes*. Esto abordaría cómo México puede transitar de su actual conjunto de sistemas de información fragmentado a un enfoque nacional consolidado enfocado en las siguientes funciones de información clave: mejora continua de la calidad, atención personalizada y garantía de la continuidad; el soporte para la contratación y la compra a través de una rendición de cuentas más clara de los resultados; y la predicción de las necesidades cambiantes de salud y modelar nuevas configuraciones del servicio.

Un resultado concreto a buscar sería un registro nacional consolidado de pacientes o, por lo menos, registros interoperables de afiliados entre los subsistemas, lo que corresponde al equivalente funcional de un registro nacional único. Esto podría lograrse mediante la integración de los datos del paciente con los que cuentan los estados y los institutos de seguridad social, aunque es probable que implique una labor sustancial en resolver conflictos o la duplicación de datos. También será necesario que las garantías técnicas y legales estén en orden a fin de asegurar un nivel aceptable de seguridad de los datos. Una vez establecido este mínimo esencial de un registro nacional de pacientes, los esfuerzos deberán enfocarse en la consolidación y la interoperabilidad de las diferentes bases de datos adicionales que utilizan el Seguro Popular y los institutos de seguridad social.

La nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad referida anteriormente debe informar sobre un desarrollo más extenso del sistema nacional de información. Las vías comunes acordadas y los estándares mínimos de calidad deben formar la base de un conjunto *de indicadores de desempeño de aplicación nacional*. Entonces, esto fomentará puntos de comparación de la calidad entre los prestadores y sustentará la mejora continua de la calidad. Se debe priorizar al principio los indicadores que puedan construirse a partir de información que se recolecta rutinariamente, como los tiempos de espera para tener una cita con un médico y la satisfacción del usuario. Ya existe trabajo en marcha, sin embargo, se deben acelerar los esfuerzos para diseñar e implementar un tablero nacional de métricas consistentes de calidad y de eficiencia entre todos los aseguradores/prestadores.

Los países de la OCDE ofrecen numerosos ejemplos que se pueden emular. En Suecia, por ejemplo, la Junta Nacional de Salud y Bienestar Social y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regiones (SALAR) regularmente publica el desempeño de los condados a través de más de 150 indicadores de calidad y de eficiencia de la atención, que se obtienen del enorme conjunto de registros nacionales de pacientes. En atención primaria, Dinamarca e Israel han desarrollado sistemas de reporte de desempeño altamente efectivos, aplicados a todos los prestadores de atención primaria con resultados públicos. En Finlandia, el proyecto *PERFORMANCE, Effectiveness and Cost of Treatment* (PERFECT, Proyecto para el Desempeño, la Efectividad y el Costo del Tratamiento) vincula la información de los individuos para reportar resultados y costos para las vías integrales de atención para los pacientes con cáncer de mama, esquizofrenia y muchas otras enfermedades. Es necesario desarrollar *un identificador único de pacientes, que se utilice de manera consistente entre todos los prestadores de salud del sistema*; esto debe ser prioridad, ya que es claramente fundamental para el éxito del proyecto. La Clave Única de Registro de Población o el sistema de números de identificación personal debería facilitar esto.

Otras ganancias importantes de una infraestructura de información más rica provienen de hacer coincidir de mejor manera los servicios con los suministros. México debe implementar *mecanismos que permitan analizar el número de pacientes, el volumen de servicios, los costos y los resultados para grupos específicos de pacientes*, y usar esta información para optimizar la compra y la contratación. La misma información también se puede usar para predecir la evolución de las necesidades de salud y modelar las reconfiguraciones potenciales de servicio, para asegurar que el sistema de salud continúe siendo responsivo y apropiado para las necesidades de salud de la población. Las reformas en Portugal son ilustrativas aquí, y demuestran éxito en la optimización tanto de costos como de calidad a lo largo de numerosas áreas clínicas incluyendo la prescripción, la cirugía ambulatoria y el cuidado para condiciones crónicas.

El trabajo para desarrollar los expedientes clínicos electrónicos (ECE) debe continuar, ya que éstos tienen un gran potencial para apoyar la continuidad de la atención, la atención de mayor calidad y una mayor participación del paciente en la autogestión. México cuenta con una serie de iniciativas en este ámbito; por consiguiente se requiere una estrecha coordinación para garantizar un marco común y la interoperabilidad entre ellos. Será necesario *tomar medidas para establecer un regulador independiente de información* de todo el sistema que pueda supervisar la expansión de los ECE. También será crucial asegurar que el marco legal respecto a la privacidad de la información apoye el uso compartido de datos al mismo tiempo que se mantienen garantías adecuadas. El trabajo de la OCDE respecto al balance entre el valor público y la privacidad individual de los registros médicos compila experiencia internacional en esta área y ofrece orientación sustancial.

Definición de un paquete de beneficios equitativo y el fortalecimiento de la atención primaria

Una prioridad de política pública en México debe ser lograr la equidad en el paquete de servicios que cubren los diferentes subsistemas de aseguramiento. Esto promoverá la equidad, así como la calidad y la eficiencia, al permitir una mejor continuidad de la atención. Se ha logrado una convergencia muy cercana entre los paquetes que ofrecen el Seguro Popular y la seguridad social, sobre todo en la atención primaria, aunque el fondo para tratamientos de alto costo (el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, FPGC) sigue omitiendo tratamientos importantes de atención secundaria y terciaria para

aquellos en el Seguro Popular. La prioridad debe ser garantizar que lo que aparece como un derecho en el papel se pueda realizar en la práctica, debido a que continúan existiendo brechas en el acceso y la calidad entre el Seguro Popular y la seguridad social tanto para la atención primaria como para la secundaria.

Se necesita una evaluación más efectiva de las tecnologías de la salud para todo el Sistema de Salud mexicano

El fortalecimiento de la capacidad de México en la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) será primordial para que, a futuro, el financiamiento sea sostenible y eficiente. Por el momento, esta función es realizada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). El CENETEC se creó al mismo tiempo que el Seguro Popular. A pesar de que la intención original era que funcionara como un organismo de ETS (diseñado, en cierto modo, en similitud con *National Institute for Clinical Excellence* de Reino Unido); la mayor parte de su trabajo, de hecho, se relaciona con la promoción del buen uso y manejo de las tecnología médica como la telemedicina, en lugar de evaluar nuevos fármacos. El CENETEC también apoya a una red de alrededor de 70 expertos, quienes enseñan y promueven el uso de la ETS. Además de su trabajo en equipo y aparatos novedosos, el CENETEC también se está embarcando gradualmente en la evaluación de medicamentos.

La resolución de estas disposiciones un tanto limitadas presenta una oportunidad para fortalecer la capacidad de la ETS de México. El CENETEC debe construir y asumir un papel más amplio en la producción de las ETS. Los análisis no solo deben aplicarse a nuevos tratamientos, sino también a los ya existentes, a fin de promover el valor del dinero en todo el sistema. En lugar de solo enfocarse en servicios para los no asegurados, las atribuciones del CENETEC también se deben expandir para abarcar a las instituciones de seguridad social. *La expansión del papel del CENETEC requerirá mayor inversión*, y será necesaria una modificación en su situación legal. Hoy, opera como una unidad subsidiaria dentro de la Secretaría de Salud y está limitada en su capacidad para contratar organismos externos. Por ejemplo, no puede subrogar trabajo a institutos de investigación o colaborar internacionalmente. *Restablecer al CENETEC* como un órgano de plena competencia independiente (Organismo Público Descentralizado, OPD) resolvería este problema. Además, muy probablemente, incrementaría la fortaleza y la legitimidad de su trabajo.

Los institutos de seguridad social deben tomar medidas para definir su paquete de beneficios más claramente

Al mismo tiempo que la ampliación del paquete de beneficios del Seguro Popular (definido explícitamente en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES) y en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, México debería considerar *definir de manera más explícita la cobertura de la atención de salud de las instituciones de seguridad social*, para asegurar que solo los servicios de alto valor son financiados. La crisis financiera global de 2008 ha significado que muchos países de la OCDE exploraron opciones respecto a reducir el paquete de beneficios financiado públicamente. Por ejemplo, Estonia retiró la cobertura de controles dentales para adultos. Portugal ha eliminado de la lista algunos medicamentos de venta libre y Grecia ha reintroducido una lista positiva de cobertura farmacéutica. La República Checa también está llevando a cabo una revisión de todos los medicamentos para determinar cuáles deben financiarse públicamente y cuáles no.

