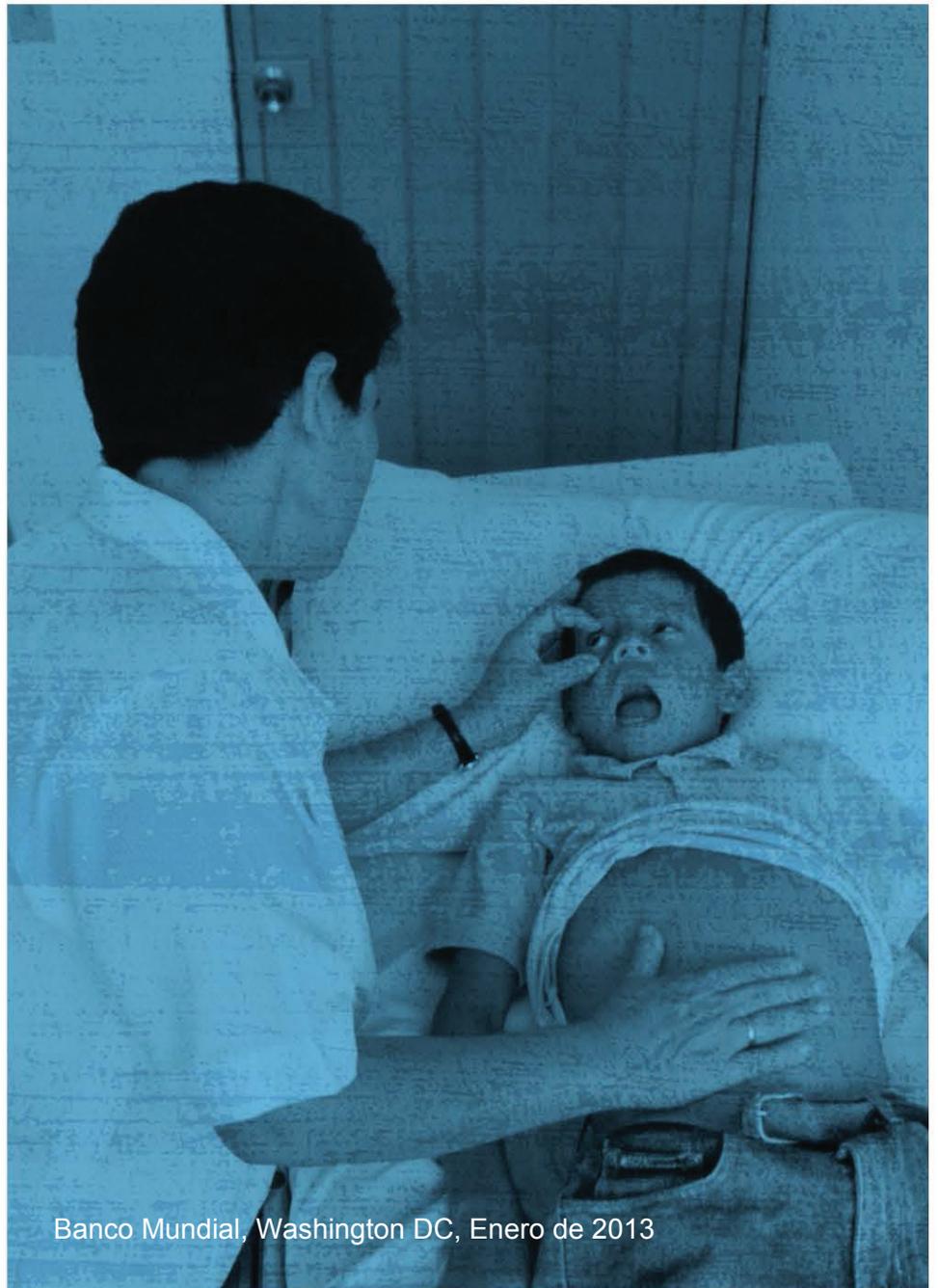




BANCO MUNDIAL

México - El Sistema de Protección Social en Salud

M. E. Bonilla-Chacín y
Nelly Aguilera



Human Development Network

Banco Mundial, Washington DC, Enero de 2013

Serie de estudios ÚNICO 1

México- El Sistema de Protección Social en Salud¹

M. E. Bonilla-Chacín y Nelly Aguilera

Banco Mundial, Washington D. C., enero de 2013

¹ Este documento fue elaborado por María E. Bonilla-Chacín y Nelly Aguilera. En su preparación se tuvieron en cuenta los comentarios recibidos durante el Taller de los Autores celebrado en julio del 2012, así como las observaciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, de Jack Langenbrunner (Revisor Par), de Sarbani Chakraborty (Revisor Par), y de Wendy Cunningham (Líder del Sector). El documento fue elaborado bajo la orientación de Joana Godinho (Gerente del Sector).

LA SERIE DE ESTUDIOS DEL BANCO MUNDIAL SOBRE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (UNICO)

Todas las personas aspiran a recibir servicios de salud de alta calidad y a precios asequibles. En los últimos años esta aspiración ha dado lugar a que se formulen llamados a establecer una cobertura universal de los servicios de salud y ha originado el surgimiento de un movimiento mundial en favor de esa cobertura. En 2005, ese movimiento llevó a la Asamblea Mundial de la Salud a exhortar a los gobiernos a “mejorar sus sistemas de salud para que todas las personas tengan acceso a los servicios y no sufran dificultades financieras por pagarlos”. En diciembre de 2012, el movimiento urgió a la Asamblea General de las Naciones Unidas a que formulara un llamamiento a los gobiernos para que “intensifiquen de manera urgente y significativa los esfuerzos para acelerar la transición hacia el acceso universal a servicios de atención sanitaria asequibles y de calidad”. Hoy, cerca de 30 países de ingreso mediano ejecutan programas que promueven la transición hacia la cobertura universal, y muchos otros países de ingreso bajo y mediano consideran la posibilidad de lanzar programas similares.

El Banco Mundial apoya las iniciativas que emprenden los países para compartir la prosperidad mediante la transición hacia la cobertura universal de los servicios de salud, con las metas de mejorar los resultados en materia de salud, reducir los riesgos financieros relacionados con la enfermedad y lograr una mayor equidad. El Banco reconoce que existen muchas rutas que llevan a la cobertura universal y no apoya en particular una ruta o un conjunto de arreglos organizativos o financieros para lograrla. Sea cual sea la ruta escogida, su ejecución exitosa implica la existencia de muchos instrumentos e instituciones. Aunque se pueden tomar rutas distintas para ampliar la cobertura, la ejecución de todas ellas implica desafíos. Consciente de eso, el Banco Mundial lanzó la Serie de estudios llamada ÚNICO, sobre cobertura universal de salud, cuyos fines son obtener conocimientos y diseñar instrumentos operativos para ayudar a los países a abordar los desafíos propios de la ejecución en formas sostenibles desde el punto de vista fiscal y que mejoren el grado de equidad y eficiencia. La serie de estudios UNICO consta de documentos técnicos y estudios de casos prácticos de varios países, en los cuales se analizan distintas facetas relacionadas con los desafíos que existen para aplicar las políticas de cobertura universal.

Los estudios de casos prácticos de los países de la serie se basan en el empleo de un protocolo normalizado para analizar los detalles prácticos de los programas mediante los cuales se ha ampliado la cobertura en forma vertical ascendente, es decir, de los programas que han comenzado con los pobres y los vulnerables y no los que se iniciaron con un modelo descendente. El protocolo consta de nueve módulos que contienen más de 300 preguntas diseñadas para obtener conocimientos detallados de la forma en que los países están ejecutando cinco conjuntos de políticas destinadas a lograr lo siguiente: (a) administrar el plan de beneficios, (b) gestionar los procesos para incluir a los pobres y los vulnerables, (c) impulsar reformas a la prestación de servicios que se traduzcan en mayores grados de eficiencia, (d) abordar los nuevos desafíos que implica la atención primaria y (e) afinar los mecanismos de financiamiento, para hacer coincidir los incentivos de las distintas partes interesadas del sector de la salud. Hasta la fecha, el protocolo que contiene los detalles prácticos se ha empleado con dos propósitos: crear una base de datos que permita comparar los programas ejecutados en distintos países y producir estudios de casos prácticos sobre 24 programas de países en vía de desarrollo y un caso de un país de ingreso alto que haga las veces de “elemento de comparación”: el caso del estado de Massachusetts, Estados Unidos. El protocolo y los estudios de casos prácticos se publican como parte de la serie de estudios UNICO, y en 2013 se publicará un análisis comparativo.

Creemos que el protocolo, los estudios de casos prácticos y los documentos técnicos proporcionarán a los encargados de ejecutar programas de cobertura universal un conjunto de instrumentos más amplio, contribuirán al debate sobre esta ejecución e informarán al movimiento que promueve la cobertura universal a medida que se sigue extendiendo por todo el mundo.

Daniel Cotlear
Líder del grupo de trabajo de la serie de estudios UNICO
Banco Mundial
Washington, D. C

CONTENIDO

Siglas y abreviaturas	vi
Resumen ejecutivo	vii
1. Introducción	1
2. Panorama general del sistema de salud: resumen del financiamiento y prestación de servicios	2
3. Arquitectura institucional del SPSS e interacción con el resto del sistema de salud	4
4. Selección, identificación y afiliación de los beneficios	8
5. Administración del conjunto de beneficios del programa de cobertura de salud	9
6. El entorno de información del programa de cobertura de salud	10
7. Discusión sobre un tema específico de México	11
8. Agenda pendiente	16
Anexo 1. Breve descripción de la salud pública, la atención primaria, y esfuerzos clave en el lado de la oferta	19
Anexo 2 Gráficos de radar	21
Referencia	26

FIGURAS

Figura 1 Sistema de atención de salud de México: fuentes de financiamiento, agentes, y proveedores, 2010	3
Figura 2 Gasto total en salud y gasto público en salud como porcentaje del PIB en ALC, 2000	4
Figura 3 Financiamiento del SPSS, México	6
Figura 4 Coeficientes de concentración para programas sociales seleccionados, México, 2010	9
Figura 5 Tendencias en la afiliación al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación	11
Figura 6 Tendencias en el gasto total en salud (GTS), gasto público en salud, gastos de bolsillo (OOP), y gasto privado	17

CUADROS

Cuadro 1 Evolución de los desequilibrios fiscales en el sector de la salud	12
Cuadro 2 Utilización de los servicios de salud en caso de enfermedad – SPSS, no asegurados, y familias afiliadas al Seguro Social	13
Cuadro 3 Gasto de bolsillo anual para pares igualados – SPSS, no asegurados y Seguro Social	14
Cuadro 4 Incidencia del gasto catastrófico para pares igualados – SPSS, familias no aseguradas y afiliadas al Seguro Social	15

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
AVD	actividades de la vida diaria
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FPGC	Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GTS	gasto total en salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PCS	Programa Caravanas de Salud
PIB	producto interno bruto
REPSS	Regímenes Estatales para la Protección Social en Salud
SESA	Sistemas Estatales de Salud
SINOS	Sistema Nominal en Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
TCD	transferencias monetarias condicionadas

RESUMEN EJECUTIVO

En este estudio de caso se evalúan las características y logros principales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) de México. Se analiza la contribución de esta política al establecimiento y la implementación de la cobertura universal en salud en el país. México es un país grande, de ingresos medios altos que ha gozado de un crecimiento económico sostenido en el último decenio, pero donde la pobreza y las desigualdades socioeconómicas siguen siendo un reto importante. En efecto, a comienzos de la década de los 2000, un gran porcentaje de la población no tenía acceso al seguro de enfermedad, prestado principalmente por los esquemas existentes de seguro social.

En este contexto, en 2003, el Gobierno modificó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su entidad principal, el Seguro Popular (SP). Los objetivos de esta reforma eran a) aumentar el financiamiento para el sistema público de salud y reducir las inequidades en el gasto público entre los planes de seguro público y entre los estados; b) mejorar los resultados de salud, reducir el gasto de bolsillo por servicios de salud y brindar protección contra gastos catastróficos; y c) reformar la organización y el funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

Todos los residentes que no tienen acceso al seguro social tienen derecho a afiliarse en el SP. Este transformó la transferencia de recursos públicos desde la federación a los estados desde presupuestos históricos a primas de seguro y garantizó fondos federales para estas primas. La reforma eliminó los cargos a los usuarios, y en principio se pensaba recolectar contribuciones familiares de quienes podían pagar, aunque en la práctica muy pocos contribuyen. También creó prestaciones explícitas para los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud y las financió totalmente. El conjunto de beneficios del SP, conocido como el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), fue concebido para incluir las intervenciones más costo-efectivas para tratar y controlar las causas principales de morbilidad y hospitalización en el país. Este conjunto de beneficios fue modificado de conformidad con criterios predeterminados para incluir nuevas intervenciones. Hoy en día, incluye 284 intervenciones de nivel primario y secundario y 522 productos farmacéuticos relacionados. Además, por conducto del Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos, se ofrecen a los afiliados otras 57 intervenciones de alta complejidad.

