

MEMORIAS

Foro de Liderazgo en Salud 2007 Equidad en Salud. Hacia la integración sectorial



Instituto Nacional
de Salud Pública



NLS
NÚCLEO DE
LIDERAZGO EN
SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD



MEMORIAS

Foro de Liderazgo en Salud 2007
Equidad en Salud. Hacia la integración sectorial

Editores

Miguel Ángel González Block
Luz María González Robledo



Instituto Nacional
de Salud Pública



Memorias
Foro de Liderazgo en Salud 2007
Equidad en Salud. Hacia la integración sectorial

Primera edición, 2008

D.R. ©

Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655,
Santa María Ahuacatitlán
C.P. 62508 Cuernavaca, Morelos, México

Directorio

Secretaría de Salud

Dirección General de Planeación y
Desarrollo en Salud

Eduardo Pesqueira Villegas
Director General de Planeación y Desarrollo en
Salud

Juan Manuel Castro Albarrán
Director General Adjunto de Implantación de
Sistemas de Salud

Carlos Esponda Velásquez
Director de Desarrollo del Factor Humano

Beatriz Bermejo Romero
Enlace DGplades/INSP

Instituto Nacional de Salud Pública

Centro de Investigación en Sistemas de
Salud

Miguel Ángel González Block
Director Ejecutivo CISS

Eduardo Álvarez Falcón
Director de Gerencia y Liderazgo en Salud

Juan Francisco Molina Rodríguez
Subdirector de Apoyo Académico y
Desarrollo Estratégico

José de Jesús Vértiz Ramírez
Coordinador General Núcleo de Liderazgo en
Salud

Foro de Liderazgo en Salud 2007

Coordinación General

Miguel Ángel González Block
Eduardo Pesqueira Villegas

Coordinación Operativa

Luz María González Robledo
Carlos Esponda Velásquez

Autores

Philip Musgrove
Miguel Ángel González Block
Enrique Ruelas Barajas
John Scott
Alfredo Rivas Antón
Luz María González Robledo

Apoyo Académico

Juan Francisco Molina Rodríguez
Eduardo Álvarez Falcón
José de Jesús Vértiz Ramírez
María Beatriz Duarte Gómez
María Cecilia González Robledo
Mario Salvador Sánchez Domínguez
Guadalupe Ruelas González
Luis Agüero y Reyes
María Cecilia Ramírez Ribera
Dulce Alejandra Balandrán Duarte
Janet Real Ramírez
Héctor Sumilla Pérez
Irene Parada

Apoyo Administrativo

Victor Hugo Pulido Barrientos
Miriam Judith García Hernández
Blanca Laura Ortega Román
Erika Orduña Carillo

Diseño

Carmina García Hernández

Apoyo Logístico

Maité Chavez S
Carmen Blanco R.
María Sol Aguilar N.
José Trinidad Romero M.
Samuel Vilchis Fuerte
Edith González S.
Martín Benítez
Enrique Juárez G.

Consulta Sectorial

Miguel Ángel González Block
Juan Francisco Molina Rodríguez
Luz María González Robledo
Luis Agüero y Reyes
Luis Alcayde
Noé Lépez
Margaux Moreno H.

Índice

Prólogo	5
Resumen Ejecutivo	8
Introducción	10
I. Metodología del Foro	12
II. Mensaje del Secretario de Salud al inaugurar el Foro de Liderazgo en Salud 2007 Dr. José Ángel Córdoba Villalobos	15
III. Conceptos en torno a la a integración funcional del Sistema Nacional de Salud	19
Consideraciones sobre el liderazgo estratégico para la integración funcional Dr. Enrique Ruelas Barajas	19
Retos de la integración del Sistema de Salud en México Dr. Philip Musgrove, Dr. Miguel Ángel González Block	25
La incidencia del gasto público en salud como indicador de integración funcional del financiamiento, Mtro. John Scott	35
Factores de éxito y problemas enfrentados para la integración del Sistema de salud Español, Dr. Alfredo Rivas Antón	48
IV. Resultados de las mesas de discusión	57
V. Conclusiones y recomendaciones	62
Anexos	64
Participantes del Foro y equipo técnico	64
Proceso de Consulta para el Foro de Liderazgo 2007-2012	69
Cronología de la Integración del Sistema de Salud en México Mtra. Irene Parada, Dr. Eduardo Alvarez F.	74
Bibliografía	79

México, al igual que muchos otros países en el mundo, está transformado profundamente su sistema de salud para avanzar hacia la equidad y eficiencia en un contexto de creciente democratización. Las reformas han incidido particularmente en el ámbito de la equidad y la suficiencia del financiamiento. En 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) dirigido a los 50 millones de mexicanos que carecen de cobertura de seguridad social. El Seguro Popular, brazo operativo del SPSS, ha logrado fortalecer la infraestructura de la Secretaría de Salud y ofrece atención gratuita, al momento de la utilización, a más de 11 millones y medio de afiliados. Tanto el gasto total como el gasto público en salud han presentado una tendencia ascendente en los últimos años. Así, el gasto total en salud en el período 2000-2005 creció 38%, lo que representa un crecimiento en 0.6 puntos porcentuales del PIB, mientras que el gasto público en salud como porcentaje del PIB aumentó 31.2% en este mismo período (Vázquez VM et al. 2006).