Un paso inicial posible para México en esta dirección sería elaborar una lista nacional positiva de tratamientos para enfermedades de alto costo (tales como el SIDA o ciertos tipos de cáncer), aplicable tanto a los afiliados del Seguro Popular como a los de la seguridad social. La experiencia internacional sugeriría una lista explícita de derechos. Por ejemplo, con algunas excepciones, todos los países de la OCDE tienen una lista establecida a nivel nacional que define qué medicamentos cubren sus esquemas de aseguramiento.

El aseguramiento privado secundario puede desempeñar un papel útil en preservar el acceso a servicios que están catalogados como de valor marginal (desde la perspectiva social), pero que, sin embargo, son valorados por algunas personas. El aseguramiento secundario está presente en casi todos los sistemas de salud de la OCDE. Un ejemplo a destacar dadas las semejanzas estructurales con México es el aseguramiento secundario en Israel, que es muy común. Ahí, cerca del 80% de la población adquiere aseguramiento suplementario para servicios que no están incluidos en el paquete básico de beneficios. En los Países Bajos y Nueva Zelanda el aseguramiento secundario cubre beneficios suplementarios, tales como cuidado dental, fisioterapias, anteojos y lentes de contacto, y algunas formas de medicina alternativa. En Italia el aseguramiento secundario también cubre costos compartidos para pruebas de diagnóstico, consultas con un especialista, productos farmacéuticos y cuidados de largo plazo.

Como reflejo de estas prácticas internacionales, las autoridades mexicanas deben establecer qué medidas legales, financieras y logísticas serán necesarias para ofrecer aseguramiento secundario a los afiliados del Seguro Popular y de la seguridad social, para ciertos servicios. Un buen primer paso sería un estudio a profundidad de cómo opera el aseguramiento suplementario (y cómo se introdujo) en los sistemas de salud de estructura similar, como los sistemas holandés e israelí. El trabajo paralelo debe identificar qué servicios en México serían políticamente más viables y económicamente más sutiles, para colocarlos en el margen del paquete de beneficios. Es muy probable que estos sean tratamientos de bajo valor (como los medicamentos no genéricos). Se deben considerar cuidadosamente los riesgos de introducir el aseguramiento secundario –incluyendo los impactos adversos en la equidad y el gasto de bolsillo.

México necesita con urgencia una función de atención preventiva y primaria renovada y fortalecida

También se deben abordar las prioridades de mayor alcance en cuanto a las políticas. Más allá de lograr la equidad entre los paquetes del Seguro Popular y la seguridad social, el modelo de atención en todos los sistemas necesita transformarse si México quiere atender las necesidades cambiantes de atención de salud de la población de manera eficiente y sostenible. Un objetivo clave será *reducir la dependencia en el sector hospitalario y centrar la provisión del servicio en la atención primaria y la preventiva*, provista más cerca de donde la gente vive y trabaja. Esta es una prioridad que todos los sistemas de salud de la OCDE están persiguiendo, para proveer mejor la atención coordinada y preventiva necesaria para las condiciones de largo plazo y de comorbilidades.

México ha sido proclamado por su enfoque ambicioso e integral para abordar la diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas a través de programas de salud pública y de política pública. Son de gran interés las iniciativas como el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, el Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la

Diabetes (con su campaña muy reconocida de Chécate Mídete Muévete), las reformas constitucionales que prohíben los alimentos no saludables en las escuelas, los impuestos al consumo y otras regulaciones, el etiquetado claro de los alimentos y las restricciones más recientes en la publicidad de alimentos no saludables durante horarios infantiles de la televisión y del cine.

Sin embargo, la prevención secundaria (es decir, la detección temprana y el tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas) no se provee bien. Datos de la ENSANUT muestran que aquellos que padecen hipertensión (un factor de riesgo importante y tratable para los accidentes cerebrovasculares y los infartos cardiacos), el 47.3% no sabían que padecían esta condición. De aquellos que estaban conscientes, solo el 73.6% recibían tratamiento y menos de la mitad habían reducido su presión de manera adecuada. Del mismo modo, de aquellos que se saben diabéticos, 14.2% (casi un millón de mexicanos) no habían visto a un doctor para una revisión rutinaria de su condición en el año último. Esto significa que el tratamiento de la diabetes es deficiente a nivel de la población: se encontró que 24.7% de los diabéticos tenían riesgos considerables de sufrir complicaciones como accidentes cerebrovasculares, infartos cardiacos, insuficiencia renal o pérdida de la visión y 49.8% en muy alto riesgo.

Fortalecimiento de la atención preventiva y la primaria

En todos los países de la OCDE – ante la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y las preocupaciones sobre las presiones fiscales – se está solicitando a los sistemas de atención primaria que desempeñen un papel más importante y que demuestren un mejor valor por el dinero. México también debe estar buscando el fortalecimiento de este sector y contribuir de manera significativa para satisfacer las necesidades de atención de salud de los mexicanos. La prevención la transición de la salud a la enfermedad en primera instancia es necesario que sea un frente de actividad prioritaria. Dada la rápida evolución de las necesidades de atención de salud de la población y las restricciones presupuestarias, *México debe desarrollar la atención primaria como una especialidad médica distinta*. Será redituable invertir esfuerzo importante para desarrollar una visión nacional de atención primaria, que aclare cualquier confusión de que la atención primaria es simplemente atención para los pobres y los marginados. Al definir una nueva especialidad de atención primaria, la tarea más importante será distinguir el actual cohorte de médicos que trabajan como médicos generales (quienes no tienen entrenamiento suficiente de postgrado especializado) de los futuros especialistas en atención primaria. Esta distinción debe ser inequívocamente evidente para los pacientes y otros profesionales de la salud y debe estar basada en extensos conocimiento, habilidades, funciones y responsabilidades. El uso de criterios claros en el otorgamiento de licencias debe respaldar esto en la práctica.

Una función clave de un sector de atención primaria fortalecido será el manejo efectivo de pacientes con necesidades de atención de salud múltiples y complejas, incluyendo condiciones de largo plazo como la diabetes. *La creación de departamentos académicos de atención primaria* en las escuelas de medicina mexicanas para llevar a cabo investigación en atención primaria, desarrollar las guías clínicas específicas para la atención primaria, así como para enseñar la especialidad, apoyaría este esfuerzo. *El desarrollo de la infraestructura de información de atención primaria subyacente* también será fundamental, dado que permitirá construir un panorama más rico de la efectividad, la seguridad y el enfoque de atención primaria en el paciente. Los indicadores candidatos serían en torno a la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, la geriatría, la salud infantil y la salud mental, así como la experiencia del paciente. Ligado a esto,

México debe considerar la *introducción de un sistema que permita a los pacientes registrarse formalmente con su especialista* en atención primaria, como sucede en los institutos de seguridad social y en otros sistemas de salud de la OCDE. Esto apoyaría la atención continua y coordinada, así como permitir el cálculo de indicadores de calidad para grupos específicos de pacientes (como la tasa de control de la presión arterial adecuada en los diabéticos).

Consolidar y ampliar la base de ingresos para la atención de salud en México

En comparación con el gasto público de otros países de la OCDE, el gasto público total en salud en México es bajo. México gasta menos de su producto interno bruto en financiar públicamente la atención de salud (3.2% del PIB) que cualquier otro país de la OCDE. Los niveles actuales de financiamiento público son claramente inadecuados – como evidencian las tasas inigualables de gasto de bolsillo que realizan los mexicanos para cubrir sus necesidades de atención médica. *Se debe buscar un financiamiento público más generoso para el sistema de salud* a fin de prestar servicios de salud modernos y accesibles a los ciudadanos que lo demandan. Para asegurar que el incremento de los recursos no se desperdicie y se traduzca en mejores resultados, se debe priorizar al mismo tiempo una mayor eficiencia en el sistema de salud.