El SP se amplió muy rápidamente, en especial después de 2010, para abarcar prácticamente a toda su población objetivo, unos 52 millones de personas en febrero de 2012. El gasto total en salud aumentó de 2,4 a 3,1% del producto interno bruto (PIB) entre 2000 y 2009. También disminuyó la diferencia en el gasto público entre los que estaban cubiertos por el seguro social y los no asegurados y las diferencias entre los estados. El SP aumentó la utilización de los servicios de salud, redujo el gasto de bolsillo en salud y los gastos catastróficos entre sus afiliados, en comparación con las personas no aseguradas.

A pesar de estos grandes éxitos, todavía hay varios retos que el sistema de salud debe afrontar. Siguen existiendo grandes inequidades en los resultados sanitarios y en los recursos asignados a la salud entre los estados mexicanos. La reforma no eliminó la fragmentación del sistema, el cual incluye varios planes de seguro de salud que ofrecen diferentes conjuntos de beneficios y tienen sus propias fuentes de financiamiento, sus propias redes de proveedores y poca comunicación entre ellos. Por otro lado, aunque el SP redujo los gastos de bolsillo entre sus afiliados, a nivel global, estos gastos siguen siendo elevados, y se encuentran entre los más altos de los países de ingreso medio-alto. Por último, si bien el SPSS buscaba separar el financiamiento de la prestación de servicios y crear mecanismos de pago al proveedor vinculados a la producción, no se ha avanzado mucho en este sentido.

1. INTRODUCCIÓN

Contexto

Con una población de 113 millones y un PIB per cápita de US\$10.064 (US dólares corrientes), México es uno de los países más grandes y de ingresos más altos de América Latina y el Caribe (ALC). El país ha registrado un crecimiento económico sostenido en el último decenio, que fue interrumpido temporalmente por la crisis económica y financiera. El crecimiento del PIB se proyecta en 3,8% y en 3,6% en 2012 y 2013, respectivamente (FMI, 2012). A pesar de este crecimiento, la pobreza en el país sigue siendo alta, ya que la mitad de la población vive por debajo de la línea de pobreza.² El país también es sumamente heterogéneo, con grandes diferencias socioeconómicas, entre los estados y entre las zonas urbanas y rurales. En 2010, mientras que la tasa de pobreza extrema en el Distrito Federal y los estados de Colima y Nuevo León se encontraba por debajo del 3%, en Chiapas, Guerrero, y Oaxaca era de 25% o más alta. Estas grandes diferencias regionales también se encuentran en otros indicadores de bienestar, como años de escolaridad, condiciones de la vivienda, y acceso a servicios sociales.³

Las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años han bajado considerablemente a lo largo de los años, y el país está en camino para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la mortalidad de menores de cinco años. En 2012, la tasa de mortalidad infantil se calculaba en 13,2 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad de menores de cinco años se calculaba en 17,5 por 1.000.⁴ Estas tasas son más bajas que el promedio regional de América Latina y el Caribe (16,2 y 19,1 por 1.000 respectivamente), pero más altas que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (6,5 y 7,8 por 1.000).⁵ En el caso de la mortalidad materna, el país ha registrado mejoras significativas, pero no es probable que alcance este ODM. Entre 1990 y 2010, la tasa de mortalidad materna bajó en 45%. En 2010, la tasa (50 por 100.000) era más baja que el promedio de la región de ALC, aunque era más alta con respecto a las de otros países de la OCDE.⁶

Gracias a reducciones en la mortalidad materna y la de menores de 5 años, así como al control de las enfermedades transmisibles, la esperanza de vida en México ha aumentado mucho en los últimos decenios; en 2011, era de 73,2 años para los hombres y de 77,9 para las mujeres.⁷ Como resultado, el país ha avanzado en la transición demográfica y epidemiológica. La carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles está aumentando rápidamente debido al envejecimiento de la población y mayor exposición a una alimentación no saludable, inactividad física, el tabaquismo y el abuso del alcohol. La diabetes y las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte y discapacidad en México.

² Sin embargo, el porcentaje de personas que viven con menos de US\$2 diarios (paridad del poder adquisitivo) en 2008 era solamente de 5% (Base de datos mundiales, Banco Mundial).

³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/pobreza_2010.es.do.

⁴ CONAPO, Indicadores demográficos básicos, http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_demograficos_basicos.

⁵ Banco Mundial, Plataforma de datos sobre desarrollo, consultado el 12 de diciembre, 2012.

⁶ Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, y el Banco Mundial sobre estimados de mortalidad materna para 2010 y datos de la OCDE.

⁷ CONAPO, Indicadores demográficos básicos, http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_demograficos_basicos.

Objetivo

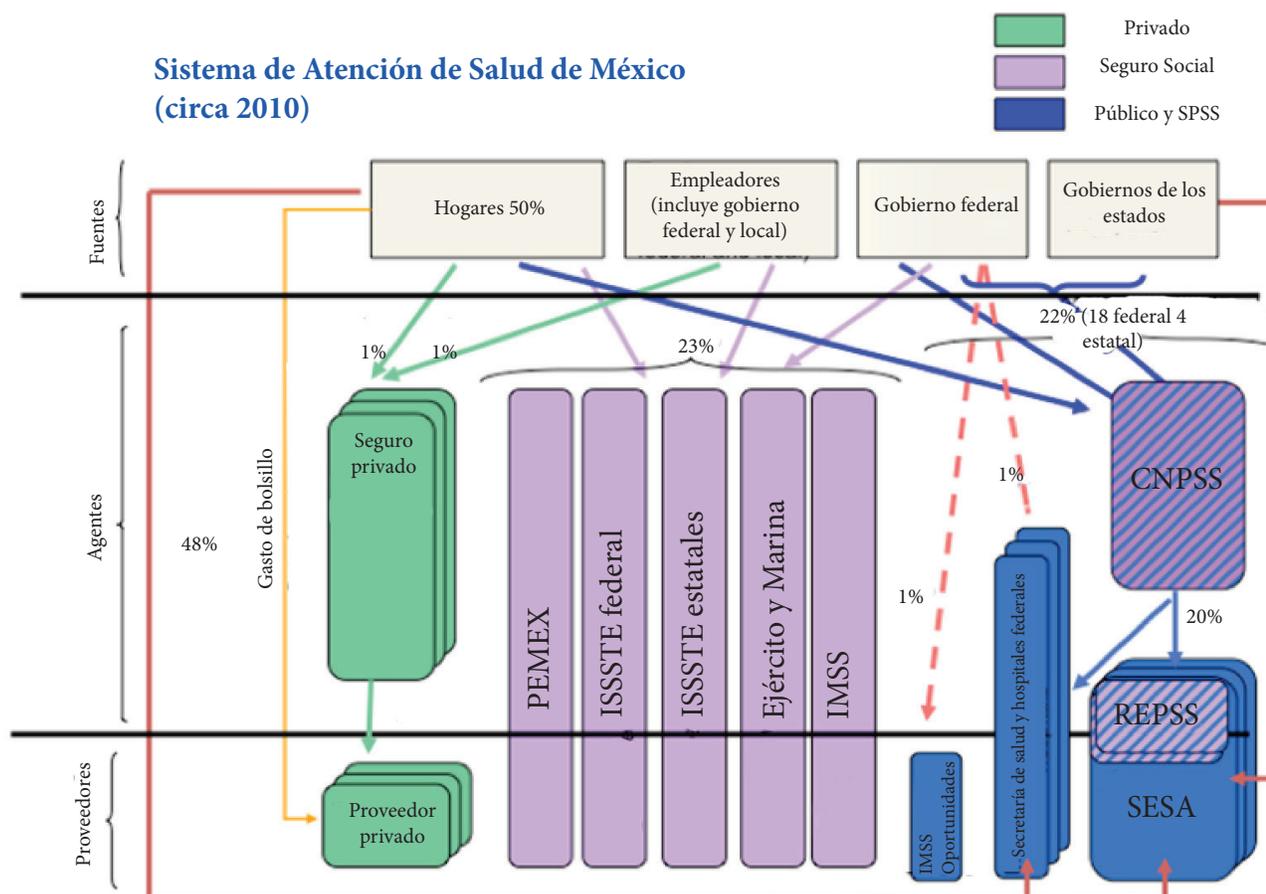
En este estudio de caso se evalúan las características y logros principales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) de México, y en particular de su entidad principal el Seguro Popular (SP). Se analiza la contribución de esta política al establecimiento y la implementación de la cobertura universal de salud en México. En 2003, con la reforma de la Ley General de Salud fue institucionalizado el Seguro Popular como un plan de seguro de salud subsidiado para la población que no estaba cubierta por los esquemas de seguro social. Hoy en día, el SP cubre a casi la totalidad de su población objetivo, alrededor de 52 millones de personas.

2. PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD: RESUMEN DEL FINANCIAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El sistema de salud de México comprende tres subsistemas: el Seguro Social, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y el sistema privado. Los planes de seguro social ofrecen diferentes servicios, entre ellos, seguro médico y pensiones, para los trabajadores asalariados del sector formal de la economía. Hay varios esquemas de seguro social en México, de los cuales el más importante es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que asegura a unos 42 millones de personas; y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que presta un conjunto similar de servicios a los empleados federales y a algunos empleados del gobierno de los estados y que asegura a unas 6 millones de personas.⁸ Este subsistema está financiado por contribuciones de la nómina de pago del gobierno federal, los empleadores, los empleados, y un subsidio del estado. Cada plan de seguro social tiene su propia red de proveedores de atención de salud; los beneficiarios solamente pueden recibir servicios de los proveedores de su respectivo plan, el SPSS, ofrece seguro médico a todos los mexicanos que no estén cubiertos por alguno de los otros planes de seguro social. Los servicios abarcados por el SPSS los prestan principalmente las redes de establecimientos públicos de salud administrados por los estados. Por último, un pequeño porcentaje de la población está cubierto por planes privados de seguro médico (figura 1). Como se describirá más adelante, los tres subsistemas de seguro médico, el Seguro Social, el SPSS, y el sector privado funcionan en paralelo con poca coordinación entre ellos.

⁸ Además, hay otros planes de seguro social como el que sirve a los trabajadores de la empresa petrolera, PEMEX, y los que sirven al Ejército y a la Marina

Figura 1. Sistema de Salud de México: fuentes de financiamiento, agentes y proveedores, 2010



Nota: Todos los datos en relación con el gasto total en salud, cifras aproximadas
Fuente: Aguilera 2012 con datos sobre el gasto tomado de SINAIS.

En términos del financiamiento del sector, alrededor de la mitad del gasto en salud (que corresponde a 6,5% del PIB) en México es privado, casi todo proveniente de pagos del bolsillo de los usuarios. El Seguro Social representa 23% del gasto total y el sistema subsidiado con fondos públicos cerca de 22% (ver figura 1). Hay prácticamente una relación de uno a uno entre los agentes de financiamiento y los proveedores en el sistema público de salud de México, debido a que los planes públicos están integrados en forma vertical: todas las instituciones del seguro social (las casillas moradas de la figura 1) combinan el pago (como agentes) y la prestación del servicio, mientras que las instituciones, los agentes y los proveedores del SPSS, se comportan como si estuviesen integrados en forma vertical [los pagadores del SPSS, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), y los Regímenes Estatales para la Protección Social en Salud (REPSS)] en morado y azul, con los proveedores en azul), aunque el marco reglamentario les deja cierta libertad a los pagadores en la compra de servicios de salud.