La reforma al sistema de salud tiene todavía un importante camino por recorrer, en particular, lograr la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, es decir, utilizar bien la enorme cantidad de recursos que están llegando y que nunca antes se habían obtenido. De vital importancia resulta la integración funcional del sistema de salud (Scott J, 2007; Ruelas E, 2007). México ha dado ya importantes pasos en esta dirección. Tal es el caso de la operación de diversas comisiones sectoriales, la compra consolidada de medicamentos o los exámenes de residencia médica (González-Block MA, 2007)⁴. Otro ejemplo es la definición de elementos articuladores, entre ellos, las redes de servicios, el avance hacia sistemas de información comunes y planes maestros de infraestructura. No obstante, existe todavía un amplio horizonte y una gran variedad de retos para avanzar hacia la operación de una integración fundamentalmente dirigida a donde más se necesita, la población mexicana (Ruelas E, 2007).

De no avanzar en la integración del sistema de salud, los riesgos más visibles son: una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, dejando a otras con grandes carencias; diferencias tecnológicas, de calidad y seguridad en la atención tanto intra como inter institucional, incluyendo el abasto de medicamentos; un sistema de salud con continuados desequilibrios entre la oferta y la demanda; confusión en la identificación de los usuarios, con fugas de recursos en perjuicio de los más pobres; inequidad financiera intra e inter institucional; desequilibrio y asignación insuficiente de recursos para algunos prestadores de servicios. Aunado a lo anterior, la desorganización de infraestructura y de recursos humanos, tecnológicos y físicos; heterogeneidad normativa en las reglas de operación entre instituciones; dificultades para ejercer una rectoría efectiva dado, que la legislación y normatividad son diferentes para cada institución; presión para homologar condiciones laborales al momento de atender a poblaciones de otras instituciones; diversidad en los sistemas de costeo de los servicios y desarrollo desigual de recursos humanos.

Por tanto, entre los mayores retos que enfrentan las autoridades de salud del país, para lograr un verdadero sistema de salud integrado y que de respuesta a las necesidades de la población, se encuentran:

- En el nivel sistémico, la elaboración de políticas de estado para la atención de la salud y no solo la atención de las enfermedades, distinguiéndolas de las políticas de gobierno, que están a cargo de la Secretaría de Salud como cabeza de sector
- En el nivel programático, unificar criterios normativos y operacionales para reorientar el modelo de atención hacia un justo balance más preventivo que curativo
- En el nivel organizacional, el diseño de sistemas locales para operar una integración en el punto donde más se necesita, que es en la relación con la población
- En el nivel instrumental, asegurar condiciones laborales que por sí mismas contribuyan a la integración y generar las bases de conocimiento para resolver los problemas de gestión.

Por todo ello, es urgente el análisis profundo y minucioso de la situación actual, la identificación de limitaciones, los factores de éxito y el reconocimiento de elementos claros que permitan la integración funcional del Sistema de Salud Mexicano.

Los Foros de Liderazgo en Salud son reconocidos como importantes espacios académicos de discusión y debate de alto nivel para promover las reformas sectoriales que requieren del más amplio consenso. Participan expertos, investigadores y actores de los sistemas de salud que se reúnen para analizar, compartir y discutir a profundidad temas y problemas específicos del sector y proponer alternativas de solución. La experiencia recabada en este tipo de reuniones, tanto a nivel nacional como internacional, constituye uno de los principales insumos para identificar nuevas formas de participación y proponer metas más ambiciosas, que cumplirán la meta gubernamental de hacer realidad la integración del sistema nacional de salud.

Como una de las estrategias para impulsar tan importantes políticas, el Instituto Nacional de Salud Pública organizó, bajo los auspicios de la Secretaría de Salud, el IV Foro de Liderazgo en Salud "Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial". Más de cien participantes de las instituciones públicas del sector salud y representantes de instituciones privadas se dieron cita en un marco de discusión académica, aportando sus conocimientos, valores y experiencias desde una amplia perspectiva sectorial (González-Block, 2007). Estas memorias recogen las conferencias magistrales así como los resultados de los grupos de trabajo del IV Foro de Liderazgo, detallándose también el proceso previo de consulta. Es de esperarse que su amplia distribución contribuya a la realización de foros regionales y de continuos esfuerzos nacionales que permitan profundizar en los temas tratados, y lograr así la identificación del consenso que permita hacer realidad la tan anhelada integración funcional del Sistema Nacional de Salud.

En la apertura del evento, el Secretario de Salud Jose Ángel Córdova Villalobos estableció la importancia de la integración funcional y del liderazgo como función clave para su logro. Señaló que El PNS 2007-2012 establece dentro de las estrategias de rectoría "organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud".

La presentación del Dr. Enrique Ruelas permitió seguir abordando la temática de liderazgo en salud que ha venido tratándose desde foros anteriores, resaltando los 4 puntos clave del liderazgo estratégico. Dejó ver la importancia de colocar a los actores y a las instituciones en el terreno de la integración funcional, de tal forma que puedan apoyarse en sus grandes fortalezas para superar las brechas que ahora las separan.

La ponencia de los Drs. Musgrove y González Block definió la integración funcional del sistema de salud, como la situación bajo la cual opera para los diversos actores como si fuera un solo sistema, aun cuando contiene organizaciones independientes. El reto fundamental radica en identificar las diferentes expectativas de integración de quienes pagan, proveen, regulan y utilizan el sistema de salud.

El Dr. John Scott presentó los indicadores de integración funcional desde el ámbito del financiamiento y los beneficios del sistema de salud. Bajo este análisis, quedó claro que la integración funcional no es sólo una opción para la mayor eficiencia, es un imperativo para lograr los propósitos de política en un escenario de creciente demanda y presión sobre los servicios. El Dr. Alfredo Rivas presentó la perspectiva histórica de la integración funcional de España, país que ha transitado desde un sistema fragmentado como el que tenía México antes de la descentralización, hacia un sistema público ampliamente integrado bajo diversas fórmulas, en el ámbito nacional y regional.