Se debe identificar un financiamiento público más generoso y seguro para el Sistema de Salud en México

En la actualidad, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) impone un límite de crecimiento de 2% a los presupuestos operacionales en todos los sectores del gasto federal. Si no se elimina este límite o *se hace un estudio del gasto y la eficiencia en el sector salud*, será muy difícil incrementar de manera significativa los recursos al sistema de salud en un periodo de tiempo corto. Muchos otros países de la OCDE, como Francia y el Reino Unido, realizan estudios regulares del gasto en salud lo que permite responder de forma adecuada al desarrollo del servicio público, y al mismo tiempo controlar el gasto excesivo. También se debe mejorar la eficiencia en la recolección y la distribución de los ingresos. Los sectores informales amplios, como el que existe en México, son incapaces de recolectar de manera efectiva los impuestos a la nómina y al consumo, lo que genera una disminución en los ingresos del gobierno. México ha implementado recientemente una serie de reformas fiscales para incrementar los ingresos públicos mediante la eliminación de fiscales, la reducción de los subsidios a la gasolina e incentivar el empleo formal al subsidiar temporalmente las contribuciones de la nómina para los nuevos trabajadores. Reformas como estas deberían extenderse y profundizarse. Las transferencias federales a los estados deben ocurrir de manera más previsible y oportuna de lo que ha sido hasta ahora, para permitir que los estados planeen y provean el servicio de manera más efectiva.

Al mismo tiempo, México debe considerar un *cambio hacia una mayor dependencia de la financiación basada en impuestos* de su sistema de salud, en especial para nuevos ingresos. Es importante para los sistemas de salud asegurar la estabilidad y la previsibilidad de los ingresos para mantener la calidad de los servicios de salud. En este sentido, las contribuciones de la seguridad social pueden ser una fuente menos confiable de financiamiento que los impuestos generales, sobre todo si hay fluctuaciones en los niveles de empleo. La investigación también ha demostrado que los impuestos directos tienen un mayor efecto redistributivo que la seguridad social en salud. En México, las contribuciones a la nómina seguirán siendo una fuente importante para el financiamiento del sistema de salud a mediano plazo. Sin embargo, basarse más en los impuestos

generales para obtener nuevos ingresos podría cambiar el origen de la generación de ingresos alejándolo de los esquemas, lo que haría políticamente más viable asignar los recursos de acuerdo con la necesidad. La experiencia de otros países demuestra cómo un enfoque incremental hacia un financiamiento basado en impuestos generales puede lograrse en el Sistema de Salud de México. En Lituania, por ejemplo, el presupuesto estatal hace contribuciones flexibles al fondo del seguro de salud con base en los niveles de salario promedio en los últimos años, estabilizando así los ingresos durante periodos de alto desempleo.

Los recursos financieros también deben asignarse de manera más eficiente para reflejar las necesidades de salud regionales

También es necesaria una mejor asignación de recursos. En la actualidad, los recursos del Seguro Popular se destinan principalmente a través de transferencias a los estados. Existen básicamente tres tipos de financiamiento: (1) la Cuota Social, que ofrece el mismo nivel de financiamiento por cada persona afiliada; (2) la Aportación Solidaria Federal, que son fondos dirigidos a programas específicos en el sector salud en un estado y también pretende ajustar por necesidad, junto con un componente pequeño ligado al desempeño (1.25%); (3) la Aportación Solidaria Estatal, que representa la propia contribución del estado y en teoría es equivalente a la mitad de la Cuota Social. Los niveles de los recursos se basan en gran medida en el número de personas afiliadas en cada estado, ya que 80% está ligado al tamaño de la población afiliada (siendo la dimensión más fácil de medir de la fórmula).

Este enfoque de asignación de recursos fue diseñado de forma apropiada en las primeras etapas del Seguro Popular, ya que incentiva a los estados a afiliarse a más personas. Sin embargo, los niveles de financiamiento se han estancado, porque casi todos los mexicanos se han afiliado. Los métodos de asignación de recursos históricamente no han alentado el desempeño en una medida adecuada, ya que la mayor parte del peso de la fórmula de financiamiento se da al componente per cápita. Ahora es una buena oportunidad para *revisar la fórmula de asignación de recursos regionales* para tener en cuenta factores como la necesidad, el desempeño, la transparencia, la rendición de cuentas y la capacidad. Para mejorar la equidad y la calidad a corto plazo, sería productivo pasar de presupuestos históricos a una asignación basada en el desempeño y en las necesidades. Esto debería aplicarse tanto en el Seguro Popular como en la seguridad social.

Al mismo tiempo, existe un margen *para mejorar la rendición de cuentas regional para los gastos*. En los términos de la ley mexicana actual, los estados son responsables de decidir cómo gastar sus recursos, lo que significa que la Secretaría de Salud y la SHCP tienen limitaciones para responder a las preocupaciones sobre la eficiencia y la calidad. Sin embargo, existen reglas generales respecto a cómo los estados pueden utilizar sus fondos de salud, lo cual es importante teniendo en cuenta las variaciones en la capacidad administrativa y gerencial entre los estados. Por ejemplo, no más del 40% de los fondos del Seguro Popular puede ir a recursos humanos, y no más del 30% puede gastarse en medicamentos con un mínimo de 20% en actividades preventivas. Aun así, más allá de estas cifras, no existe una estrategia clara de asignación a nivel estatal, lo que deja la responsabilidad a los estados de cómo gastan sus recursos dentro de estas restricciones.

Una opción para mejorar la rendición de cuentas es dar a los estados un incentivo financiero para que proporcionen mejor información. Por ejemplo, Italia también se ha enfrentado a una situación similar a la de México, al tener una variación significativa en

la capacidad administrativa y gerencial en las regiones de un entorno muy descentralizado. Desde principios de los años 2000, las regiones han sido capaces de obtener recursos adicionales condicionados a la mejora de los reportes de actividades de servicios de salud, costos y resultados. En 2007, se exigió a las regiones altamente endeudadas que reciben fondos adicionales a presentar informes de avances trimestrales describiendo en qué medida se están cumpliendo los objetivos predeterminados de política. Como alternativa, el gobierno central podría retener algunos fondos si la información administrativa de los estados carece de calidad para permitir una supervisión adecuada del rendimiento.

Permitir a los mexicanos mantener su condición de afiliación después de cambios en el empleo permitirá la continuidad de la atención

Alcanzar un paquete nacional unificado de beneficios y trabajar hacia la continuidad de la atención que es tan vital si México quiere enfrentar de manera adecuada la crisis de las enfermedades no transmisibles, requiere un rediseño estratégico del conjunto de subsistemas que los mexicanos han heredado de generaciones anteriores. En particular, la continuidad de la afiliación a un seguro es importante porque un gran porcentaje de mexicanos migran entre esquemas durante el transcurso de un año si su situación laboral cambia, lo que afectará la continuidad de la atención. Muchos de estos individuos tal vez prefieran mantener la afiliación con su aseguradora si se les da la opción de hacerlo. La continuidad de la atención también puede promover la calidad y la eficiencia, y permitir un compromiso más sostenido con la atención preventiva y personalizada del individuo.

Un número de pasos deben darse para que los individuos puedan *mantener la afiliación a un seguro después de un cambio en el empleo*. En la actualidad, a los trabajadores se les permite continuar con los beneficios de la seguridad social durante dos meses si se convierten en desempleados. En el corto plazo, los ingresos por impuestos generales podrían subsidiar las contribuciones de los trabajadores formales que cambian de empleo pero desean permanecer con su asegurador y que de otra forma no pueden costear la prima del seguro familiar. Aunque esto puede parecer una estrategia arriesgada, debe tenerse en cuenta que la formalización de la fuerza laboral mexicana parece estar sucediendo con rapidez, un contexto alentador para este tipo de reforma. Sin embargo, será necesaria una legislación efectiva para prevenir que las empresas transfieran empleados a los subcontratos o al empleo informal. Los institutos de seguridad social de México han hecho esfuerzos de auditoría importantes en años recientes para eliminar las prácticas ilegales de esta naturaleza, y estos deben ampliarse. También puede ser sensato conducir una reforma de esta naturaleza en pocas áreas, con una vigilancia estrecha a las cuotas de afiliación del Seguro Popular y la seguridad social, y las tasas de empleo formal e informal.