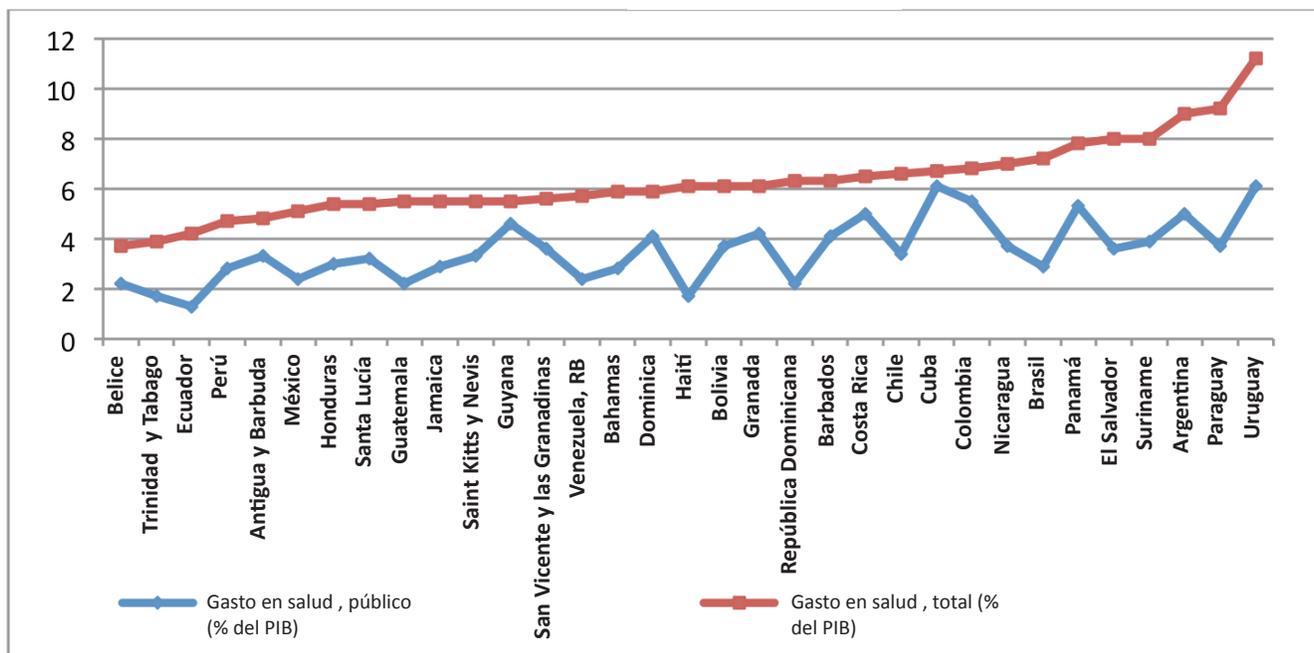
3. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL DEL SPSS E INTERACCIÓN CON EL RESTO DEL SISTEMA DE SALUD

Contexto en el momento de la reforma que creó el SPSS

A comienzos de la década de 2000, antes de la creación del SPSS, las personas no aseguradas tenían acceso a los servicios prestados en las redes de establecimientos de salud pública. Estas redes son administradas por los estados, con la excepción de unos cuantos hospitales muy especializados, administrados por el gobierno federal. No había un conjunto explícito de servicios de salud a los que tenía derecho la población; en la práctica, los servicios prestados estaban limitados por las asignaciones del presupuesto para la salud, así como por la disponibilidad de establecimientos y personal sanitario.

El sistema público de salud que servía a las personas no aseguradas, más de la mitad de la población del país, no disponía de financiamiento suficiente. El sistema también tenía grandes desigualdades en el gasto público entre los estados y entre los asegurados por los planes de seguro social (quienes también reciben subsidios del gobierno) y los no asegurados. En el año 2000, el gasto público en salud era de aproximadamente 2,4% del PIB y el gasto total en salud 5,1% del PIB, uno de los más bajos en ALC (figura 2). Por otro lado, el gasto federal per cápita en salud en el estado con el nivel más alto era seis veces mayor que en el estado con el nivel más bajo. De igual manera, el gasto público en salud para los afiliados a los planes del seguro social era el doble del gasto público en salud para los no asegurados (cuadro 1). Este bajo financiamiento del sistema hacía que las familias tuvieran altos gastos de bolsillo por la atención en salud, lo que representaba alrededor de la mitad del gasto total en salud y, además, llevaba a que un gran porcentaje de familias incurrieran en gastos catastróficos en caso de enfermedad (Knaul et al. 2012).

Figura 2. Gasto total en salud y gasto público en salud como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe, 2000



Fuente: Banco Mundial, Base de datos sobre desarrollo.

Objetivos de la reforma

Dado este contexto, el Gobierno de México modificó la Ley General de Salud en 2003 para crear el Sistema de Protección Social en Salud y su entidad principal el Seguro Popular (SP).⁹ La reforma en el ámbito de la salud tenía varios objetivos: a) aumentar los fondos públicos asignados al sistema de salud y reducir las inequidades en el gasto público entre los diferentes subsistemas públicos y los estados, b) mejorar los resultados de salud y reducir los gastos de bolsillo de los usuarios de los servicios de salud, además de brindar protección contra gastos catastróficos, y c) reformar la organización y el funcionamiento de los sistemas estatales de salud para asegurar una mejor administración del SP, así como para establecer incentivos destinados a promover la equidad, la eficiencia técnica y la capacidad de respuesta (Kurowski et al. 2012).

Características resaltantes de la reforma

El SPSS está compuesto de varias entidades, de las cuales las tres más importantes son: a) el Seguro Popular (SP), un plan de seguro médico subsidiado que ofrece un conjunto de servicios de salud, principalmente atención primaria y secundaria, a todos los mexicanos no cubiertos por el Seguro Social; b) el Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), que ofrece a los beneficiarios del SP un conjunto de servicios de alta complejidad que se considera podrían originar gastos catastróficos; y c) el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), que ofrece un conjunto integral de servicios para niños menores de 5 años nacidos después del 1 de diciembre de 2006.¹⁰ Actualmente, el SMNG funciona como un programa separado con su propio presupuesto y por el momento no está incluido en la Ley General de Salud. Como ya se ha dicho, para la prestación de servicios, el SPSS utiliza principalmente la red de proveedores públicos. Esta red está compuesta de establecimientos de atención primaria y secundaria administrados por los estados (SESA) y establecimientos de atención secundaria y terciaria administrados por la Secretaría de Salud.

Financiamiento: El SPSS, y en particular, el SP, remplazaron los presupuestos históricos del sector público de la salud con primas actuariales (Banco Mundial 2010a). Antes de la reforma, el presupuesto para el sector de la salud se basaba en el presupuesto para los años anteriores, ajustado según la inflación. La asignación para cada estado se basaba en el número de las infraestructuras y el personal de atención de salud que había en el estado en el momento de la descentralización del sistema a finales de los años 90, ajustado para los niveles de mortalidad e indexado por la inflación. Este sistema perpetuaba el subfinanciamiento del sistema y las grandes disparidades en el gasto federal entre estados, ya que los estados con mayor infraestructura recibían más fondos sin tener en cuenta las necesidades de la población. La reforma abordó esas debilidades; ahora el financiamiento se basa en primas calculadas por métodos actuariales y las transferencias a los estados se ajustan con el propósito de reducir las desigualdades anteriores. Esta reforma cambió los niveles de recursos transferidos desde el gobierno federal a los estados para financiar sus sistemas de salud. No obstante, tal como se expondrá a continuación no ha habido un cambio significativo en la forma en que los estados

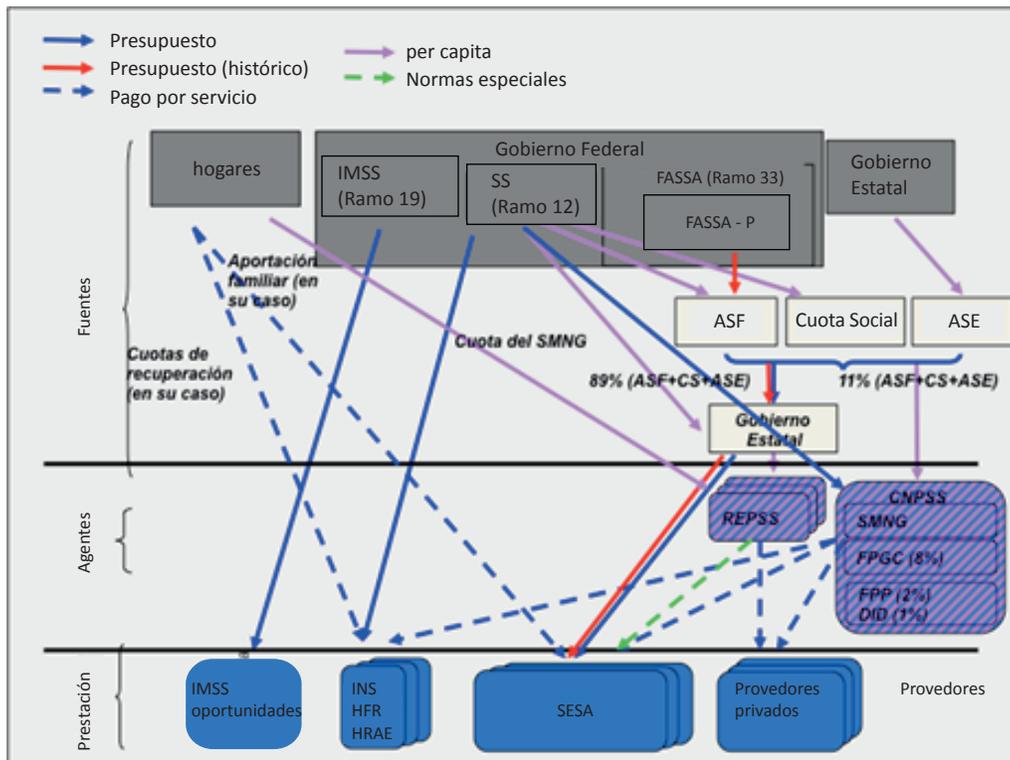
⁹ El Seguro Popular (SP) es también el nombre por el cual se conoce la totalidad del Sistema de Protección Social en Salud. Sin embargo, en este estudio de caso nos referimos al SP como la parte del SPSS que ofrece un conjunto de servicios de atención de salud principalmente de nivel primario y secundario (CAUSES), y no se incluye el Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos.

¹⁰ El SPSS comprende también los siguientes programas: a) la Estrategia de Embarazo Saludable, que les da prioridad a las embarazadas para que se afilien al Seguro Popular; y b) el Programa Nacional de Cirugía Extramuros, que ofrece cirugía general, oftalmología, traumatología, y servicios de cirugía reconstructiva a comunidades rurales aisladas por medio de equipo móviles; y c) el componente de salud de Oportunidades, el conocido programa de transferencias monetarias condicionadas.

usan estos recursos para financiar a sus proveedores de servicios de salud; con unas pocas excepciones, los proveedores públicos siguen recibiendo presupuestos históricos. El SPSS es financiado por los gobiernos de los estados y el federal; todos los fondos provienen de ingresos generales del gobierno (figura 3). El gobierno federal hace dos contribuciones: la cuota social y la aportación solidaria federal. Los estados hacen su propia contribución conocida como aportación solidaria estatal. En principio, el SPSS también debería ser financiado por contribuciones pagadas por las familias no pobres; sin embargo, en la práctica muy pocas familias hacen aportes. La Ley General de Salud establece la prima del SP como una porción fija de todas las tres contribuciones federales y estatales (actualmente es de 89%; el resto de los recursos financia el Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos [8%]; y a fondos fiduciarios para inversiones en infraestructura [2%] y reservas [1%]). En el caso del SMNG, la federación transfiere otra cantidad per cápita. Los recursos federales que financiaban el SP se transfieren a los estados para financiar la prestación de su conjunto de servicios.

La ley también estipula la magnitud relativa de las contribuciones. Tomando como punto de referencia la cuota social financiada por el gobierno federal, la aportación solidaria federal se fija en 150% de la cuota social y la aportación solidaria estatal en 50% del monto de la cuota social. La aportación solidaria federal que financia el SP no necesariamente se transfiere en su totalidad a los estados. Si la suma total de esta contribución es más baja que los recursos que un estado ya está recibiendo de la federación (principalmente a través del llamado Ramo 33), el estado no recibe fondos adicionales. Si la cantidad total es más alta que los recursos que el estado ya está recibiendo, la federación transfiere la diferencia. Este mecanismo fue concebido para reducir las desigualdades existentes entre los estados en el gasto público en salud.

Figura 3. Financiamiento del SPSS, México



Fuente: Aguilera 2012.

El uso de los recursos transferidos a los estados (89% de los fondos para financiar el SPSS) está reglamentado: a) un máximo de 40% de los recursos transferidos se asigna al pago de la nómina de empleados; b) hasta un 30% cubre el costo de los medicamentos del conjunto de prestaciones del SP y las enfermedades incluidas en el FPGC; c) un mínimo de 20% se usa para sufragar el costo de las actividades de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades comprendidas en las prestaciones; y d) hasta un 6% cubre los costos operativos y administrativos.

Cargos a los usuarios: La reforma eliminó los cargos a los usuarios, aunque en principio se estableció una cuota familiar que deben pagar las familias no pobres. Con la eliminación de los cargos a los usuarios en el punto del servicio, la reforma buscaba eliminar las barreras financieras al acceso a los servicios y, además, reducir los gastos en salud catastróficos y causantes de empobrecimiento.