Las mesas de trabajo permitieron una amplia reflexión desde muy diversos puntos de vista sobre los retos de la integración funcional. Más allá de estas Memorias, el principal aporte del Foro fue sin duda la integración funcional que se logró en el ámbito de las ideas y los valores de todos los participantes. Queda ahora en manos de todos los trabajadores de la salud y del Grupo Consultivo del Foro de Liderazgo en Salud, el seguir avanzando en tan importante tarea.

*Miguel Ángel González Block
Eduardo Pesqueira Villegas
Cuernavaca Morelos, febrero 25 de 2008*

Resumen Ejecutivo

Estas memorias reúnen las reflexiones y conclusiones más relevantes de la temática tratada y debatida en torno a la integración funcional del sistema de salud mexicano, así como algunos elementos de la organización y desarrollo de la reunión. El documento aporta al análisis de esta política gubernamental, diferentes escenarios y retos de valor para ampliar la discusión entre los diversos actores involucrados y permitirá incluir nuevos actores al mismo, especialmente a los usuarios de los servicios de salud y a los trabajadores.

El Foro facilitó el intercambio de ideas y el debate entre los participantes de los diversos sectores, quienes analizaron los elementos más relevantes para la integración funcional del sistema de salud mexicano. También proporcionó la oportunidad de discutir avances, limitaciones y brechas en la integración, conocer los factores de éxito y los problemas enfrentados por otros países en la consecución del sistema integrado de salud, identificar los elementos clave que permitirían la integración funcional del sistema de salud del país y establecer los beneficios, riesgos y grupos de interés que se verían afectados por la integración funcional del SNS.

El presente documento ofrece la oportunidad de integrar esta información en un solo volumen. Incluye los documentos de trabajo desarrollados por los conferencistas nacionales e internacionales como insumo de sus presentaciones, información generada de las conferencias magistrales, resultados de las mesas de trabajo y plenarias de discusión, así como aspectos metodológicos y técnicos del desarrollo del evento.

En primera instancia, el mensaje transmitido por el Secretario de Salud Dr. José Ángel Córdoba Villalobos en la inauguración del evento, apunta hacia la necesidad de trabajar en varios frentes para construir una verdadera integración del sistema de salud, destacando que para ello es necesario unificar criterios normativos y operacionales, reorientar el modelo de atención hacia la prevención más que a aspectos curativos y asegurar condiciones laborales que por sí mismas contribuyan a esta integración. Agradece y reconoce el esfuerzo de todos y cada uno de los que contribuyen en esta tarea, a los directivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, del ISSSTE, a los secretarios de Salud de las entidades federativas, a las instituciones educativas, a las académicas, a las asociaciones de profesionales y a las instituciones públicas y privadas relacionadas y comprometidas con la salud de todos los mexicanos.

Por su parte, los conceptos en torno a la integración funcional del Sistema Nacional de Salud se presentan en cuatro documentos: 1) consideraciones sobre el liderazgo estratégico para la integración funcional, 2) los retos de la integración del Sistema de Salud en México, 3) la incidencia del gasto público en salud como indicador de integración funcional del financiamiento y, 4) factores de éxito y problemas enfrentados para la integración del Sistema de Salud Español.

El primer documento, corresponde a la transcripción de la conferencia dictada por el Dr. Enrique Ruelas Barajas quien realizó un análisis estratégico de las condiciones para la integración funcional del sistema de salud mexicano. En primera instancia, un diagnóstico de las condiciones actuales del sistema, resaltando la baja capacidad gerencial en todos los niveles. Posteriormente un análisis estratégico del entorno en el cual destaca la mayor exigencia de la población por mejores

servicios, el envejecimiento de la población, la preocupación de la sociedad en general por la seguridad en la atención a la salud, particularmente de la atención médica hospitalaria, la formación de los recursos humanos y la desarticulación de la respuesta intersectorial a las necesidades de salud, entre otros, para señalar el contexto que rodea al sistema de salud. Finalmente, Ruelas Barajas ofrece un análisis de los principales retos de la integración funcional del sistema de salud mexicano que agrupa en seis categorías: niveles de integración (sistémico y operativo), diseño organizacional (definición de responsabilidades y de autoridad), cultura (darle valor a la integración), financiamiento (distribución equitativa del financiamiento), legislativos y normativos (qué legislar para qué y para quién) y competencia directiva (ejercicio del liderazgo). Concluye destacando que "la visión estratégica con liderazgo solamente podrá ser útil si se pasa de esa visión estratégica a la acción, porque una visión estratégica sin acción es una mera alucinación."

El segundo documento "Retos de la integración del Sistema de Salud en México" elaborado por los doctores Philip Musgrove y Miguel Ángel González Block presenta dos bloques importantes: a) tres enfoques diferentes para aproximarse a una comprensión más exacta o más útil de lo que significa integración funcional del sistema de salud, iniciando en las funciones que el sistema de salud debe llevar a cabo, a partir de la observación de experiencias internacionales y desde el punto de vista de los diferentes participantes en el sistema -pacientes, proveedores, contribuyentes y reguladores. En el apartado b) contiene ventajas y riesgos de la integración funcional del sistema de salud en México. Tres conclusiones principales se derivan de los planteamientos revisados: la integración financiera es esencial para lograr la equidad del sistema, esta integración puede mejorar la eficiencia del sistema y para que se lleve a cabo y proporcione los frutos deseados, la función de rectoría debe ampliarse e incrementar su nivel.