A largo plazo, a fin de apoyar una mayor portabilidad de la aseguradora, se necesitan esfuerzos para igualar el paquete de beneficios, la calidad de la atención y los precios de los servicios entre los diferentes subsistemas. De nuevo, es recomendable un enfoque incremental, el cual debe comenzar con servicios selectos donde la calidad y el precio se puedan estandarizar fácilmente. Ejemplos aparentes inmediatos, fácilmente definidos, incluyen intervenciones discretas, como la cirugía electiva o la atención a la maternidad. También tendría sentido estandarizar la atención y los precios de los servicios de alto costo, como la diálisis renal o la atención del VIH. Sin embargo, no se debe olvidar la atención primaria y la preventiva. En especial, México debe observar la amplia experiencia internacional que existe en la definición y la fijación de los precios de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes. Contratos de

prestación de servicios para grupos de pacientes con diabetes y otras enfermedades prioritarias de salud pública podrían ser intercambiados entre los subsistemas.

Otro paso importante, pero actualmente políticamente difícil, sería desvincular el seguro de salud de las otras funciones de las instituciones de seguridad social a fin de que los esquemas de aseguramiento existan como entidades propias. Esto es necesario para que los individuos pueden mantener su afiliación al seguro de salud sin necesidad de seguir cotizando o participando en otras funciones de las instituciones de seguridad social, como las pensiones y otros beneficios de seguridad social. Las circunstancias adversas que amenazan la sostenibilidad financiera de las instituciones de la seguridad social son bien conocidas. Esto puede provocar una reestructuración significativa, en especial si se requieren fondos públicos. Como condición para esto, sería prudente requerir a las instituciones de seguridad social separar el seguro de salud de sus otras funciones. En el corto plazo, esto podría facilitar el mantenimiento de la afiliación al asegurador entre las personas que cambian su situación laboral, porque sería menos costoso contribuir sólo a la parte del seguro de salud de una institución de seguridad social, que contribuir a todos las funciones.

Del mismo modo, para promover la continuidad de la atención y permitir a los mexicanos cambios más fáciles entre aseguradores, *los expedientes de los usuarios deben ser fácilmente transferibles* y accesibles entre los prestadores, sin importar el esquema de afiliación. Un acceso mayor a la información del usuario también puede hacer que a futuro sean menos complicadas las barreras administrativas para unificar los sistemas. Hoy, las instalaciones del IMSS y el ISSSTE no necesitan estar acreditadas por ley, aunque los establecimientos privados deben estar acreditados por el Seguro Popular para poder contratarlas. En el futuro, los mecanismos de acreditación deben considerar medidas de resultados de salud, y no solo indicadores relacionados con la calidad de la infraestructura. También podría ser útil una mejor asignación de recursos y mejores mecanismos de financiamiento para mejorar y homogeneizar la calidad, y para asegurar que los recursos de los esquemas reflejen adecuadamente las necesidades de salud de los afiliados.

Así mismo, sería deseable *acordar niveles nacionales de precios y participar en más compras consolidadas* de servicios, en lugar de contratar caso por caso. Las asociaciones público-privadas podrían ser otra buena forma de mejorar la planificación de la infraestructura y al mismo tiempo fomentar la portabilidad de la atención. Por ejemplo, el financiamiento privado puede usarse para construir un establecimiento público en donde una parte del edificio se dedique a servicios públicos y otra parte sea privada (posiblemente en contratación con el sector público). Por último, es importante brindar buena información a los pacientes para que estén conscientes de en qué momento tienen derecho a ver un prestador fuera de su red.

La reconfiguración de los flujos financieros en los esquemas podría llevar a mejoras tanto en la recaudación de ingresos como en la asignación de recursos

En muchos países de la OCDE, los ingresos de los sistemas de salud se agrupan o se redistribuyen a nivel nacional. La motivación para hacer esto incluye la promoción de la solidaridad social, la mejora de la equidad y la mejora en la eficiencia del sistema. El financiamiento agrupado hace más fácil asignar recursos de acuerdo con la necesidad y puede proteger a los individuos y a las aseguradoras contra pérdidas financieras al repartir el riesgo entre poblaciones más grandes. Es de particular urgencia un enfoque más unificado del financiamiento en México, dado que un número importante de personas se

transfiere entre el IMSS y el Seguro Popular, y viceversa, cada año debido a cambios en la situación laboral, lo cual interrumpe la continuidad de la atención. Un cierto grado de fondos comunes que todos los esquemas puedan utilizar para servicios seleccionados con cuidado permitiría que la atención se pueda transferir más fácil entre aseguradoras y potencialmente conducir a mejoras en la eficiencia.

El reto consiste en redistribuir los fondos y los servicios de una manera que proporcione beneficios al sistema y al mismo tiempo ser políticamente aceptable. En México existen diferencias importantes de opinión sobre cómo llevar a cabo esto. Ya existe una agrupación amplia para el FPGC. Parte del Seguro Popular, opera como un fondo único, y es un modelo potencial para otros tipos de atención. Puede ser posible, por ejemplo, crear un *fondo nacional para pagar las enfermedades raras de alto costo o los medicamentos especializados*. Del mismo modo, se debe considerar un fondo único para la prevención. En la actualidad, existen 36 programas nacionales de prevención financiados por presupuestos verticales con base en precedentes históricos. Si hubiera un fondo único destinado a la prevención, la asignación de recursos se podría ajustar más fácil para reflejar las necesidades de áreas específicas de prevención.

Otros pasos hacia la alineación del financiamiento y la actividad en los subsistemas son posibles a corto plazo. Existe un marco legal que permite al Seguro Popular y la seguridad social usar los servicios del otro, a través de acuerdos conocidos como convenios. Sin embargo, estos acuerdos se han usado de manera esporádica, y han tomado principalmente la forma de instituciones de la seguridad social que compran servicios al Seguro Popular para aliviar las restricciones de capacidad (en particular en el caso de pruebas de diagnóstico, como estudios de laboratorio y rayos X), rara vez funciona al revés. Se deben buscar mayores oportunidades para *ampliar la aplicación de los convenios tanto a nivel estatal como nacional*, a fin de promover el acceso y la continuidad de la atención, en particular, para individuos con enfermedades crónicas. Extender el uso de convenios a nuevas áreas como la atención de la maternidad o el cuidado de la diabetes sería funcionalmente equivalente a permitir a los mexicanos mantener el plan de seguros después de un cambio en la situación laboral, como se discutió anteriormente, y sería un paso importante hacia esta ambición política a largo plazo.

Otras medidas incluyen *establecer un foro permanente, o una comisión, para representar a todos los fondos de aseguramiento médico de la seguridad social y del Seguro Popular*. Este foro podría ofrecer un recurso compartido para apoyar al Seguro Popular y a los institutos de seguridad social para avanzar hacia sistemas de información interoperables, racionalizar los costos administrativos, identificar intervenciones donde la calidad y el precio pueden estandarizarse fácilmente para permitir el intercambio de servicios y trabajar hacia la implementación de una agenda compartida de seguimiento y de mejora de la calidad, entre otras prioridades.