Derecho a prestaciones explícitas: La reforma también creaba prestaciones explícitas para los afiliados al SPSS. Antes de la reforma no estaba claro cuáles eran los servicios que las personas no aseguradas podían recibir en los establecimientos públicos de atención de salud. En la práctica, los servicios que recibían estaban limitados en gran medida por la disponibilidad de fondos en el sistema. La reforma cambió esta situación, al definir explícitamente las prestaciones de los afiliados y financiándolas totalmente. Estas prestaciones se les comunican a los beneficiarios por medio de una carta que acompaña a la póliza de seguro.

El SPSS garantiza a sus afiliados tres conjuntos definidos de servicios de salud libres de costo en el punto de la prestación del servicio. El SP comprende 284 intervenciones de atención primaria y secundaria de salud (un conjunto de servicios conocido como el Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES); el FPGC abarca 57 intervenciones asociadas con gastos catastróficos (principalmente intervenciones de alta complejidad y medicamentos antirretrovirales para pacientes con VIH/SIDA); y el SMNG abarca cualquier otro servicio no incluido en el CAUSES ni en el FPGC para niños nacidos después del 1 de diciembre de 2006, y hasta que cumplen los 5 años de edad.

Administración del SPSS: El SPSS es administrado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y sus oficinas en los estados, los Regímenes Estatales para la Protección Social en Salud (REPSS), que funcionan como los titulares de los fondos del SPSS. En su calidad de dependencia de la Secretaría de Salud, la CNPSS le rinde cuentas directamente al Secretario de Salud, aunque a menudo el Comisionado de la CNPSS le rinde cuentas directamente al presidente de México.

La CNPSS desempeña tres funciones principales: a) calcular las transferencias per cápita a los estados para la cobertura de los servicios establecidos en el CAUSES y en el SMNG y transferir los fondos para el CAUSES a los estados; b) pagar directamente a los proveedores por las intervenciones incluidas en el FPGC y la atención de tercer nivel abarcada por el SMNG; y c) coordinar sus actividades con varios otros programas dentro de la Secretaría de Salud (ver el anexo donde se presenta una descripción de los programas existentes de salud pública y atención primaria de salud).

Cambios organizacionales: La reforma contemplaba una separación entre el financiamiento y la prestación de servicios y nuevos mecanismos de pago a los proveedores que facilitarían la portabilidad del seguro entre estados y entre planes de seguros, con lo cual sería posible la integración funcional de las redes de proveedores. Tal como se explicará en más detalle en la última sección, no ha habido un progreso significativo en este objetivo de la reforma (Kurowski y Villar-Urbe, 2012).

No obstante, el SPSS introdujo algunos cambios organizacionales. En primer lugar, los proveedores tienen que estar acreditados para prestar servicios a los afiliados al SPSS. En la práctica, sin embargo, algunos proveedores todavía no están acreditados. En segundo lugar, en el caso del FPGC, hay una clara separación entre el financiamiento y la prestación de servicios. Para los servicios abarcados por el FPGC, los proveedores reciben el pago en forma prospectiva. En contraste con el SP, que es administrado por los estados, el FPGC es administrado por la federación por conducto de la CNPSS. Para los servicios de elevada complejidad abarcados por el FPGC, la CNPSS le paga a los proveedores, incluidos los del Seguro Social, otros proveedores públicos y privados, una tarifa predeterminada. Este plan de pagos se basa en un estimado de datos agregados, de los costos directos y en algunos casos de los costos indirectos de los servicios incluidos. En cambio, en el caso del SP, los recursos adicionales generados por la reforma en general no se utilizan para pagar a los establecimientos de salud sobre la base de la producción o el desempeño, sino como otras transferencias del presupuesto. Actualmente, la gran mayoría de los REPSS y las redes de prestación de servicios de los SESA están bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud del estado.

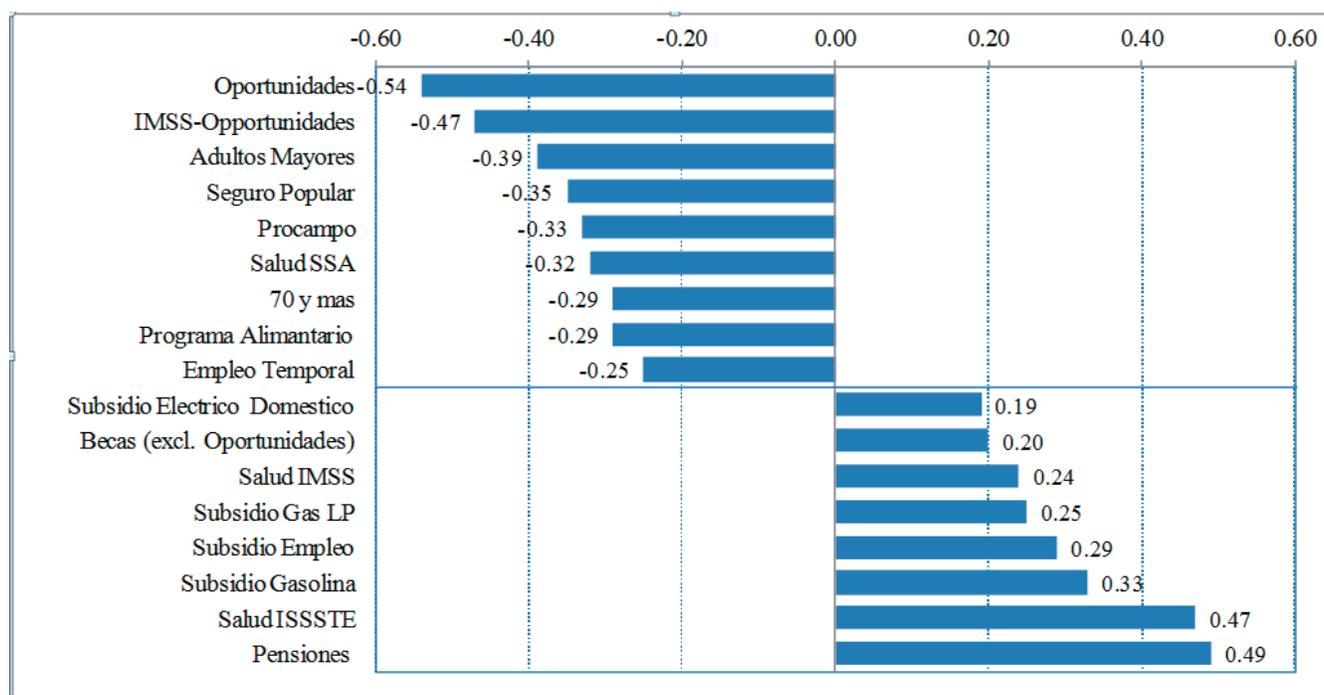
4. SELECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y AFILIACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

El SPSS está abierto para cualquier residente de México que no tenga seguro social. La población objetivo de esta política no se basa explícitamente en el ingreso familiar, aunque las personas que no tienen seguro social tienden a ser más pobres que aquellas que lo tienen. En consecuencia, el SPSS es una de las políticas sociales más progresivas de México. Como se muestra en la figura 4, los beneficios del gasto público en el SP se concentran en las familias que se encuentran en el extremo más pobre de la distribución del ingreso. El índice de concentración del gasto público del SP es -0,35, uno de los programas sociales más progresivos después de Oportunidades y el IMSS-Oportunidades, que es también una estrategia que utiliza el país para llevar servicios de salud hasta las comunidades pobres aisladas (véase figura 4).

Aunque la afiliación al SPSS no se basa en el nivel socioeconómico de la familia, en principio, las contribuciones de la familia si dependen de ese nivel. De acuerdo con las normas actuales, las familias en los deciles 1 a 4 de la distribución del ingreso y las familias hasta el 7o decil con embarazadas o niños menores de 5 años de edad están exoneradas de contribuir al SPSS. En la práctica, muy pocas personas pagan esas contribuciones; a finales de 2011, menos de 1% pagaba (Knaul et al. 2012). Para determinar quién debe pagar, durante el proceso de afiliación se aplica una encuesta a todas las familias para determinar su nivel socioeconómico. La encuesta, llamada Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar, se utiliza para recabar información sociodemográfica de los posibles afiliados y, con estos datos, se calcula la contribución de la familia al seguro de salud. Esta encuesta es distinta a la que utiliza la Secretaría de Desarrollo Social, llamada Cuestionario Único de Información Socioeconómica, que se utiliza para seleccionar a los beneficiarios de programas sociales que la Secretaría de Desarrollo Social ofrece a las familias pobres, incluyendo a los beneficiarios del programa Oportunidades.

La afiliación la hacen los REPSS. Los REPSS y la CNPSS anualmente se ponen de acuerdo acerca del número previsto de familias que se afiliarán; esto constituía la base para la transferencia de recursos federales a los estados antes de alcanzar la cobertura total. Como resultado, no había incentivos para que los REPSS recaudaran contribuciones de las familias, debido a que esto quizás reduciría los incentivos para que las familias se afiliaran. Los REPSS también están a cargo de administrar los recursos transferidos de la federación a los estados, de clasificar a las familias de acuerdo al nivel socioeconómico y de cobrar la contribución familiar para el SPSS.

Figura 4. Coeficientes de concentración para programas sociales seleccionados, México, 2010



Fuente: CONEVAL, 2011 de Scott 2011.

5. ADMINISTRACIÓN DEL CONJUNTO DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE COBERTURA DE SALUD

El SPSS les garantiza a los afiliados un conjunto de beneficios libre de costos en el punto de prestación del servicio. Hay tres conjuntos de beneficios, uno para el SP, uno para FPGC, y un tercero para el SMNG. El organismo responsable de decidir cuáles intervenciones se incluirán varía de acuerdo al conjunto de beneficios. La CNPSS es responsable del CAUSES (el conjunto de beneficios del SP), y hay dos agencias y dos pasos en el proceso de toma de decisiones del FPGC. En primer lugar, el Consejo de Salubridad General decide cuáles son las enfermedades que por su naturaleza son catastróficas. Una vez que el Consejo de Salubridad General elabora la lista de las enfermedades consideradas como catastróficas, la CNPSS propone su inclusión en el conjunto de beneficios, y el Comité Técnico del Fondo decide cuáles servicios y costos estarán cubiertos para esas enfermedades.

Los criterios para incluir una intervención en el conjunto de prestaciones son a) costo-efectividad, b) asequibilidad, c) protección financiera, d) opinión de la comunidad científica, e) demanda y oferta, y f) aceptación social. El primer conjunto de beneficios del SPA incluía solamente 78 intervenciones, que se seleccionaron sobre la base de un estudio de la carga de morbilidad elaborado por la Secretaría de Salud federal y FUNSALUD (un centro de investigación privado).

Las intervenciones seleccionadas eran las más costo-efectivas para tratar y controlar las causas principales de morbilidad en el país y las causas principales de hospitalización. Por otro lado, estas eran intervenciones ya incluidas en los programas nacionales de salud y formaban parte de las normas en ese momento (Secretaría de Salud, 2009). La determinación del costo del conjunto de beneficios se hizo por medio de micro y macro costeos (Giedion, Panopoulou, y Gómez-Fraga, 2009). En el primer caso, esto incluyó un análisis detallado de la función de producción de cada una de las intervenciones, incluso de todos los insumos necesarios y de todos los diagnósticos y los procedimientos médicos que pudieran hacer falta. En el segundo caso, la cuantificación de costos partió de un tope presupuestario. Sobre la base del número total de posibles afiliados y la demanda potencial de los servicios incluidos, se calculó un costo promedio por intervención. La suma anual del costo promedio de las intervenciones incluidas no podía ser superior al tope del presupuesto. Este costo original fue revisado en el período 2006–2007 cuando se ajustó el costo per cápita. Hoy en día, el conjunto de beneficios comprende 284 intervenciones de nivel primario y secundario, además de 522 productos farmacéuticos.

6. EL ENTORNO DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE COBERTURA DE SALUD

Hay varios sistemas de información dentro del SPSS. En primer lugar, el SPSS recaba información procedente de encuestas y datos administrativos de los afiliados. La Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar permite a los administradores de programa recabar información sociodemográfica de los afiliados. Además, la CNPSS ha desarrollado un nuevo Sistema Nominal en Salud, SINOS. Este nuevo sistema tiene tres módulos; el primero recoge las huellas digitales de todos los afiliados al SPSS. No hay un identificador único de los afiliados a diferentes programas sociales en México. Por medio de la captación de las huellas digitales, la CNPSS se propone generar este identificador para los beneficiarios del SPSS y los de Oportunidades. Un segundo módulo, llamado Consulta Segura, procura generar un sistema de gestión del riesgo. Este módulo recopila información sobre factores de riesgo para la salud de todos los afiliados. Sobre la base de esta información, el programa generará diferentes procedimientos de gestión de la salud para los afiliados. El último módulo es, por el momento, obligatorio solamente para los beneficiarios de Oportunidades. Este módulo recaba información acerca de los servicios de salud prestados.