El tercer documento elaborado por el Mtro. Jonh Scott, proporciona un panorama general de la distribución y evolución del gasto público entre los hogares, lo cual revela la existencia de un sistema altamente fraccionado y desigual en sus beneficios. Asimismo, los resultados del análisis ofrecen una herramienta fundamental para el diseño de reformas que permitan transitar hacia un sistema de salud integral, equitativo y universal. La principal conclusión que se deriva es que la equidad financiera es una condición necesaria para lograr equidad en términos del acceso a bienes y servicios de salud de una calidad adecuada, sin embargo, para lograr una verdadera equidad en la atención a la salud se hace necesario asegurar la eficiencia en el uso de los recursos, que implica una vez más un sistema integral y mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

El cuarto documento es un resumen de la conferencia dictada por el Dr. Alfredo Rivas Antón, el cual presenta un panorama de la experiencia española en torno a la integración del sistema de salud evidenciando aciertos, dificultades y retos que podrían resultar de interés para el análisis del caso mexicano.

Finalmente, el debate promovido en las sesiones grupales (mesas de trabajo) permitió a los participantes reflexionar sobre los diversos escenarios y beneficios de la integración funcional. Se revisaron también las estrategias y resultados, riesgos y limitaciones que podrán ser esperados de esta política en el mediano plazo desde tres perspectivas: atención al paciente, prestación de servicios y financiación. En este sentido, los principales beneficios de la integración funcional del sistema señalados por los participantes se resumen en homologación de infraestructura, tecnología y calidad en la prestación de los servicios, portabilidad y oportunidad en la atención, cobertura universal de salud y mayor eficiencia en la asignación de los recursos. Los problemas más visibles identificados, por no integrar el sistema de salud, fueron la inadecuada distribución de recursos para las diversas instituciones del sistema de salud, inequidad financiera, diferencias tecnológicas, de calidad y seguridad en la atención tanto intra como inter institucional, incluyendo el abasto de medicamentos y dificultades para ejercer una rectoría efectiva de todo el sistema en su conjunto.

Agradecemos el importante apoyo brindado por el Banco Mundial y la Representación en México de OPS/OMS para facilitar la participación de algunos de los conferencistas.

Introducción

"El gobierno federal ha señalado a la integración funcional y la meta de lograr un sistema unificado de salud, como objetivos de política en aras de lograr la equidad" (González-Block, 2007).

Como una de las estrategias para impulsar tan importantes políticas, el Instituto Nacional de Salud Pública organizó, bajo los auspicios de la Secretaría de Salud efectuó el IV Foro de Liderazgo en Salud "Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial". Participaron, además de reconocidos conferencistas, 89 líderes nacionales y estatales del sector público, de la seguridad social, privado, académico, asociaciones gremiales y representantes de agencias internacionales. En un marco de discusión académica, aportaron sus conocimientos, valores y experiencias desde una amplia perspectiva sectorial.

Los objetivos que fundamentaron el evento se encaminaron a identificar los elementos más relevantes para la integración funcional del sistema de salud mexicano basado en las experiencias de otros países. Para ello se propuso discutir los avances, limitaciones y brechas en la integración funcional en México, conocer los factores de éxito y los problemas enfrentados por otros países en la consecución del sistema integrado de salud, identificar los elementos clave que permitirían la integración funcional del sistema de salud mexicano de las experiencias internacionales revisadas y establecer los beneficios, riesgos y grupos de interés que se verían afectados por la integración funcional del SNS.

El Foro fue organizado para discutir de manera sistemática los escenarios y beneficios de la integración funcional desde la perspectiva de los pacientes, proveedores y financiadores, así como sus riesgos y las estrategias y resultados que podrán ser esperados de esta política en el mediano plazo.

El presente documento reúne las reflexiones y conclusiones más relevantes de la temática debatida en torno a la integración funcional del sistema de salud mexicano, así como algunos elementos de la organización y desarrollo del evento. Permitirá ampliar el debate y sobre todo incluir nuevos actores al mismo, señaladamente a los usuarios de los servicios de salud y a los trabajadores.

Las memorias se organizaron en cinco grandes apartados: 1) la metodología del foro, en donde se describe la dinámica de trabajo y las diversas estrategias didácticas utilizadas en el evento, 2) el mensaje del Secretario de Salud, 3) el apartado que contiene el sustento académico, científico y metodológico de la integración funcional del Sistema Nacional de Salud desarrollado en cuatro documentos de trabajo, 4) contiene los resultados de las mesas de discusión en las cuales se vieran los consensos a los que llegaron los diversos grupos de trabajo.

Los temas de éstos son los problemas que pueden representar la integración sectorial, así como los escenarios de ésta, los beneficios correspondientes a dichos escenarios, las estrategias que se pueden instrumentar para impulsar la integración y los resultados que podrían esperarse de ello y 5) las principales conclusiones y recomendaciones emanadas del Foro.

Finalmente, el documento contiene anexos con el listado de los participantes del Foro, el equipo

técnico, las principales conclusiones obtenidas del proceso de consulta intersectorial para el desarrollo de una nueva serie de Foros de Liderazgo en salud 2007-2012 y una ficha cronológica de la Integración del Sistema de Salud en México.

I. Metodología del Foro

Se utilizaron las siguientes estrategias para hacer más dinámico y productivo el foro (figura 1):

Figura 1. Estrategias de trabajo del Foro 2007



1. Identificación de conceptos clave para orientar la discusión con base en conferencias magistrales. Los temas tratados fueron:
 - El liderazgo estratégico para la integración funcional
 - Retos de la integración del sistema de salud
 - La incidencia del gasto público en salud como indicador de integración funcional
 - Experiencias internacionales: factores de éxito y problemas enfrentados para la integración del sistema de salud Español
2. Identificación de consensos por medio de discusión en pequeños grupos

Se procuró escuchar la voz de todos los participantes, invitándolos a trabajar en pequeños grupos temáticos interinstitucionales (tabla 1)