Hay oportunidades sustanciales para mejorar la infraestructura de la información del Sistema de Salud en México. De acuerdo con la Secretaría de Salud, se diseñaron 15 sistemas de información como parte del Seguro Popular. Sin embargo, de acuerdo con algunos estados, no existe disponibilidad de buena información para ayudarlos a implementar de manera efectiva los programas del Seguro Popular. Un beneficio claro de homogeneizar los esquemas sería agilizar la recolección de datos y *trabajar hacia una base de datos consolidada e interoperable de los sistemas de información del sistema de salud*. Un sistema de recolección de información más simple y eficiente reduciría el tiempo dedicado al llenado de papeleo y aseguraría que no haya varios sistemas

recolectando información duplicada. Un sistema de información en salud mejor integrado también podría usarse para asegurar que la SHCP no esté pagando contribuciones a múltiples esquemas para algunos afiliados. Con este fin, el IMSS Digital es un paso importante para mejorar los expedientes clínicos electrónicos dentro del IMSS. Pero no está claro si esto creará aún más fragmentación si este sistema está diseñado para ser paralelo en lugar de integrarse en algún momento con otros esquemas.

Compra más inteligente de bienes y servicios

Finalmente, la atención también debe enfocarse en cómo se compran los bienes y servicios en el Sistema de Salud de México. La falta de separación entre las funciones del comprador y del prestador ha impedido el desarrollo de un conjunto de incentivos capaces de impulsar la calidad y la eficiencia. Es por esto que la separación efectiva de estas funciones debe ser una prioridad. Esto sentaría las bases para un mayor uso de la contratación selectiva, la elección al usuario y mayor innovación a nivel de prestador. También es necesaria una mayor flexibilidad en la gestión de la contratación y el rendimiento de los trabajadores de la salud.

Los mecanismos actuales de reembolso para los prestadores ofrecen incentivos débiles para la eficiencia y la calidad

Sin una separación real entre las funciones del comprador y del prestador en el Sistema de Salud mexicano, se ha tornado muy difícil para las aseguradoras desarrollar un sistema de incentivos que fomente la eficiencia, la productividad y una mejor calidad de la atención. Por lo tanto, una prioridad para mejorar el desempeño del sistema de salud debe ser un cambio progresivo hacia la *separación clara de funciones del comprador y del prestador*, tal y como lo han logrado muchos sistemas de salud de la OCDE.

Los sistemas de pago para los prestadores también se han mantenido casi sin cambios en los últimos años, a pesar de reformas importantes en otras áreas. Los hospitales en los subsistemas del Seguro Popular y de la seguridad social reciben el pago, principalmente, a través de presupuestos retrospectivos, mientras que el pago por día se utiliza en muchos hospitales privados. Existe evidencia acumulada de reformas en países de la OCDE y en otros lugares que sugiere que los acuerdos de pago basados en actividades históricas o volumen dan pocos incentivos financieros a los hospitales para mejorar la eficiencia o la calidad de sus servicios.

Los métodos de pago para los profesionales médicos tampoco están vinculados a la calidad y la productividad. En el sector público son profesionales asalariados con contratos nacionales negociados colectivamente por los sindicatos, con condiciones rígidas que gobiernan los salarios, las horas de trabajo y los beneficios de seguridad social. Aunque existe un reconocimiento generalizado de los beneficios de modificar los acuerdos contractuales a unos más flexibles y con formas de pago basadas en el desempeño, estos contratos colectivos han impedido la modernización de un sistema de incentivos.

Debe introducirse gradualmente, pero con decisión, la separación entre el comprador y el prestador

La mayoría de los países miembros de la OCDE asignan la responsabilidad de la compra de bienes y servicios de atención de salud a algunas organizaciones regionales, a menudo gobiernos regionales o fondos de salud con afiliaciones regionales. Aunque se

presentan variaciones en los enfoques según el contexto nacional, el común denominador de estas experiencias nacionales ha sido la implementación gradual de la separación de funciones del comprador y del prestador en el sistema, en lugar de una de “big-bang”, generalmente con resultados positivos para los sistemas de salud.

Dentro de los institutos de seguridad social, *se debe efectuar claramente la separación de funciones del prestador y del comprador*. Dentro de cada instituto de seguridad social, el lado comprador debe exigir el aumento refinado de información sobre las actividades, los costos y los resultados de lado prestador. Esto sentará las bases para una compra transparente e inteligente. Del mismo modo, dentro del Seguro Popular, se debe fortalecer el papel de los REPSS (Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, o los representantes del Seguro Popular en las 32 entidades federativas de México) como *compradores regionales de los servicios de salud del Seguro Popular*. Ya existe un marco jurídico básico para que los REPSS se conviertan en agencias de compra de con pleno derecho. Los REPSS pueden en principio convertirse en OPD, lo que los haría entidades jurídicas independientes con mayor autonomía operativa. En los estados con capacidades administrativas débiles, se podría permitir a los REPSS operar como un OPD “funcional” con el apoyo otorgado por la Secretaría de Salud, de manera similar en espíritu a la situación de las oficinas regionales del IMSS que, durante algún tiempo, han estado comprando varios servicios a los prestadores del Seguro Popular. Estos marcos de acuerdo permitirán a los REPSS, así como a las instituciones de seguridad social, comprar estratégicamente servicios a prestadores que trabajan con más de un asegurador, optimizando así el acceso, la eficiencia y la calidad.

En última instancia, en el largo plazo, esto podría también abrir la posibilidad de la competencia entre prestadores para los usuarios en México, lo cual ya ha sido aplicado en otros contextos a través de contratos selectivos. Tales acuerdos están asociados con efectos positivos en la eficiencia del sistema y en la calidad de la atención, con la condición de que los prestadores deben competir para atraer usuarios con base en la calidad del servicio y no del precio. A medida que el sistema mexicano transite hacia la *introducción mecanismos de contratación selectiva y la competencia de prestadores*, debe alejarse de los mecanismos presupuestarios débiles para los compradores y el reembolso retrospectivo de los prestadores. Estos tienden a reducir los incentivos para los compradores de presionar para bajar los precios de los prestadores y permiten a los prestadores compensar la baja de los precios mediante el incremento en el volumen (innecesario) de servicios prestados.

Será necesario un énfasis significativo en el liderazgo, la supervisión y la rectoría de la Secretaría de Salud para apoyar la división de comprador-vendedor

Ya que las oficinas regionales están más seguras de la contratación de servicios, el papel de la Secretaría de Salud podría evolucionar para centrarse en la supervisión, la coordinación y la regulación estratégicas. Del lado del prestador, el proceso de aumentar la autonomía local deberá avanzar gradualmente y dependerá de que la gestión del desempeño sea sólida. Se podría iniciar con la *transformación de un grupo selecto de hospitales en organizaciones financiadas de forma prospectiva*, donde los gerentes gocen de cierta autonomía en la toma de decisiones cotidianas (por decir en la gestión financiera principalmente) con metas de desempeño acordadas monitoreadas por el pagador (el REPSS, por ejemplo). Este sistema podría evolucionar más tarde hacia un modelo de organizaciones corporizadas con mayor autonomía, pero donde los hospitales mantienen

su estatus público, similar a la Fundación de Fideicomisos del Reino Unido, o los hospitales públicos que operan como empresas de propiedad estatal en otros sistemas de salud.

Es más probable obtener ganancias en eficiencia en la prestación de servicios cuando el proceso de contratación está vinculado con la planeación. Por ello es importante que un plan nacional estratégico de salud, idealmente trazado por la Secretaría de Salud en conjunto con las instituciones de seguridad social y otros actores implicados, defina áreas de acción a ser implementadas en un plazo de tiempo determinado, y que estas prioridades se conviertan en un marco general para los planes estratégicos de salud establecidos por los REPSS y otros compradores. Esto deberá a su vez definir las prioridades de la provisión de servicios a nivel local, a través de contratos responsivos con los prestadores.

Vincular la contratación con las prioridades nacionales y locales requiere un liderazgo fuerte de la Secretaría de Salud, para brindar las directrices generales a las entidades federativas y crear una arquitectura legal para obligar a los compradores a desarrollar planes estratégicos de compra durante un periodo de tiempo determinado. Estos planes de compra deben indicar a los prestadores las prioridades de salud nacionales y locales, y las necesidades estimadas, así como los planes correspondientes para satisfacer dichas necesidades (asignaciones presupuestarias, estándares de calidad y así sucesivamente). En Francia, la planeación estratégica regional recibe influencia de la planeación nacional y define los objetivos para la prestación de la atención hospitalaria durante un periodo de cinco años y parece ser un modelo exitoso de autonomía local y de dirección central.