Actualmente, no hay incentivos claramente definidos para que los estados o los proveedores mejoren el desempeño de la atención de salud. Aunque este fue uno de los objetivos de la reforma de 2003, no ha habido mucho progreso en este sentido (Kurowski y Villar-Urbe 2012). En general, los pagos a los proveedores se siguen basando en presupuestos históricos y no están vinculados al desempeño. No obstante, la CNPSS está evaluando opciones para utilizar los sistemas de información existentes, incluido el SINOS, como base de un sistema para generar estos incentivos.

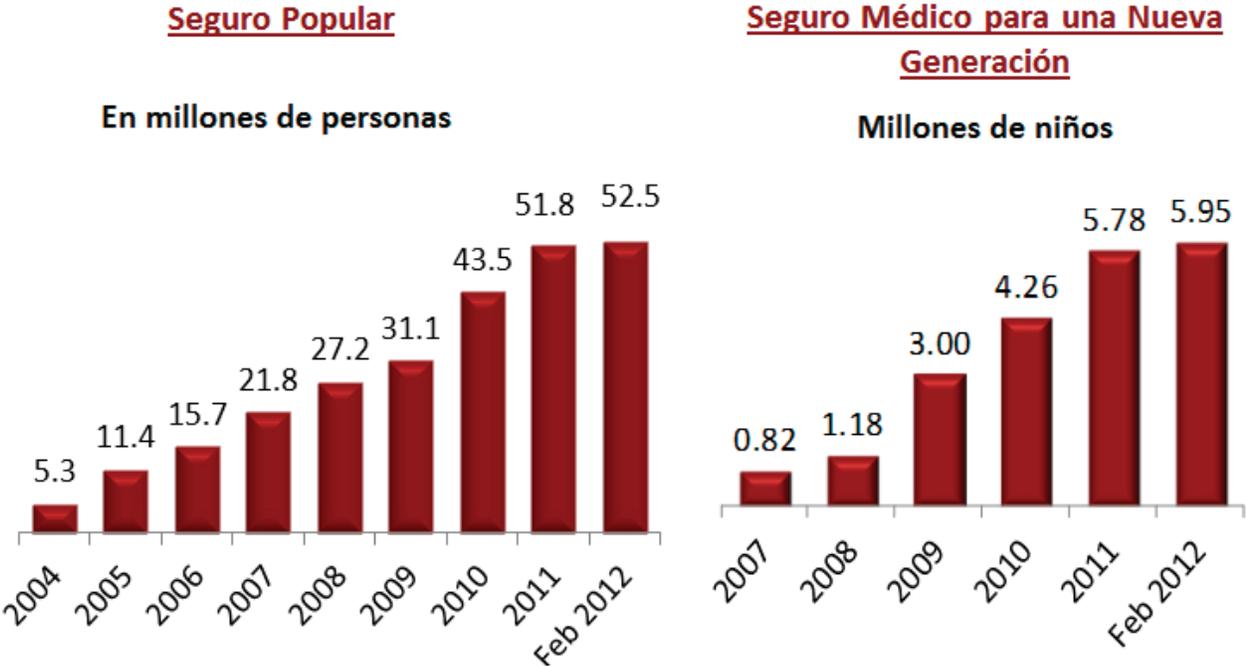
Además de los propios sistemas de información del SPSS, la Secretaría de Salud recopila información sobre consultas médicas, datos de alta de los hospitales y características del establecimiento (infraestructura, recursos físicos, y otros), así como datos de calidad (situación en cuanto a la acreditación, tasas de infección, y otros) para los SESA y el grupo de hospitales administrados por la Secretaría de Salud.

El desarrollo de datos administrativos para evaluar mejor el desempeño del proveedor que trabaja bajo el SPSS es un ámbito de oportunidad. Los datos sobre calidad técnica y la información sobre el volumen de resultados, y la mezcla de casos de los hospitales pueden elaborarse utilizando el sistema de datos sobre altas de hospitales que ya está en funcionamiento. El desarrollo de sistemas de información sobre costos exige un esfuerzo integral para llevar a cabo la contabilidad financiera —estados financieros, balances, y “facturas virtuales” para cada paciente— de las unidades de atención de salud. Actualmente, los establecimientos de atención de salud no están en capacidad de suministrar esta información.

7. DISCUSIÓN SOBRE UN TEMA ESPECÍFICO DE MÉXICO

La reforma del sistema de salud, que comenzó con la modificación de la Ley General de Salud y la institucionalización del SP en 2003, ha alcanzado la mayoría de sus metas originales. El SP se amplió rápidamente, en particular después de 2010, para cubrir prácticamente a toda su población destinataria, alrededor de 52 millones de personas que antes no estaban aseguradas y, en febrero de 2012, el SMNG protegía a 5,95 millones de niños (figura 5).

Figura 5. Tendencias en la afiliación al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación



Fuentes: CNPSS 2012

Tal como lo habían previsto los reformadores, el gasto total en salud aumentó en más de 1% del PIB entre 2000 y 2010. La mayor parte de este aumento se debió a grandes incrementos en el gasto público en salud que creció de 2,4% a 3,1% del PIB entre 2000 y 2009. También disminuyó el diferencial en el gasto público entre los que estaban cubiertos por el seguro social y los no asegurados (la proporción bajó de 2,1 a 1,2) y las diferencias entre los estados (cuadro 1).

Cuadro 1. Evolución de los desequilibrios fiscales en el sector de la salud

	2000	2004	2010
Gasto en salud como porcentaje del PIB	5,1	6,0	6,3
Gasto público en salud como porcentaje del PIB	2,4	2,7	3,1(2009)
Proporción del gasto público por persona entre quienes están cubiertos por los planes del Seguro Social y quienes no lo están	2,1 a 1,0	2,1 a 1,0	1,2 a 1,0
Proporción del gasto federal en salud por persona en estados con la cifra más alta en relación con estados con la cifra más baja	6,1 a 1,0	4,3 a 1,0	3,0 a 1,0

Fuente: Knaul et al. 2012 y Base de datos sobre desarrollo del Banco Mundial para la información sobre el gasto público como porcentaje del PIB

Utilización de los servicios de salud

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006 muestran que los afiliados al SP tienen una mayor probabilidad de usar servicios de salud, condicionado a la necesidad de servicio, en comparación con los no asegurados (Knaul et al., 2012). Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, de 2008, muestran un patrón similar (cuadro 2). El cuadro 2 muestra el porcentaje de familias con diferentes planes de seguro en las que había un miembro de la familia con un trastorno de salud que le impedía llevar a cabo las actividades de la vida diaria y que buscan servicios de salud. Según muestra el cuadro 2, las familias aseguradas por el SPSS tenían más probabilidades de utilizar los servicios de salud en comparación con las que no estaban aseguradas, pero la probabilidad de buscar servicios era menor que en las familias afiliadas al seguro social.

Cuadro 2. Utilización de los servicios de salud en caso de enfermedad: SPSS, no asegurados, y familias afiliadas al Seguro Social

	SPSS	No asegurados	SPSS –no asegurados	SPSS y no asegurados
Cobertura (%) ²	94,3	92,5	*1,8 (p=0.058)	93,3
	SPSS	Seguro Social	SPSS – Seguro Social	SPSS y Seguro Social
Cobertura (%) ²	94,3	97,1	** -2,9 (p=0.000)	96,3

Fuente: Kurowski and Ortiz 2012.

Nota: En caso de enfermedad: familias en las que por lo menos un miembro tiene un trastorno de salud que le impidió realizar las actividades de la vida diaria (AVD)

Cobertura: familias en las que por lo menos un miembro tiene un trastorno de salud que le impidió realizar las AVD y que buscan servicios de salud, entre las familias con por lo menos un miembro que tiene un trastorno de salud que le impedía realizar las AVD

*p<0.1, **p<0.01.

Protección financiera

Un estudio de 2012 que utilizó la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, de 2008 (Kurowski y Ortiz 2012), determinó que al controlar las características de las familias asociadas con la afiliación al SPSS, las familias afiliadas al SPSS¹² tenían gastos de bolsillo significativamente menores en comparación con las familias no aseguradas, pero los gastos eran similares a los de las familias afiliadas al seguro social (cuadro 3). El mismo estudio también encontró que al controlar las características de la familia asociadas con la afiliación al SPSS, las familias del SPSS mostraban una incidencia significativamente más baja de gastos catastróficos de salud en comparación con las familias no aseguradas, y no había diferencias significativas entre las familias afiliadas al SPSS y las que estaban aseguradas (cuadro 4).

Cuadro 3. Gasto de bolsillo anual para pares igualados – SPSS, no asegurados, y Seguro Social

SPSS	No asegurados	SPSS – No asegurados
1,493	2,043	*-550 p = 0.03
SPSS	Seguro social	SPSS – Seguro Social
1,485	1,654	-168 p = 0,73

Fuente: Kurowski y Ortiz, 2012.

Nota: *p<0,05.

¹² El estudio utilizó la metodología del “puntaje de propensión que empareja” (propensity score matching) para comparar familias (y por ende, controlar las diferencias entre grupos de población) que tienen por lo menos un miembro de la familia afiliado al SPSS y ninguno de los otros miembros tiene algún tipo de cobertura, y las familias en las que ninguno de sus miembros está asegurado.

Cuadro 4. Incidencia del gasto catastrófico para pares igualados – SPSS, familias no aseguradas y afiliadas al Seguro Social

	SPSS	No asegurados	SPSS –No asegurados
CAT 30 (%) ^a	4,1	4,8	** -0,7 P < 0,05
CAT 20 (%) ^b	6,0	7,0	** -1,0 P = 0,02
CAT 10 (%) ^c	10,6	12,8	*** -2,1 P = 0,00
	SPSS	Seguro Social	SPSS – Seguro Social
CAT 30 (%) ^a	4,1	3,8	0,3 P = 0,52
CAT 20 (%) ^b	6,0	6,2	-0,2 P = 0,76
CAT 20 (%) ^b	10,6	9,1	* 1,6 P = 0,08

Fuente: Kurowski y Ortiz, 2012.

a. Familias con gastos catastróficos superiores al 30 % del ingreso disponible.

b. Familias con gastos catastróficos superiores al 20 % del ingreso disponible.

c. Familias con gastos catastróficos superiores al 10 % del ingreso disponible.

*p<0,1, ** p<0,05, ***p<0,01.

CAT = catastrófico.

Impacto sobre la formalidad del mercado laboral

El SP ofrece prestaciones de salud que son más altas que las ofrecidas originalmente por el Sistema Nacional de Salud y se aproximan a las del esquema contributivo de seguridad social para los trabajadores del sector formal afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social. Sin embargo, al aproximar las prestaciones del esquema subsidiado a las del esquema contributivo, podría surgir un incentivo para que las empresas y las personas decidieran optar por la informalidad del mercado laboral, con lo cual disminuiría la afiliación al IMSS y aumentaría la afiliación al Seguro Popular. En los últimos años, se han hecho varios estudios para calcular este impacto, y se encontró que si bien hay un impacto, este es menor de lo que se creía originalmente, en especial cuando se le compara con los impactos positivos que el SP ha tenido en la cobertura de seguro, utilización de los servicios, y la protección financiera.¹³ Por otro lado, uno de esos estudios encontró pruebas que parecen indicar que las familias consideran la afiliación al SPSS como un complemento a la afiliación en el seguro social y no como un sustituto (Kurowski y Villar 2012). Se determinó que la caída más alta en la probabilidad de inscribirse en el seguro social ocurre entre los miembros de familias que no están cubiertos a través de la afiliación al seguro social del jefe de la familia o su cónyuge (Aterido et al., 2011). Estos miembros de la familia, al salirse del seguro social y afiliarse en el SPSS, le suministran a toda la familia la cobertura del SPSS, debido a que ésta se extiende hasta los padres del jefe de familia, a su cónyuge y a los dependientes que viven en el hogar (Kurowski and Villar 2012).

¹³ El Sistema de Protección Social en Salud de México y el Sector Formal. Seminario realizado en el Banco Mundial, Washington, DC; 1 de junio de 2012.

8. AGENDA PENDIENTE

A pesar de los grandes éxitos del SPSS, hay varios retos que debe superar el sistema de salud en general para mejorar los resultados de salud, reducir las desigualdades y mejorar la protección financiera contra gastos catastróficos de salud.