Tabla 1. Enfoques para la discusión en las mesas de trabajo

TEMAS				
		Sesión 1: "Problemas y escenarios para la integración sectorial"	Sesión 2: "Beneficios y amenazas para la integración sectorial"	Sesión 3: Estrategias y resultados esperados de la integración sectorial"
Actores	Pacientes	Mesas 1 y 2	Mesas 1 y 2	Mesas 1 y 2
	Proveedores	Mesas 3 y 4	Mesas 3 y 4	Mesas 3 y 4
	Financiadores	Mesas 5 y 6	Mesas 5 y 6	Mesas 5 y 6

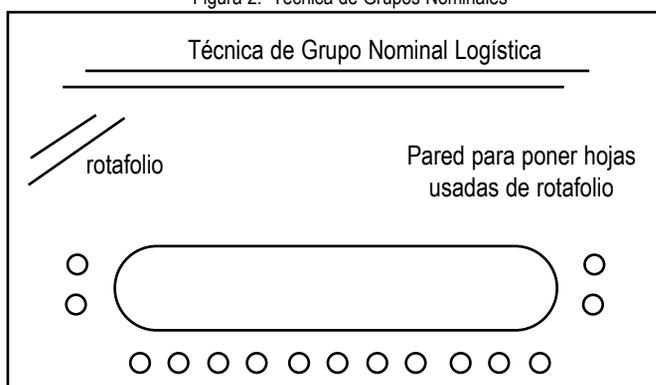
- Se definió una guía de discusión para cada sesión desde tres perspectivas: usuarios de los servicios, prestadores de servicios y entidades financiadoras. Se discutieron Los escenarios, beneficios, estrategias y resultados que podrán ser esperados de esta política en el mediano plazo, así como sus riesgos y limitaciones (tabla 2).

Tabla 2. Guía de discusión para las mesas de trabajo

No. Sesión	Perspectiva de análisis	Guía de discusión	Número de mesa
1	Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué problemas puede representar la integración sectorial? ¿Cuáles son los escenarios que se pueden anticipar al respecto? 	1 y 2
	Prestadores de Servicios de salud		3 y 4
	Entidades Financiadoras		5 y 6
2	Perspectiva de análisis Usuarios	Guía de discusión	Número de Mesa
	Prestadores de Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los escenarios de integración sectorial? ¿Cuáles son los beneficios correspondientes a dichos escenarios? 	1 y 2
	Entidades Financiadoras		3 y 4 5 y 6
3	Perspectiva de análisis Usuarios	Guía de discusión	Número de Mesa
	Prestadores de Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué estrategias se podrían instrumentar para impulsar la integración sectorial? ¿Cuáles son los resultados que podrían esperarse de ello? 	1 y 2
	Entidades Financiadoras		3 y 4 5 y 6

- Para lograr una amplia participación y la formación de consenso en torno a ideas clave se utilizó la metodología de grupos nominales (Lazzati S, 1996) ⁸. La metodología facilita la expresión de todos los miembros del grupo y promueve el compromiso con su decisión al haber tenido cada quién participación equitativa en el proceso. (Figura 2)

Figura 2. Técnica de Grupos Nominales



⁸ La "técnica de grupo nominal" (TGN) es un método especial para administrar una reunión orientada a la resolución de problemas o toma de decisiones, que se presta especialmente para la generación de ideas y su evaluación con el propósito de establecer prioridades. La TGN permite mejorar significativamente la eficacia y la eficiencia de reuniones que responden a ciertas características, dentro del espectro de reuniones orientadas a la toma de decisiones.

3. Formación de consenso con base en discusión plenaria

- Se desarrollaron tres sesiones plenarias, en donde el relator de cada mesa de trabajo expuso las conclusiones y acuerdos a los que llegaron como producto de la discusión de cada tema
- Posteriormente se abrió el debate en torno a los elementos comunes y divergentes emanados de los resultados de las mesas de trabajo y se respondieron interrogantes de los asistentes

4. Conclusiones, acuerdos y compromisos

- Se distribuyó un documento de puntos de reflexión integrando puntos fundamentales del marco conceptual revisado en las conferencias temáticas, así como los resultados emanados de las mesas de trabajo y de las sesiones plenarias
- Se establecieron diversos compromisos entre los cuales están continuar trabajando en el tema y difundir la información allí elaborada a sus superiores y al equipo de trabajo
- Se realizó una evaluación del evento considerando aspectos académicos, técnicos y logísticos

II. Mensaje del Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, al inaugurar el Foro de Liderazgo en Salud.

Buenos días a todas y a todos, Doctor Santiago Echavarría, Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, gracias por acompañarnos.

Doctor Miguel Ángel González Block, Director Ejecutivo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, gracias por la organización de tan importante participación para hacer posible este foro.

Distinguidos funcionarios que nos acompañan en la mesa.
Distinguidas personalidades.
Señores secretarios estatales de Salud,
Invitados especiales, colegas, personal de salud.

Señoras y señores:

"Quisiera ver que salud para todos se hiciera realidad, cualquiera que sea el mecanismo, cualquiera el modo de acción, me doy cuenta que no es sencillo procurar salud para todos, es tarea de todo tiempo, no necesariamente para este nuevo milenio, no es una empresa exclusiva para los médicos, la salud es una responsabilidad social integral y en que todos debemos participar en forma armoniosa".

Empiezo con esta cita que hiciera en su momento el doctor Abraham Horwitz, reconocido por muchos como el padre de la salud pública panamericana y en quien está inspirado el premio al liderazgo en salud interamericana para reconocer a quienes han servido, como el propio Doctor Horwitz, desinteresadamente a la salud pública de nuestra región y han promovido cambios, han aceptado riesgos, solamente por el mejoramiento de la salud interamericana y demostrado liderazgo y dedicación en los más altos estándares de excelencia en el campo de la salud pública de las Américas.