La Secretaría de Salud debe cooperar estrechamente con otras instituciones de control gubernamentales como la Secretaría de la Función Pública en sus esfuerzos para *aumentar la transparencia y la rendición de cuentas a nivel estatal y municipal*, incluso a través de la promoción de un sistema de información integrado que permita la recolección regular y la auditoría de información acerca de las compras y los gastos institucionales.

Se debe dar un mayor énfasis al reembolso prospectivo en el sector hospitalario

Pagar a los hospitales con presupuestos históricos no crea incentivos en los establecimientos para buscar mejoras en la eficiencia o en la calidad de la atención. La división de comprador y prestador y el fortalecimiento de los organismos de compra discutidos anteriormente abrirían la puerta para la contratación selectiva y el desarrollo de métodos de pago prospectivos que sean más adecuados para mejorar el desempeño de los prestadores. El IMSS ha desarrollado un sistema de grupos de diagnóstico relacionado (GRD) en base a la información sobre los costos de sus servicios y sus guías de práctica clínica. Además, algunas oficinas locales del IMSS han introducido mecanismos incipientes de pago por servicio y están explorando alternativas de pago a los hospitales basadas en indicadores de desempeño.

La implementación de sistemas de GRD ha fomentado la eficiencia en hospitales sin reducir la calidad de la atención médica en muchos países miembros de la OCDE, pero es necesario introducir un enfoque unificado para introducir un mecanismo similar en todo el sistema. Un paso inicial para crear un sistema de GRD en México requerirá asegurar que la codificación de los diagnósticos y los procedimientos en todos los aseguradores y sus prestadores esté en armonía y siga las normas aceptadas (como el sistema vigente CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud). Esto también requiere fortalecer e integrar los diferentes sistemas información hospitalaria en las distintas redes de prestadores, para garantizar la interoperabilidad en medida de lo posible. De esta forma,

será posible el cálculo de los costos de un paquete común de servicios que se ofrecerán a través de todos los prestadores, con guías clínicas claramente definidas y un mínimo de insumos.

Dependiendo de la escala anticipada de reembolso de pago por servicio, respecto al financiamiento prospectivo, será crucial poner en marcha mecanismos que impidan la escalada importante de costos que enfrentan algunos sistemas de salud. Dado que los mecanismos sofisticados de pago ajustados por riesgo (y el consenso político en torno a ellos) toman tiempo para desarrollarse, un primer paso podría ser la introducción de un límite global de gasto en salud para controlar el crecimiento de los costos debido al pago de costo por caso a corto plazo, con límites máximos de volumen de servicios reembolsados y posiblemente sanciones para los gastos superiores a la media. Con el tiempo, conforme se vayan desarrollando instrumentos para monitorear los contratos, la Secretaría de Salud desempeñaría un papel clave para promover negociaciones periódicas y revisiones formales de un esquema nacional de tarifas con las partes involucradas para reflejar las condiciones económicas cambiantes; como se hace, por ejemplo, en Japón.

Una transición gradual al reembolso prospectivo no requiere la desaparición por completo de los pagos retrospectivos en el ámbito hospitalario. De hecho, el sistema mexicano podría beneficiarse de mantener un componente de pago retrospectivo complementario, el costo por caso de algunos servicios. Esto podría aplicarse, por ejemplo, a tratamientos especialmente costosos o como un arreglo provisional para el reembolso de los casos tratados por los prestadores que todavía están en el proceso de establecer un acuerdo contractual con los compradores. En este sentido, el reembolso retrospectivo podría apoyar la portabilidad de servicios en México al facilitar los pagos compensatorios entre compradores cuando los usuarios se atiendan fuera del área geográfica que cubre su aseguradora (como sucede actualmente en países como Suecia).

También se pueden obtener ganancias en cómo se adquieren y distribuyen los medicamentos y otros productos farmacéuticos

Reformar los métodos de compra debe ser otra prioridad del Sistema de Salud en México. Ya se han logrado ahorros significativos a través de la compra consolidada de medicamentos. La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) ha contribuido a estandarizar los precios pagados por los medicamentos de patente o fuente única del Seguro Popular y los institutos de seguridad social. Los análisis sugieren ahorros de casi 65 millones de dólares anuales, acumulando en gran medida al IMMS (42%) y a la Secretaría de Salud (33%). En vista de dichos ahorros, el gobierno federal tiene la intención de ampliar el alcance de esta estrategia de compra consolidada de medicamentos a casi todas las medicinas y dispositivos médicos.

Los procesos de licitación para contratos con el gobierno federal deben involucrar a un mayor número de entidades federativas y podrían alejarse poco a poco de su actual formato de "todo o nada" para permitir a los productores más pequeños (que a menudo no tienen la capacidad de suministrar la cantidad completa requerida por un enorme mercado unificado) que hagan una oferta por parte de los contratos de suministro. Esto atraería a más compañías farmacéuticas a la mesa de negociaciones y podría reducir aún más los precios de compra, con ahorros potenciales también para aquellos medicamentos que se compran en cantidades menores y precios más altos.

También hay margen para la reducción de los costos de distribución de los medicamentos en los estados a través de una *participación más amplia, y cuidadosamente*

regulada, del sector privado como una red de distribución. Este enfoque ha sido exitoso en mejorar el acceso a productos farmacéuticos en muchos sistemas de salud con algún grado de descentralización, incluyendo los países nórdicos y el Reino Unido. Será necesaria una regulación adecuada. La Secretaría de Salud debe definir reglas claras para dicha participación en la red de distribución, incluyendo los estándares mínimos requeridos de calidad de servicio y probidad (tales como horarios de apertura, plantillas de personal, conflictos de interés sobre las ventas, y así sucesivamente). También debe implementar procesos internos efectivos para recolectar datos y monitorear patrones de prescripción en las farmacias, con disposiciones explícitas para asegurar adherencia a los protocolos clínicos.

La gestión de la fuerza laboral de salud también debe premiar la productividad y la calidad

La mayoría de los médicos en México siguen recibiendo sueldos u honorarios por servicio. Uno de los principales desafíos que frenan la innovación en nuevas estrategias de pago a los médicos es el marco jurídico actual que regula las condiciones de trabajo. Es crucial que las autoridades federales busquen negociar con los sindicatos para promulgar reformas legislativas que permitan *cambiar las condiciones laborales inflexibles del personal de salud, y los acuerdos salariales* como el único mecanismo de remuneración para los médicos que trabajan en las instituciones públicas. Será fundamental que existan condiciones de contratación más flexibles en cuanto al pago y las horas laborales para poder otorgar a los servicios de salud estatales la habilidad de atraer especialistas de atención primaria a áreas desatendidas que con frecuencia son zonas rurales.

Parte de la fuerza de trabajo de IMSS-Prospera ya se contrata con condiciones más flexibles. Además, algunos estados como Nuevo León se han aprovechado de la posibilidad de utilizar los contratos temporales para contratar a algunos médicos especialistas pagados sobre una base de pago por servicios, con la opción a renovar el contrato si cumplen con estándares de calidad determinados. Ampliar esta posibilidad al Seguro Popular/SESA y a las instituciones de seguridad social en general es fundamental para permitir el desarrollo de métodos de pago a los médicos que estimulen el buen desempeño.

No se requieren grandes cambios para cambiar los pagos por salarios para los médicos de atención primaria en México. De hecho, existen argumentos sólidos a favor de los sistemas mixtos que implican salarios, pagos capitados y pagos por servicio a los médicos de atención primaria. Un ejemplo claro en el contexto actual de México es la atención preventiva y la salud pública comunitaria. En este ámbito, los métodos de pago por capitación para médicos generales combinados con los pagos por servicio para intervenciones específicas (como la inmunización o la atención prenatal), junto con elementos de pago vinculados a las metas de desempeño en la gestión de enfermedades crónicas y promoción de la salud (en relación con la participación de pacientes con diabetes controlados adecuadamente, por ejemplo), se han aplicado con éxito en muchos otros países. En el Reino Unido, por ejemplo, los contratos basados en desempeño para las clínicas de atención primaria (*Quality and Outcomes Framework*) incluyen metas relacionadas con el asesoramiento y apoyo para dejar de fumar para los pacientes en tratamiento para la diabetes y enfermedades del corazón.