Desigualdades en resultados y recursos de atención de salud entre los estados

A pesar de todos los esfuerzos por aumentar la oferta de servicios de salud y eliminar las barreras financieras y de otro tipo que se plantean al acceso, entre los estados subsisten grandes desigualdades en resultados sanitarios y en los recursos asignados a la salud. Esto se debe en gran medida a las grandes desigualdades que existían al inicio de la reforma y las grandes diferencias socioeconómicas entre los estados que van más allá del sector de la salud. Por ejemplo, mientras que la tasa de mortalidad infantil en el estado de Nuevo León se calculaba en 9,4 por 1.000 nacidos vivos en 2012, en Guerrero es de 18,6.¹⁴ De igual manera, en 2008, mientras que la mortalidad materna en Tlaxcala era de 27 per 100.000 nacidos vivos, en Oaxaca era de 98,7.¹⁵ También hay grandes diferencias entre estados en la distribución de los recursos asignados a la salud. En 2008, había 312 médicos por 100.000 personas en el Distrito Federal, pero sólo 94 en Chiapas.¹⁶ A pesar de todo esto, el SPSS ha aumentado significativamente el número de médicos, enfermeras y camas de hospital disponibles en la red de prestación de servicios públicos de salud (véase Knaul et al., 2012).

Fragmentación del sistema de atención de salud

El SPSS, en especial el SP, tuvo éxito en aumentar rápidamente la afiliación pero no eliminó la fragmentación del sistema de salud de México, que incluye varios planes de seguro de salud que cubren a los trabajadores formales, el SPSS, y el sector privado. Estos sistemas tienen sus propias fuentes de financiamiento y sus propias redes de proveedores de servicios con poca comunicación entre ellos. Cada plan tiene sus propias fuentes de financiamiento, sus propios fondos mancomunados, estructuras administrativas, reservas financieras, y redes de proveedores de servicios, lo que genera grandes ineficiencias. Hay poca integración y coordinación funcional entre estos subsistemas, debido a que los afiliados están limitados a los servicios prestados por la red propia de su plan de seguros. En 2011, los costos de la administración de los servicios y los seguros de salud en México representaban una cifra estimada en 10,8% del gasto total en salud, la más alta de los países de la OCDE.¹⁷ Actualmente, en México tiene lugar un debate público acerca de las formas para lograr la integración funcional del sistema (incluso la creación de un sistema unificado financiado por impuestos generales) y para eliminar las ineficiencias creadas por la fragmentación existente.

¹⁴ Datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

¹⁵ Datos del Sistema Nacional de Información (SINAIS).

¹⁶ Propuesta sobre Salud del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

¹⁷ Véase Ribe et al., 2012, y http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

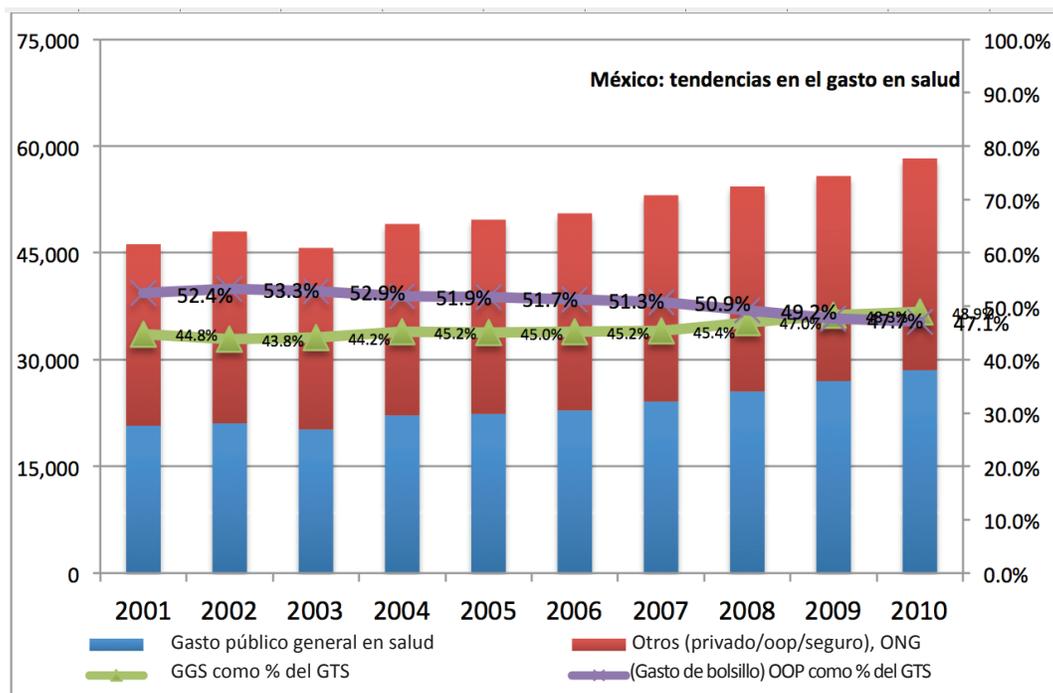
Desigualdades en las prestaciones entre los asegurados por el Seguro Social y los asegurados por el SPSS

La fragmentación del sistema de salud también genera desigualdades, debido a que los subsistemas ofrecen diferentes conjuntos de servicios. Por ejemplo, los planes de seguro de salud del IMSS y del ISSSTE cubren servicios a todos los niveles de la atención, aunque sus prestaciones no son totalmente explícitas, mientras que el SPSS cubre principalmente atención primaria y secundaria y un conjunto limitado de servicios de salud de alta complejidad. La calidad de los servicios prestados por cada plan también es variable. Por ejemplo, en 2000, antes de la introducción del SPSS, la tasa de mortalidad materna era casi tres veces más alta entre quienes tenían acceso solamente al sistema público de servicios de salud, en comparación con las personas afiliadas al régimen contributivo de seguro social de salud (OCDE, 2005).

Protección financiera contra gastos catastróficos y empobrecedores

Como ya se ha dicho, el SPSS redujo considerablemente los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos relacionados con la salud entre sus afiliados. Sin embargo, los gastos de bolsillo de la población total siguen siendo muy altos —entre los más altos de los países de ingreso medio alto (Banco Mundial 2010b)— ya que financian alrededor de la mitad del gasto total en salud. De igual manera, el gasto catastrófico en el país sigue siendo alto (figura 6).

Figura 6. Tendencias en el gasto total en salud (GTS), gasto público en salud, gastos de bolsillo (OOP), y gasto privado, México



Fuente: OMS GHED - GGHE/Otros en US\$ constantes de 2005, tasas de crecimiento anual calculadas según el método de los mínimos cuadrados.

Falta de incentivos para aumentar la producción y mejorar la calidad de los servicios

Con la excepción del FPGC, los mecanismos de pagos al proveedor siguen desvinculados de la producción del servicio. Esta falta de incentivos para aumentar la producción y la calidad de los servicios podría reflejar debilidades en la estructura de incentivos y los mecanismos de rendición de cuentas implícitos en la relación entre el gobierno federal y los estados dentro del SPSS. Por ejemplo, el gobierno federal no ha exigido a los estados que cumplan algunas de sus responsabilidades, tales como el uso de recursos del SPSS exclusivamente para unidades de proveedores acreditados o el cobro de contribuciones de las familias al SP (Kurowski y Villar-Uribe 2012). Además, si bien es cierto que la mayor parte de sus recursos provienen del gobierno federal, los estados tienen casi total autonomía sobre el uso de estos recursos. Por lo tanto, al reemplazar la asignación presupuestaria histórica con una prima basada en el número de afiliados, el SP dio incentivos a los estados para inscribir a nuevos afiliados, pero no necesariamente les dio incentivos para una prestación de servicios eficaz.

Ineficiencias potenciales causadas por la organización interna y el funcionamiento del SPSS y del Seguro Social

La organización interna y el funcionamiento de los planes del SPSS y del seguro social tienen potencial para generar ineficiencias. Los planes de seguro de salud integran el financiamiento y la prestación de servicios. Unido a los mecanismos de pagos al proveedor no relacionados con la producción, esto puede generar ineficiencias, porque la compra estratégica de servicios (la opción de decidir qué comprar, con qué frecuencia y de quién¹⁸) se ve entorpecida. El gobierno, consciente de este problema, ha emprendido importantes iniciativas para reorganizar los sistemas en especial en el caso del SPSS. No obstante, el progreso ha sido limitado. La reforma no logró cambiar significativamente la organización interna ni el funcionamiento de los SESA (Kurowski y Villar-Uribe, 2012). Aunque se observa progreso en algunos de los estados, en general la función del seguro no se ha desarrollado totalmente. Los SESA todavía están integrados verticalmente, es decir, siguen combinando las funciones de financiamiento y prestación de servicios. Aunque los REPS se crearon en los estados, en general, no funcionan de manera independiente de la Secretaría de Salud del estado, que también administra las redes de proveedores públicos. Por otro lado, los pagos al proveedor han permanecido prácticamente sin cambios, al menos en el caso del SP.

¹⁸ Véase Ribe, Robalino, y Walker 2012. La compra estratégica es la opción de decidir qué, cómo y de quién contratar la prestación de servicios (Busse y otros, 2007).

ANEXO 1. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, LA ATENCIÓN PRIMARIA, Y ESFUERZOS CLAVE EN EL LADO DE LA OFERTA

México tiene una política explícita de servicios públicos de salud y de atención primaria de salud, con presupuestos y programas específicos. Se hace hincapié especialmente en la salud de la madre y el niño, en el VIH/SIDA, y en otras enfermedades como la tuberculosis (Secretaría de Salud, 2011). El país ha avanzado considerablemente en la ruta para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. México está en camino para alcanzar todos estos objetivos con la excepción de las metas relacionadas con la mortalidad materna y la propagación del VIH/SIDA. Aunque ha habido mejoras en las dos áreas, el progreso logrado no basta para alcanzar las metas (Gobierno de México y Organización de las Naciones Unidas México, 2010). En el caso de todos los otros ODM, México o bien los ha alcanzado, como en el caso de los ODM relacionados con la desnutrición infantil, la malaria y la tuberculosis, o está muy cerca de alcanzar la meta, como en el caso de la mortalidad de menores de 5 años (Gobierno de México y ONU, México 2010).

El Gobierno de México ha adoptado varias estrategias para reducir la mortalidad materna. Como ya se ha dicho, este es uno de los ODM que probablemente el país no alcanzará, a pesar del progreso significativo. Entre 1990 y 2010, la tasa de mortalidad materna se redujo en 45%. En 2010, la tasa (50 per 100.000) era más baja que el promedio de la región de América latina y el Caribe (ALC), aunque era más alta que las predominantes en otros países de la OCDE.¹⁹ Entre las estrategias que se están aplicando para mejorar la salud materna, México tiene las siguientes: a) la Estrategia de Embarazo Saludable, que asigna prioridad a las embarazadas para inscribirse con su familia en el SPSS; b) un convenio entre los planes del seguro social y el SPSS para dar atención obstétrica de urgencia a todas las mujeres sea cual fuere su derechohabencia; y c) el Programa Caravanas de Salud (PCS) que ha trabajado muy de cerca con las parteras en las comunidades rurales para asegurar que la atención obstétrica de urgencia se preste siempre que se necesite.

La prevalencia del VIH/SIDA en México es relativamente baja, y se sitúa en 0,38 por 100 adultos de 15 a 49 años. El gobierno cuenta con una estrategia intensiva de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y ha asegurado el acceso universal y gratuito a los medicamentos antirretrovirales de los pacientes con VIH/SIDA, por conducto del FPGC.

Uno de los principales retos que afronta México es el de poder prestar servicios de atención de salud continuos a la población que vive en comunidades rurales aisladas. El país ha diseñado diferentes programas para llegar hasta esas comunidades a través de iniciativas relacionadas con la oferta y la demanda. En el aspecto de la oferta, y financiados con ingresos generales, varios programas importantes que están en funcionamiento: IMSS-Oportunidades, PCS, y el Programa Nacional de Cirugía Extramuros. En el aspecto de la demanda, México desarrolló el programa de transferencias monetarias condicionadas, Oportunidades (anteriormente Progresa).

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, y el Banco Mundial sobre Estimados de Mortalidad Materna para 2010 y datos de la OCDE.

El IMSS-Oportunidades ofrece servicios de atención primaria y secundaria a más de 11 millones de personas en comunidades rurales aisladas. El programa, administrado en forma centralizada por el IMSS, fue un esfuerzo para ampliar la red de prestación de servicios. El PCS, que es un nuevo programa federal (iniciado en 2007), sirve a los lugares rurales marginados y aislados donde la población carece de acceso regular a los servicios de salud. Por medio de unidades móviles de atención de salud, llega hasta 3,9 millones de personas en los lugares más pobres. Las unidades móviles visitan cada localidad por lo menos una vez al mes. El PCS coexiste con el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que también utiliza unidades móviles, pero este programa es administrado por los SESA.