Esta cita nos introduce perfectamente a los objetivos que tiene este Foro de Liderazgo en Salud, "Equidad en salud: hacia la integración sectorial", por todo esto me da mucho gusto estar aquí con ustedes para una vez más estar unidos para avanzar en la integración funcional del sector salud, esa es una de las premisas básicas de las cuales cimentamos nuestra plataforma, nadie podrá negar que así es y todos los aquí presentes son un fiel testimonio.

Por ello agradezco la presencia de representantes de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Mucho se ha trabajado al respecto, sin embargo, he de señalarles que la solución no está sólo en la forma en cómo se asignan los recursos financieros conforme a una simple visión económica o a través de cambios o modificaciones organizacionales o estructurales.

Señores, se necesita trabajar en varios frentes y, con el personal, unificar criterios normativos y operacionales, reorientar el modelo de atención hacia un justo balance más preventivo que curativo, también reforzar la mística de trabajo, asegurar condiciones laborales que por sí mismas con-

tribuyan a esta integración, pero sólo a través de mecanismos integradores de todas estas visiones podremos avanzar.

México destina una gran cantidad de recursos para la prestación de los servicios a través de múltiples instituciones, el gasto administrativo es bastante elevado y es cierto que la atención está segmentada, que cada institución tiene y maneja políticas, en ocasiones diversas y heterogéneas, pero todo eso tiene que acabar y el esfuerzo que plantea esta reunión es sólo una parte de los múltiples trabajos y acciones que habremos de realizar para conseguir tan anhelada meta.

El Presidente de la República, licenciado Felipe Calderón Hinojosa, así nos lo ha señalado y ha pedido el apoyo a todos los titulares de las instituciones y corresponde a la Secretaría de Salud la rectoría del sistema para coordinar los esfuerzos y las acciones.

Por favor transmitan un mensaje de unidad a todos sus titulares y al personal, el pueblo de México nos lo demanda y lo requiere. Nuestro país habrá de enfrentar los grandes retos que nos plantean las transiciones epidemiológicas y demográficas con un Sistema de Salud unificado.

La salud es una prioridad de la política social y económica, la salud es un derecho, el valor fundamental reconocido a nivel regional y mundial. Trabajar por ella, implica no sólo poner a funcionar juntos a trabajadores de la salud en consultorios, centros de salud y hospitales, con equipos médicos, con un determinado presupuesto para arrancar y mantener la maquinaria de operación; es necesario mantener un liderazgo y rectoría efectiva con un fin común.

Mejorar el nivel de salud de la población, conceptos que van de la mano y se implican y complementan, pero al final son indispensables para cumplir el objetivo, su liderazgo en el nivel más alto. Un liderazgo compartido significa distribuir responsabilidades, significa facultar individuos de todos los niveles y darles una oportunidad de tomar la conducción y decidir.

Es común que con la descentralización de las estructuras de una organización se consigue una mayor agilidad, proactividad y autonomía. Los expertos señalan, el liderazgo compartido promueve un ambiente que responde, con habilidad, a lo nuevo. Promueve también mayor creatividad y racionalidad en la operación, estimula a todos los individuos de la organización a probar sus ideas en lugar de esperar a que lleguen las decisiones desde el nivel del mando superior.

El verdadero liderazgo compartido puede ocurrir en cualquier parte de la organización, esta es una nueva aspiración y por ello estamos trabajando y construyendo los escenarios y las plataformas que posibiliten los cambios estructurales pero, fundamentalmente los culturales que, dicho sea de paso, son los más difíciles de lograr; pero con el apoyo y el compromiso del personal, las estructuras sindicales y las propias autoridades, habremos de rendir buenas cuentas.

Según la Organización de la Salud, cuatro son los aspectos relacionados con el liderazgo que merecen especial atención y considero que México cuenta con muchos de ellos. El primero es la consolidación de un marco estratégico nacional claramente definido para la prevención, atención y tratamiento, que proporcione la visión y dirección requerida por todos los actores del Sistema de Salud en su conjunto.

Dicho marco deberá inscribirse en una estructura más amplia para dar respuesta a los riesgos que amenazan la salud de la población y requerirá la adopción de un enfoque a largo plazo.

El segundo elemento es la capacidad de crear coaliciones y mantener la adhesión de los interesados directos a los objetivos y a las estrategias acordadas.

El tercero consiste en la formulación y aplicación de un sistema de normas e incentivos para todos

los proveedores, con miras a asegurar una atención de calidad, tanto en sector público como en el privado.

Por último, el cuarto elemento es la supervisión que implica mantener una visión general estratégica de lo que está ocurriendo en el conjunto del sistema; también significa comprobar si las políticas se están ejecutando, qué actividades están en curso y cuáles no, e intervenir según convenga.

La construcción de un sistema de información sanitaria, la administración de un proceso de vigilancia, resultan cruciales para asegurar la base en que debe fundamentarse la adopción de decisiones de liderazgo ofertado.

En este sentido, es muy importante recalcar la importancia y las dimensiones de la rectoría en salud. Cuatro funciones son fundamentales para consolidar la rectoría de los sistemas de salud, la rectoría misma, la prestación de servicios, la financiación y el aseguramiento de la atención.

La conducción, regularización, armonización para la prestación de servicios, regulación de la financiación y supervisión, aseguramiento de la atención y las funciones esenciales en salud pública, forman parte de esta indispensable función de la rectoría.

Entre las funciones de la rectoría -considerada como una función esencial de la salud pública- está la información pública; se procesa así la información dirigida al público para capacitarlo y hacerlo copartícipe de la responsabilidad de la salud y el control sobre la actuación pública. Se trata de la información para formación de la ciudadanía, para la afirmación de los valores y su institucionalización por medio de las prácticas sociales.