También se debe considerar la introducción de *incentivos asociados al desempeño para remunerar a los profesionales* de la salud. Así como el apoyo a la calidad y la

eficiencia, estos incentivos también pueden ayudar a mitigar las preocupaciones sobre otros temas. Por ejemplo, existe una percepción general que los trabajadores mexicanos del sistema de salud no están bien pagados, por lo que algún componente de rendimiento adicional podría aumentar los salarios promedio. Además, la brecha existente entre los sueldos de los médicos del sector público y privado es una de las razones por las que la práctica dual pública/privada es extensa en el contexto mexicano (aunque pueden existir otros motivos por los que los médicos buscan una práctica privada). Sin embargo, esta práctica privada casi no está regulada, y lo mismo ocurre con la mezcla de ingresos privados y públicos y las horas de trabajo de los médicos.

Finalmente, como complemento de las iniciativas mencionadas, es necesario implementar *reglas más claras para la práctica médica privada sin regulación*, evitando la subvención de las actividades privadas y posiblemente el establecimiento de un esquema transparente de tarifas para el uso de infraestructura pública en algunos casos. Se requieren reglas claras para regular la práctica dual y la práctica privada en instalaciones públicas, sobre todo para los médicos que trabajan en los hospitales. Estas regulaciones podrían incluir permitir a los médicos tratar pacientes privados en establecimientos públicos y ser remunerados por estos pacientes en un esquema de pagos por servicio, donde una parte de los honorarios se asigne al establecimiento para pagar cualquier servicio público que se haya brindado como parte del tratamiento, tal y como se ha implementado en otros países como Austria, Alemania e Irlanda.

Recuadro 0.2. Recomendaciones para transformar el Sistema de Salud en México

Frente a los desafíos sin precedentes del sistema de salud, México debe asegurarse de poder ofrecer a todos los ciudadanos una atención sanitaria equitativa, eficiente, sostenible y de alta calidad. Para lograrlo, debe transitar a un sistema de salud centrado en las necesidades de los individuos, en lugar de uno que esté restringido debido a los acuerdos institucionales históricos. El sistema de salud debe renovar su enfoque hacia la prevención y el fortalecimiento de la atención primaria; consolidar y ampliar la base de ingresos para el cuidado de la salud; y mejorar la contratación y los arreglos de compra de manera que se optimice el acceso, la calidad y la eficiencia.

1. Una visión renovada para el cuidado de la salud en México, con una atención de calidad centrada en la persona, debe articularse en el sistema de salud a través de:

1.1. Concatenar el impulso político de los debates actuales sobre las reformas a la Ley General de Salud con el marco de la atención de la salud centrada a las personas para construir un consenso sobre la necesidad de transformar el sistema de salud de un conjunto de subsistemas rígidamente independientes, a uno que responde a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo del ciclo de vida.

1.2. Situar el monitoreo y la mejora de la calidad en el núcleo de la gobernanza del sistema de salud:

- Una estrategia integral de la calidad incluiría el fortalecimiento de los acuerdos de concesión de licencias profesionales, la educación profesional continua, la acreditación de las unidades médicas, el desarrollo de normas y guías nacionales y la publicación de auditorías nacionales de la calidad en el servicio.
- Se deben acelerar los planes para crear una nueva agencia nacional que promueva las actividades de mejora de la calidad en todos los niveles del sistema de salud. Este organismo, totalmente independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, debe desarrollar actividades clave como el establecimiento de estándares mínimos de calidad; el desarrollo de guías nacionales para la atención; la recopilación y análisis de datos de calidad y resultados; y el apoyo o la sanción a quienes tienen un desempeño deficiente.

Recuadro 0.2. Recomendaciones para transformar el Sistema de Salud en México (cont.)

- Las clínicas y hospitales privadas de México deben involucrarse por completo en cualquier iniciativa que mejore el acceso, la calidad y la eficiencia. Esto debe incluir a las farmacias que ofrecen consultas médicas en sus locales.

1.3. Construir un sistema de salud basado en datos:

- Una revisión estratégica de los sistemas de información debe abordar cómo México puede transitar de su actual conjunto fragmentado de sistemas de información a un enfoque nacional consolidado enfocado a la mejora continua de la calidad, la atención personalizada y el aseguramiento de la continuidad y el apoyo a la contratación y la compra a través de una rendición de cuentas de resultados más clara.
- Un registro nacional consolidado de pacientes, o su equivalente funcional, debe implementarse mediante el trabajo hacia la integración de los registros de los afiliados del Seguro Popular con los de las instituciones de seguridad social. Una vez que se establezca lo mínimo esencial de un registro nacional de pacientes, la atención debería centrarse entonces en la consolidación y la interoperabilidad de las diferentes bases de datos adicionales utilizadas por el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social.
- Se debe establecer un regulador independiente de datos de todo el sistema, que pueda supervisar la expansión de los expedientes clínicos electrónicos. También será crucial asegurar que el marco legal respecto la privacidad de datos admita el uso compartido de la información mientras que se ofrezcan las garantías adecuadas.
- Se debe acordar un conjunto de indicadores de desempeño aplicables a nivel nacional, usarlos uniformemente en todos los prestadores y publicarlos con regularidad. Estos deben estar ligados a estándares nacionales y guías de práctica clínica. Se deben desarrollar primero los indicadores que pueden construirse a partir de datos ya recopilados de forma rutinaria, como los tiempos de espera para una cita con el médico y la satisfacción del usuario.

2. Todos los mexicanos, sin importar su empleo o estatus social, deben tener acceso a un paquete de beneficios definido de forma común, equitativo y enfocado a la atención primaria mediante:**2.1 La adopción de medidas para desarrollar un paquete de beneficios más equitativo entre todos los aseguradores:**

- Se necesita un sistema más robusto e independiente de evaluación de tecnologías en salud y de análisis de costo efectividad. Se debe considerar establecer al CENETEC como un organismo público descentralizado.
- Las instituciones de seguridad social deben considerar definir de forma más explícita su paquete de beneficios, como es práctica común entre las instituciones de seguridad social de los países de la OCDE. El aseguramiento privado secundario puede desempeñar un papel para los servicios en el margen.
- Un paquete de beneficios equitativo entre las aseguradoras puede iniciar con la definición de derechos en torno a enfermedades de alto costo, como el VIH.

Recuadro 0.2. Recomendaciones para transformar el Sistema de Salud en México (cont.)

- La atención primaria y la preventiva no deben olvidarse y México debe seguir la experiencia internacional en la definición y el cálculo de costos de los paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes. Esto tendría la ventaja de elevar el perfil de la atención primaria y preventiva, y ofrecer una oportunidad para establecer las responsabilidades y obligaciones de los pacientes, así como sus derechos.
- Se deben revisar las políticas en torno a los copagos para garantizar que, si se utilizan, estén cuidadosamente dirigidos a actividades/tratamientos de bajo valor y para grupos de ingreso alto.

2.2. Fortalecer la atención preventiva y la primaria:

- México debe buscar desarrollar la atención primaria como una especialidad distinta, con un manejo efectivo de las condiciones de largo plazo como una actividad central. Nuevos especialistas en atención primaria deben ser distintos sin ambigüedades de los actuales generalistas comunitarios, en base a extensos conocimientos, habilidades, roles y responsabilidades, y respaldados por criterios de concesión de licencias claros.
- México debe priorizar la prestación de atención continua para los que tienen múltiples necesidades médicas complejas, incluyendo condiciones de largo plazo como la diabetes, esto se debe considerar como una función clave para la nueva especialidad.
- El conjunto completo de habilidades de la fuerza laboral de atención primaria y comunitaria se debe usar para brindar atención primaria y preventiva, incluyendo a las enfermeras y a los farmacéuticos de la comunidad. En particular, México cuenta con mucho menos enfermeras que otros países de la OCDE; es necesario capacitar a más enfermeras de atención primaria.
- Se debe desarrollar infraestructura de información de atención primaria, con el fin de construir una visión más rica de la eficacia, la seguridad y el enfoque centrado en los pacientes en este sector. A más largo plazo, se debe utilizar información sobre costos y calidad para incentivar la mejora de los prestadores, a través de esquemas comparativos o de pago por desempeño.
- México debería considerar la introducción de un sistema para permitir que todos los pacientes se registren formalmente con un especialista de atención primaria en todas las redes de prestadores del Seguro Popular y de la seguridad social. Esto apoyaría la atención continua y coordinada, así como el cálculo de indicadores de calidad para grupos específicos de pacientes (por ejemplo, la tasa de control glicémico adecuada en diabéticos).