En el caso de Oportunidades, las familias reciben una transferencia de dinero en efectivo cuando cumplen con sus responsabilidades en cuanto a la utilización de los servicios de atención primaria de salud y la asistencia a la escuela. El programa llega actualmente a casi 5,7 millones de familias. El programa logró aumentar el consumo de las familias pobres, su asistencia a la escuela y la utilización de los servicios de salud. Debido a sus impactos demostrados sobre los indicadores de salud, nutrición y educación, el programa ha servido de modelo para numerosos países de la región y fuera de ella.²⁰

Otra estrategia adoptada por el país para llegar hasta las comunidades pobres y aisladas es el Programa de Servicio Social. En México, todos los estudiantes que han terminado sus estudios de pregrado, incluso los médicos, están obligados a participar en este programa (en México, la escuela de medicina es de pregrado). Como parte de este programa, los estudiantes de medicina pasan un año en unidades de atención de salud, algunas de ellas situadas en lugares rurales y pobres. Los sueldos no son altos puesto que están prestando un servicio social al país.

Gracias a las reducciones en la mortalidad materna y de menores de 5 años y el control de las enfermedades transmisibles, la esperanza de vida en México ha aumentado en las últimas décadas; en 2011, era de 73,2 años para los hombres y 77,9 para las mujeres.²¹ Como resultado el país ha avanzado en la transición demográfica y epidemiológica. Su población está envejeciendo, y unido a la exposición a la alimentación no saludable, la falta de actividad física, el tabaquismo y el abuso del alcohol, las enfermedades no transmisibles están aumentando rápidamente. La diabetes y las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte y discapacidad en México. Para prevenir mejor la muerte prematura y la discapacidad y controlar las enfermedades no transmisibles, el país ha empezado a adoptar varias estrategias a nivel poblacional y de los centros de salud.

A nivel poblacional, el país ha empezado a ejecutar políticas destinadas a reducir los factores de riesgo para la salud, en particular el sobrepeso y la obesidad (con 34,5% de las mujeres y 24,2% de los hombres obesos, México tiene uno de los porcentajes más altos de adultos con sobrepeso y obesidad entre los países de la OCDE).²² México también tiene un porcentaje alto de niños con sobrepeso —31 % de los niños de 7 a 17 [(OCDE 2010)]. Para abordar este problema, México prohibió la venta de alimentos nocivos para la salud en las escuelas e hizo obligatoria las clases de actividad física. A nivel de los centros de salud, el IMSS y el ISSSTE tienen sus propios sistemas de gestión del riesgo, PREVENIMSS y PREVENISSSTE. Actualmente, el SPSS también está implantando su propio sistema de gestión del riesgo, Consulta Segura.

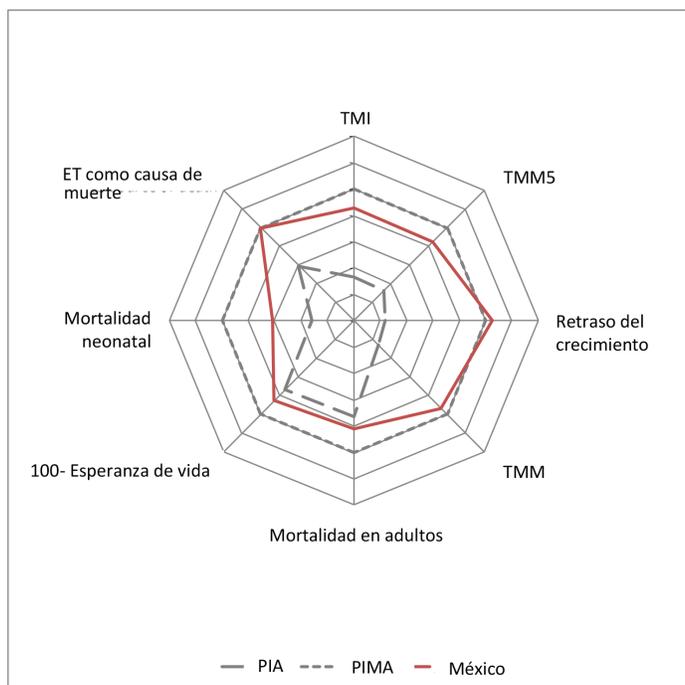
²⁰ El programa y varios investigadores independientes efectuaron una serie de rigurosas evaluaciones de impacto, que demostraban estos impactos y le dieron forma al diseño del programa (www.oportunidades.gob.mx/evaluacion). La reducción de la pobreza simulada (medida con la línea mínima del bienestar proviene de Araujo y Sandoval [2012]).

²¹ Datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

²² Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México 2006.

ANEXO 2. GRÁFICOS DE RADAR

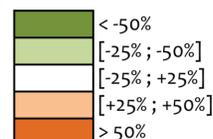
I. Comparaciones de resultados: México y países de ingreso medio alto



Interpretación:

En este gráfico, 'más alto' significa 'peor', dado que estos indicadores son medidas positivas de mortalidad y morbilidad. La esperanza de vida se convierte para que indique una relación inversa.

Los valores del gráfico de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

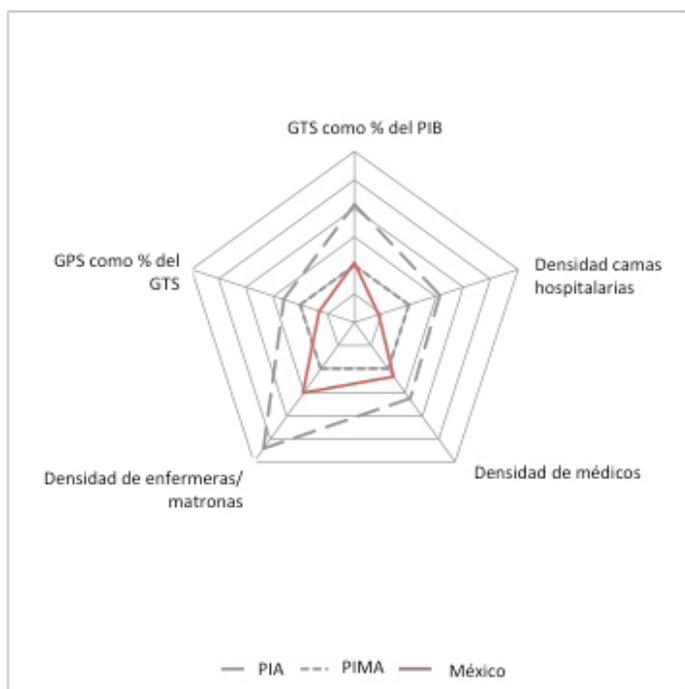


En el cuadro que sigue se resumen las comparaciones de resultados con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).

Datos de países	México	PIMA	Dif. %
INB per capita (US\$ 2000)	566.4	1899.0	198.4%
TMI	14.1	16.5	-14.6%
TMM5	16.7	19.6	-15.0%
Retraso del crecimiento	15.5	14.8	5.1%
TMM	50.0	53.2	-6.1%
Mortalidad en adultos	132.5	160.0	-17.5%
100- Esperanza de vida	23.3	27.2	-14.2%
Mortalidad neonatal	7.0	11.4	-38.6%
ET como causa de muerte	22.0	22.0	0.0%

TMI: Tasa de mortalidad infantil (2010). TMM5: Tasa de mortalidad, menores de cinco años (2010). Retraso del crecimiento: prevalencia de baja altura para la edad en niños menores de cinco años (2010). TMM: Tasa de mortalidad materna (2010) por cada 100.000 nacidos vivos. Mortalidad, adultos: tasa de mortalidad de adultos por cada 1.000 varones adultos (2010). [100-(esperanza de vida)]: Esperanza de vida al nacer (2010) restada de un máximo de 100. Mortalidad, recién nacidos: Mortalidad de recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos. Enfermedades contagiosas como causa de muerte (% del total). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial. Los promedios de ingreso para el retraso del crecimiento fueron calculados por personal del Banco y no son ponderados.

II. Comparaciones de insumos México y países de ingreso medio alto

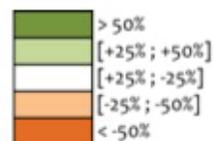


Interpretación:

En esta gráfica se muestran indicadores que miden el gasto en salud o el número de trabajadores de salud con respecto a la población

Los valores del gráfico de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

En el cuadro que sigue se resumen las comparaciones de insumos con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de países	México	PIMA	Dif. %
INB per capita (US\$ 2000)	566.4	1899.0	198.4%
GTS como % del PIB	6.5	6.1	5.9%
Densidad camas hospitalarias	1.6	3.7	-56.4%
Densidad médicos	2.0	1.7	15.9%
Densidad de enfermeras/ matronas	4.0	2.6	52.6%
GPS como % GTS	35.3	54.3	-35.0%

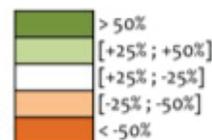
GTS como % del PIB: Gasto en salud, total (% del PIB) (2010). Densidad de camas de hospital: camas de hospital por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Densidad de médicos: médicos por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Densidad de enfermeras y matronas: enfermeras y matronas por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Gasto del gobierno en salud como % del gasto total en salud/10: gasto público en salud (% del gasto total en salud) (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

III. Comparaciones de la cobertura México y países de ingreso medio alto

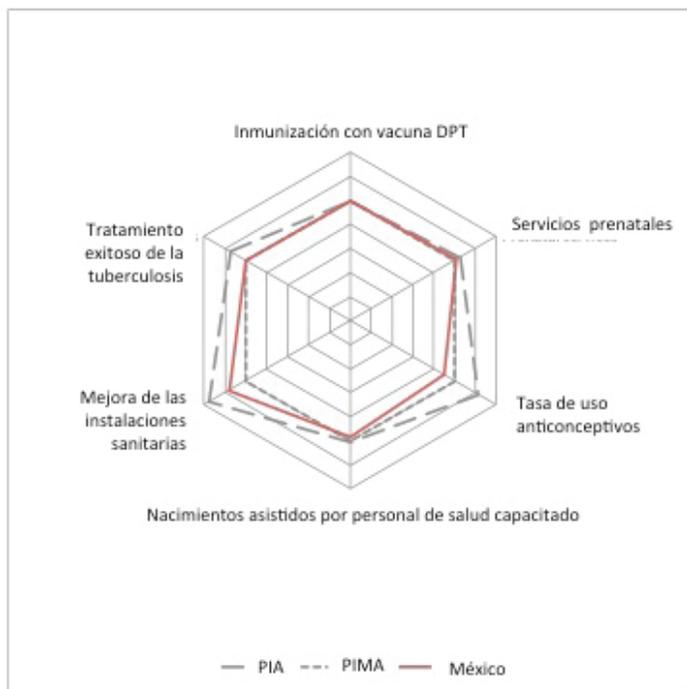
Interpretación:

En este gráfico, 'más alto' significa 'mejor', ya que estos indicadores son medidas positivas. En este caso, todos son porcentajes de la población que reciben o tienen acceso a ciertos servicios relacionados con la salud.

Los valores del gráfico de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.



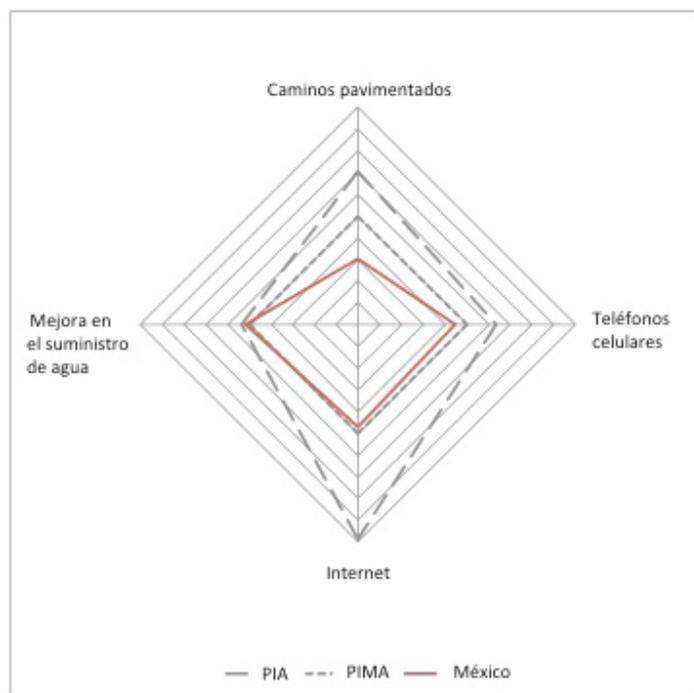
En el cuadro que sigue se resumen comparaciones de cobertura con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de países	México	PIMA	Dif. %
INB per capita (US\$ 2000)	566.4	1899.0	198.4%
Inmunización con vacuna DPT	95.0	95.8	-0.8
Servicios prenatales	95.8	93.8	2.1
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	72.9	80.5	-9.5
Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado	95.3	98.0	-2.7
Mejora de las instalaciones sanitarias	85.0	73.0	16.4
Tratamiento exitoso de la tuberculosis	86.0	86.0	0.0

Inmunización con vacuna DPT: % de niños entre 12 y 23 meses de edad que recibieron la inmunización (2010). Servicios prenatales: % de embarazadas que reciben atención prenatal (último año con datos disponibles). Tasa de uso de anticonceptivos: % de mujeres de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos (último año con datos disponibles). Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado: % de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (último año con datos disponibles). Mejora de las instalaciones sanitarias: % de la población que tiene acceso a mejores instalaciones sanitarias (2010). Tratamiento exitoso de la tuberculosis: tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis (% de casos registrados). Todos los datos provienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

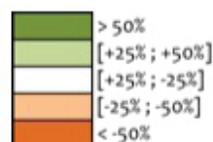
IV. Comparaciones de la infraestructura México y países de ingreso medio alto



Interpretación:

En este gráfico, 'más alto' significa 'mejor', ya que estos indicadores son medidas positivas de la prestación de cierto bien o servicio, y una medida del desarrollo urbano.