Tenemos que reconocer que en nuestro sistema es evidente la segmentación y los problemas de coordinación intersectorial. Sigue habiendo rezagos en materia de infraestructura y equipamiento, coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, mientras que en otras existen grandes carencias, mientras que en un elevado número de sitios la calidad y la seguridad de la atención son asuntos pendientes.

Frente a tal escenario, las respuestas no se deben postergar; no sólo se requiere de inversiones en el sector, también es indispensable un cambio en la organización que haga eficiente y modernice el Sistema Nacional de Salud para que éste alcance sus objetivos.

Por todo ello, es urgente el análisis profundo y minucioso de la situación actual, la identificación de limitaciones, los factores de éxito y la identificación de elementos claros que permitan la integración funcional del Sistema de Salud Mexicano.

En ello, será útil la evidencia emitida por otros países que han incursionado en la consecución de sistemas integrados de salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y la visión perspectiva hacia el 2030, que ha sido considerado en el Programa Nacional Sectorial de Salud 2007-2012, contiene 5 objetivos prioritarios, 10 estrategias y 64 líneas de acción. Como lo he expresado en repetidas ocasiones, con este programa sectorial el Sistema de Salud se fortalece, toda vez que es producto del consenso de todos y será aplicado en el seno de las instituciones que lo constituyen.

El ejercicio sectorial plural y de identificación de prioridades, permitió definir estos cinco objetivos: primero, mejorar las condiciones de salud de la población; segundo, reducir las brechas y desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; tercero, prestar servicios de salud con calidad y seguridad; cuarto, evitar el empobre-

cimiento de la población por motivos de salud y quinto, garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país.

Agradezco y reconozco el esfuerzo de todos y cada uno de los que contribuyen en esta tarea, a los directivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, del ISSSTE, a los Secretarios de Salud de las entidades federativas. A las instituciones educativas, a las academias y a las asociaciones de profesionales, a las instituciones públicas y privadas relacionadas y comprometidas con la salud de todos los mexicanos, los invito a mantener un compromiso más allá del que nos confiere el esfuerzo. Veamos que como mexicanos ya no podemos, ni debemos seguir administrando a un alto costo la prestación de los servicios, ya no podemos dejar de lado al actor y al objetivo más importante de este sistema, me refiero a la ciudadanía y a su salud.

Trabajemos con ese fin y mantengamos este esfuerzo por la equidad en salud, por la integración funcional de un verdadero Sistema Nacional de Salud; sólo así habremos de lograr la construcción de una nueva generación de mexicanos por un mejor nivel de salud y la consolidación de un mejor país.

Muchas gracias.

III. Conceptos en torno a la integración funcional del Sistema Nacional de Salud

Consideraciones sobre el liderazgo estratégico para la integración funcional

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Trascripción de la conferencia

Propongo abordar los siguientes cuatro aspectos de importancia en el liderazgo estratégico para la integración funcional del sistema de salud de México:

1. Organización de las instituciones
2. Análisis del entorno
3. Tendencias
4. Retos de la integración

1. Organización de las instituciones de salud

El análisis organizacional de las instituciones de salud puede abordarse a través de diversos elementos.

El primero hace referencia al tipo de sistema de salud que tenemos en el país: un sistema de salud fragmentado. Si bien los diversos componentes del sistema están mediados por un objetivo común, en donde el todo es más que la suma de las partes, estamos lejos de que nuestro sistema tenga éstas características y aquí sí vemos -incluyo al sector privado- la fragmentación tanto dentro del sector público, como entre el sector público y el sector privado y al interior de éste último.

El segundo elemento a considerar es el enfoque en la enfermedad que privilegia el sistema de salud en México. Hablamos de un sistema de salud donde lo sistémico está poco integrado. El enfoque en la salud no se cumple realmente, puesto que nuestro énfasis ha estado determinado durante muchos años en la atención de la enfermedad, no necesariamente en la preservación de la salud. En consecuencia tenemos un sistema altamente medicalizado.

El tercer elemento se refiere a los incentivos. Estos son muy pobres hacia la integración y hacia la atención de la salud. Esta pobreza de incentivos afecta el desempeño adecuado para lograr calidad tanto técnica, como de trato adecuado y además mejorar la eficiencia.

El cuarto elemento a considerar es el enfoque burocrático. Quiero ejemplificar este concepto con algo que todos vivimos. Cuando hablo de enfoque burocrático lo pongo frente a un enfoque en el paciente o más específicamente en las personas. ¿Por qué hablo de un enfoque burocrático? Veamos lo que pasa con el típico caso de la referencia y la contra referencia, un tema contra el cual luchamos permanentemente. Sabemos que no siempre o que frecuentemente no se realiza

de manera adecuada, ni con la frecuencia que quisiéramos y esto, desde mi punto de vista, es un reflejo claro de que el enfoque es básicamente burocrático; esto es, la referencia es una hoja de papel, no es un paciente que se envía para que la atención sea continua, el papel se entrega y lo que resta es responsabilidad del paciente. Si lo atienden en donde fue referido que bueno y sino nadie se enteró más que el propio paciente. Así, la organización cumplió su fin burocrático: se llenó la forma, se le entregó al paciente y se mandó a otro lado. Si el sistema de referencia y contra referencia estuviera centrado en el paciente no hablaríamos de este proceso como un juego de ping-pong, hablaríamos de continuidad de la atención en donde nos tendríamos que asegurar que el paciente recibe la atención que debe recibir, en cualquier momento en el que la requiere a través de todo el sistema.