3. México debe tomar medidas para unificar su enfoque fragmentado de financiamiento de la salud en un esfuerzo por mejorar la eficiencia y la equidad en el acceso:

3.1. México debe incrementar su nivel de gasto público en salud para alinearlo más estrechamente con el de otros países de la OCDE, junto con iniciativas para incrementar la eficiencia del sistema de salud:

- Se requieren esfuerzos para aumentar el tamaño de la fuerza laboral formal para generar recursos adicionales para el sector salud.
- El gasto de bolsillo alto puede evitarse al mejorar al acceso a la atención en el sector público, por ejemplo, mediante la inversión en más horas de trabajo en los establecimientos públicos.
- Un cambio gradual hacia un incremento del financiamiento de impuestos generales, en especial para nuevos ingresos podría mejorar la previsibilidad del financiamiento, mientras se mantiene a las contribuciones como la fuente principal de financiamiento de la seguridad social en el corto y mediano plazo.

Recuadro 0.2. Recomendaciones para transformar el Sistema de Salud en México (cont.)

3.2. Los recursos del Seguro Popular se deben distribuir a los estados con mayor regularidad y las asignaciones deben basarse en la necesidad más que en el número de afiliados:

- Los estados deben recibir los fondos federales a tiempo de tal forma que ellos puedan planear mejor.
- Es necesario incorporar indicadores basados en las necesidades en la fórmula de asignación de recursos, pero con precaución para no exacerbar las inequidades existentes.
- Se podrían recompensar las mejoras en el reporte financiero de los estados con financiamiento adicional, o retener el financiamiento si la calidad de la información de los estados no permite un monitoreo efectivo del desempeño.

3.3. Los mexicanos deberán ser capaces de mantener la cobertura de aseguramiento en salud, independientemente de su situación laboral:

- Se debe considerar separar el aseguramiento en salud de otras funciones de las instituciones de seguridad social, esto con el propósito de permitir a los individuos mantener de forma más sencilla su plan de seguro médico después de un cambio en la situación laboral.
- Los números únicos de identificación de usuario (basado en la Clave Única de Registro de Población), para estandarizar las plantillas de comunicación y una base de datos integrada para todos los registros de salud de México ayudarían a facilitar la portabilidad de afiliación de esquema y la continuidad de la atención.

3.4. Mientras que un fondo único, o su equivalente funcional, no es realista en el corto plazo, se pueden ir tomando una serie de medidas hacia la alineación del financiamiento y la actividad entre los subsistemas:

- Se debe considerar establecer fondos nacionales unificados para pagar por enfermedades raras de alto costo, medicinas especializadas o actividades de atención de salud preventiva.
- Se debe expandir el uso de convenios entre el Seguro Popular y la seguridad social, tanto a nivel nacional como estatal, de modo que se promueva la accesibilidad y la continuidad de la atención, en particular para individuos con enfermedades crónicas.
- Se debe crear una comisión permanente para coordinar mejor a los subsistemas, para apoyar al Seguro Popular y las instituciones de la seguridad social a moverse hacia sistemas de información interoperables, y a identificar intervenciones donde la calidad y los precios se pueden estandarizar fácilmente para permitir el intercambio de servicios entre los subsistemas.

4. México debe reformar las prioridades del sistema de salud para incluir también el desempeño de los servicios médicos en relación con la calidad y eficiencia:

4.1. Implementar una separación efectiva de las funciones del comprador y del prestador:

- Se necesita separar de forma decisiva las funciones del comprador y del prestador en las instituciones de seguridad social, y al mismo tiempo fortalecer el papel de los REPSS como compradores de servicios de salud transformándolos en organismos públicos descentralizados.
- Se les debe otorgar, paulatinamente, mayor autonomía financiera y administrativa a los compradores y a los prestadores para buscar mejoras en el rendimiento. Esto podría comenzar mediante la concesión a los REPSS de mayores derechos de decisión sobre la adquisición y la prestación del servicio, que debe ir acompañado de un plan nacional claro que fije las estrategias prioritarias del sistema de salud.

Recuadro 0.2. Recomendaciones para transformar el Sistema de Salud en México (cont.)

- Las funciones de la Secretaría de Salud en términos de coordinación, regulación, y supervisión, deben fortalecerse. Las autoridades nacionales deben de supervisar los planes de compra estratégica de las aseguradoras y aprobarlos si están alineados con la estrategia global para el sistema.
- La Secretaría de Salud debe tener una cooperación estrecha con otras instituciones de control gubernamental como la Secretaría de la Función Pública para apoyar la capacidad y la rendición de cuentas de los estados y los municipios.

4.2. Reformar los métodos de compra actuales:

- Se debe favorecer los mecanismos de reembolso prospectivos basados en casos en el sector hospitalario en lugar del actual énfasis en los presupuestos retrospectivos. Esto podría combinarse con el pago de por servicio para algunos servicios hospitalarios cuando sea apropiado, así como límites de gasto global para evitar una escalada de costos.
- El gobierno federal debe conducir las negociaciones para un acuerdo sobre los precios de un paquete común de servicios que ofrezcan todos los prestadores del Seguro Popular y de la seguridad social. Este enfoque podría comenzar con pocas intervenciones que puedan estandarizarse fácilmente, que se ampliarían con el tiempo. Un enfoque inicial en la atención preventiva y primaria sería favorable, incluyendo enfermedades crónicas como la diabetes donde hay precedentes internacionales claramente definidos y precio de los paquetes de salud.
- Se debe ampliar el mecanismo de compra consolidada para involucrar a más estados, más compañías farmacéuticas y productos. En algunos contratos se deben permitir ofertas más bajas de precios.
- El costo de la distribución de medicamentos debe estar incorporado de manera explícita en los contratos negociados y se puede reducir al permitir la participación del sector privado como una red de distribución.

4.3. Reformar la contratación y las condiciones laborales de los profesionales de la salud:

- Se debe buscar un proceso de negociación con los sindicatos respecto a las reformas legales para realizar la contratación y las condiciones de trabajo del personal de salud más flexibles.
- Los mecanismos de remuneración para los médicos deben reducir su dependencia en los salarios y transitar hacia una combinación con capitación y con pagos por servicio para servicios específicos, en especial la atención primaria.
- Los compradores a nivel estatal deben tener una mayor flexibilidad respecto a cómo se usan las transferencias federales destinadas a financiar al personal, incluyendo la posibilidad de establecer estrategias de pago relacionados con el desempeño de los prestadores.
- Deben introducirse mecanismos transparentes de honorarios para servicios privados que se brindan dentro de las instituciones públicas y una regulación más clara acerca de las prácticas médicas duales en el sector público y en el privado.

Nota

1. Este es el gasto de bolsillo estimado reportado por las autoridades mexicanas a la OCDE. El gasto de bolsillo puede estimarse a partir de una variedad de fuentes. Aunque estas no siempre coinciden, está claro que el gasto de bolsillo en México se mantiene entre los más altos de la OCDE.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud

MÉXICO

RESUMEN EJECUTIVO Y DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

Traducido a partir de la versión original en inglés publicada con el título: *OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016* <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>. La presente traducción al español estuvo a cargo de la Secretaría de Salud, México. No es una traducción oficial de la OCDE.

2016

OECD *publishing*
www.oecd.org/publishing