Los valores del gráfico de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

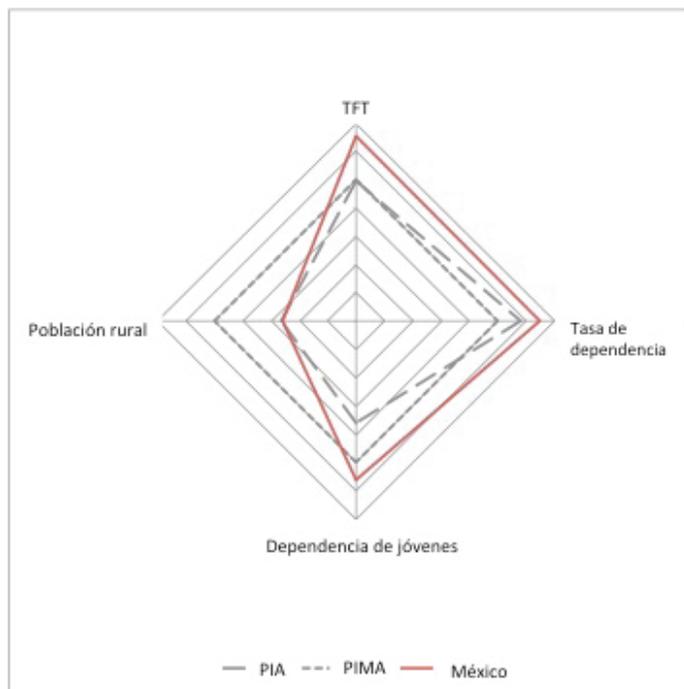


En el cuadro que sigue se resumen las comparaciones de infraestructura con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).

Datos de países	México	PIMA	Dif. %
INB per capita (US\$ 2000)	566.4	1899.0	198.4%
Caminos pavimentados	35.3	57.6	-38.7%
Tel. celulares	82.4	92.3	-10.8%
Internet	36.2	38.3	-5.7%
Mejora en el suministro de agua	96.0	92.6	3.7%

Caminos pavimentados: % del total de caminos que tienen pavimento (últimos datos disponibles). Usuarios de Internet: número de usuarios por cada 100 personas (2010, con algunos cálculos sobre los años anteriores). Usuarios de teléfonos celulares: abonos a teléfonos celulares por cada 100 personas (2010). Mejora en el suministro de agua: % de la población que tiene acceso a una mejor fuente de agua (2010). Todos los datos provienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

V. Comparaciones demográficas México y países de ingreso medio alto



Interpretación:

Estos indicadores miden el número de nacimientos por mujer, la proporción de la población que vive en zonas rurales, y el número de dependientes.

Los valores del gráfico de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

El cuadro que sigue resume las comparaciones de indicadores demográficos con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).

	> 50%
	[+25%; +50%]
	[+25%; -25%]
	[-25%; -50%]
	< -50%

Datos de países	México	PIMA	Dif. %
INB per capita (US\$ 2000)	566.4	1899.0	198.4%
TFT	2.3	1.8	31.1%
Tasa de dependencia	54.9	42.2	29.9%
Dependencia de jóvenes	82.1	73.0	12.6%
Población rural	22.2	42.6	-47.8%

TFT: Tasa de fecundidad total (nacimientos por cada mujer), 2009. Tasa de dependencia: % de la población en edad de trabajar (2010) que tenga menos de 15 años o más de 64. Dependencia de jóvenes: % de la población en edad de trabajar (2010) que tenga menos de 15 años. Población rural: % de la población que vive en zonas rurales (2010). Todos los datos provienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

REFERENCIAS

Aguilera, Nelly. 2012. "Gasto en salud en el marco de la cobertura universal." México

Aterido, R., M. Hallward-Driemeier, and C. Pages. 2011. "Does Expanding Health Insurance Beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality?: Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular." Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de Trabajo sobre Investigación de Política 5785, Washington, DC.

Bosch, M., M. B. Cobacho, and C. Pagés. 2011. "Taking Stock Eight Years after the Implementation of the Seguro Popular in Mexico." Inter-American Development Bank, Washington, DC.

Busse, R., J. Figueras, R. Robinson, and E. Jakubowski. 2007. "Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends." *Healthcare Papers* 8 (Sp): 62–76.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/pobreza_2010.es.do.

Frenk, Julio, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, Miguel A. Lezana, and Felicia Marie Knaul. 2006. "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico." *The Lancet* 368 (9546): 1524–34.

Gakidou, Emmanuela, Rafael Lozano, Eduardo González-Pier, Jesse Abbott-Klafer, Jeremy T. Barofsky, Chloe Bryson-Cahn, Dennis M. Feehan, Diana K. Lee, Hector Hernández-Llamas, and Christopher J. L. Murray. 2006. "Assessing the Effect of the 2001–06 Mexican Health Reform: An Interim Report." *The Lancet* 368 (9550): 1920–35.

Giedion, U., G. Panopoulou, and S. Gómez-Fraga. 2009. "Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México." Comisión Económica para América Latina. Serie Financiamiento del Desarrollo 219, México, D.F.

Gobierno de México y Organización de las Naciones Unidas, México. 2010. "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avance." Gobierno de México y Organización de las Naciones Unidas, México, México, D.F.

IMF (International Monetary Fund). 2012. "Mexico Staff Report for the 2012 Article IV Consultation." IMF Report Number 12/316, Fondo Monetario Internacional, Washington, DC.

Knaul, F., E. González-Pier, O. Gómez-Dantés, D. García-Junco, H. Arreola-Ornelas, M. Barraza-Llórens, R. Sandoval, F. Caballero, M. Hernández-Dávila, M. Juan D. Kershenobich, G. Nigenda, E. Ruelas, J. Sepúlveda, R. Tapia, G. Soberón, S. Chertorivski, and J. Frenk. 2012. "The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for all in Mexico." *The Lancet* 380 (9840): 1259–79.

Knaul, F., H. Arreola-Ornelas, O. Méndez-Carniado a, C. Bryson-Cahn, J. Barofsky, R. Maguire, M. Miranda, and S. Sesma. 2006. "Health System Reform in Mexico 4: Evidence is Good for your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico." *The Lancet* 368 (9549): 1828–41.

Kurowski, C., and Luis Ortiz. 2012. "Mexico's Social Protection System in Health and the Financial Protection of Citizens without Social Security." Banco Mundial, Washington, DC.

Kurowski, C., and Manuela Villar-Urbe. 2012. "Mexico's Social Protection in Health and the Transformation of State Health Systems." Banco Mundial, Washington, DC.

Kurowski, C., M. Vilar-Compte, E. Correa Araujo, and A. Stanciole. 2012. "Mexico Social Protection System in Health and the Formal Sector." Banco Mundial, Washington, DC.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2005. "OECD Reviews of Health Systems: Mexico." Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2010. "Obesity and the Economics of Prevention: Fit or Fat." Documento preparado por Franco Sassi. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París.

Ribe, H., D. Robalino, and I. Walker. 2010. "Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean: From Right to Reality." Banco Mundial, Washington, DC.

Ribe, Helena, David A. Robalino, and Ian Walker. 2012. From Right to Reality: Incentives, Labor Markets and the Challenge of Universal Social Protection in Latin America and the Caribbean. Banco Mundial: Washington, DC.

Scott, John, CIDE (Centro de Investigación y Docencia Económicas), y CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social). 2011. "Gasto Público para la Equidad: del Estado excluyente hacia un estado de bienestar universal." Serie ¿Gastamos para Mejorar? México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas, Santa Catarina Coyoacán, Distrito Federal.

Secretaría de Salud. 2007. "Programa Nacional de Salud 2007–2012. Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud." Secretaría de Salud, México, D.F. http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf.

Secretaría de Salud. 2008. "Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Protección Social en Salud." Diario Oficial de la Federación, abril 2004, última reforma publicada en noviembre 2008. http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Reglamento/Reg_LGS_Materia%20de%20Proteccion%20social%20en%20salud.pdf.

Secretaría de Salud. 2008. "Reglas de Operación del Seguro Médico para una Nueva Generación." Diario Oficial de la Federación, marzo. <http://www.asofis.org.mx/tabasco/marzo/seguro-medico.pdf>.

Secretaría de Salud. 2009. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Secretaría de Salud, México, D.F.

Secretaría de Salud. 2010. "México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud." Mimeo. México, D.F.

Secretaría de Salud. 2011. "Rendición de Cuentas en Salud, 2010." Secretaría de Salud, México, D.F.

World Bank. 2010a. "Project Appraisal Document for the Proposed Loan to Support the United Mexican States for the Social Protection System in Health Project." Informe No. 52142-MX, Banco Mundial, Washington, DC.

World Bank. 2010b. "Trends in Government and Health Financing in Mexico." Banco Mundial, Washington, DC.



El Banco Mundial apoya las iniciativas que emprenden los países para compartir los conocimientos y experiencias que han permitido a los países de la región avanzar en la transición hacia la cobertura universal de salud, reducir los costos financieros relacionados con la enfermedad y lograr una mayor equidad. El Banco reconoce que existen muchas rutas que llevan a la cobertura universal de salud. El Banco reconoce que existen muchas rutas que llevan a la cobertura universal y no apoya ninguna ruta o conjunto particular de arreglos organizativos o financieros para lograrla. Sea cual sea la ruta escogida, su ejecución exitosa implica la existencia de muchos instrumentos e instituciones. Aunque se pueden tomar rutas distintas para ampliar la cobertura, la ejecución de todas ellas implica desafíos. Consciente de eso, el Banco Mundial lanzó la Serie de estudios UNICO sobre cobertura universal de salud, cuyo fin es obtener conocimientos y diseñar instrumentos operativos para ayudar a los países a abordar estos desafíos propios de la ejecución en formas sostenibles desde el punto de vista fiscal y que mejoren el grado de equidad y eficiencia. La Serie de estudios UNICO consta de documentos técnicos y estudios de casos prácticos de varios países, en los cuales se analizan distintas facetas relacionadas con las dificultades que existen para aplicar las políticas de cobertura universal.

Los estudios de casos prácticos de los países de la Serie se basan en el empleo de un protocolo normalizado para analizar los detalles prácticos de los programas de cobertura universal de salud. El protocolo se basa en el empleo de un protocolo normalizado para analizar los detalles prácticos de los programas mediante los cuales se han ampliado la cobertura en forma vertical ascendente, es decir, de los programas que han comenzado con los pobres y los vulnerables en lugar de aquellos que se han iniciado con un grupo de población de alto nivel de ingresos. El protocolo consta de políticas detalladas que se han diseñado para obtener conocimientos detallados de la forma en que los países están ejecutando conjuntos de políticas destinadas a lograr lo siguiente:

- (a) demostrar el uso de servicios de atención primaria
- (b) el establecimiento de sistemas de financiamiento para los servicios de salud
- (c) las distintas formas de prestación de servicios que se traducen en mayores grados de eficiencia
- (d) abordar los nuevos desafíos que implica la atención de instrumentos más amplios
- (e) El protocolo de estudios de casos y los documentos técnicos se publican como parte de la serie. En 2013 se publicará un análisis comparativo de los estudios de casos.

Serie de estudios UNICO busca proporcionar a los encargados de ejecutar políticas para lograr la cobertura universal un conjunto de instrumentos más amplios. El protocolo, los estudios de casos y los documentos técnicos se publican