El quinto elemento se refiere al des-financiamiento crónico del sistema. La crisis actual de financiamiento de las Instituciones de Seguridad Social, particularmente del Instituto Mexicano del Seguro Social y del ISSSTE contrasta con un incremento sustancial en el financiamiento de los Servicios Estatales de Salud, a través del flujo de recursos que se han generado como consecuencia de la modificación a la Ley General de Salud. Esto permitió la creación del Sistema de Protección Social en Salud, lo cual está contrastando con la crisis de la seguridad social. El nuevo flujo de recursos no resuelve el desfinanciamiento crónico; que quede claro, el desfinanciamiento sigue existiendo pero la tendencia es diferente entre lo que ocurre en la Seguridad Social tradicional y lo que está ocurriendo en la Seguridad Social creada por el Seguro Popular.

Finalmente, la baja capacidad de conducción en todos los niveles del sistema, esto es, la capacidad gerencial del sistema es, por lo general, muy pobre.

Resumo pues en estas características, los elementos que podrían definir parte del mapa para entender los retos en cuanto la caracterización del Sistema de Salud. Pudiera ser muy crudo, pudiera ser muy simplificado, acepto las consecuencias de ambas situaciones, que insisto, deben estar acotadas al tiempo que tenemos para tratar el tema y, por otra parte, acepto también que hablo frente a expertos en cada una de sus áreas que pueden complementar mucho mejor que yo sus propias perspectivas sobre la caracterización del Sistema de Salud.

Debo decir por otra parte, que hay que reconocer que hay fortalezas y sin duda las hay; sin embargo, el tema de hoy no está enfocado en la elaboración de estrategias en donde sí tendríamos que considerar las fortalezas, sino que estamos enfocados, yo por lo menos, en los retos y para hablar de los retos me he enfocado en ésta caracterización de las limitaciones que están impidiendo una adecuada integración del sistema.

2. Análisis del entorno

El segundo aspecto del análisis estratégico es precisar lo que pasa en el entorno. Propongo diez características. Insisto, no estoy diciendo absolutamente nada nuevo, por eso el objetivo es solamente construir el mapa, no inventar un mapa. A partir de esta aclaración las principales características del entorno se enumeran a continuación:

- 1.- Mayor exigencia de la población por mejores servicios.
- 2.- El envejecimiento de la población.
- 3.- El incremento notable y preocupante en las enfermedades crónico-degenerativas que están generando un incremento notable también en los costos de la atención.
- 4.- El surgimiento de medicinas complementarias o alternativas cada vez mayor.
- 5.- La preocupación de la sociedad en general por la seguridad en la atención a la salud, particularmente de la atención médica hospitalaria.
- 6.- La formación inercial de los recursos humanos para la salud. Me refiero solamente inercial

en el sentido de que ha sido muy difícil cambiar los patrones de formación y de incorporación laboral de los profesionales de la salud. Por ejemplo, no tenemos como dar una respuesta adecuada al creciente problema de obesidad, ya que difícilmente podemos contratar nutriólogos, porque probablemente no los estamos formando en la misma proporción en la que se necesitan. A eso me refiero con inercial. Hace cuatro años cuando se incrementó el número de plazas de residencias médicas en la Secretaría de Salud, quisimos abrir nuevas plazas y fue prácticamente imposible en algunos casos, o porque las plazas no tenían la capacidad para absorber con calidad a esos residentes o porque los residentes finalmente no quieren hacer especialidades que no les gustan -aunque las necesitamos enormemente- como geriatría, anestesiología, oncología pediátrica. En fin, son muy limitados los residentes que se quieren ir para allá. Subrayo esto para ejemplificar y dejar claro a qué me refiero con la formación inercial de recursos humanos.

- 7.- La desarticulación de la respuesta intersectorial a las necesidades de salud; es decir, la integración no puede ser vista solamente como integración de los actores al interior del Sistema de Salud. Si es que estamos hablando de un verdadero Sistema de Salud no de atención a la enfermedad, en donde los sectores educativos, productivos y de otra naturaleza, deberían participar de manera articulada.
- 8.- Algo que vivimos ya todos los días en estas épocas del año, desastres naturales cada vez más frecuentes y de mayor magnitud.
- 9.- La globalización económica que está teniendo una influencia directa en los costos de ciertos insumos particularmente los medicamentos y,
- 10.- El incremento en el desarrollo tecnológico de alto costo.

3. Tendencias

Analizo algunos elementos para desembocar en los retos.

En primer lugar, el incremento en el envejecimiento de la población es una característica del entorno. Es una tendencia muy marcada hacia el futuro y muy marcada en el sentido de que, como ustedes saben, en los próximos 45 años nuestra población mayor de 65 años se incrementará en 600%.

En segundo lugar, si no hacemos algo ya y bien, para frenar el incremento de los padecimientos crónicos, estos se van a seguir prolongando hacia el futuro cada vez con mayor intensidad.

En tercer lugar, la fuerza centrífuga de los componentes del sistema se ha ido incrementado con los años, en la medida en la que los diferentes componentes del sistema han ido actuando con sus propias dinámicas, es cada vez más difícil que se puedan integrar.

El cuarto lo he denominado como la rima de las revoluciones; esto es, situaciones que estamos viviendo ya desde hoy y que se proyectan como tendencias francas a cambiar de manera radical la forma en la que se prestan los servicios de atención a la salud. Lo cito solamente y verán porque es la rima y porque de las revoluciones: genómica, proteómica informática, telemática, robótica, tecnología nanoscópica y el tema de la ética y la bioética, que están cambiando también de manera importante a la luz de todas estas revoluciones.

Con esto pues, construiría yo, la primera parte del análisis estratégico del entorno del Sistema de Salud, tendencias a futuro, para caer en el cuarto elemento que es el tema central de los retos de la integración.

4. Retos de la integración

Sin duda los retos son parte del análisis estratégico, pero más que describir cada uno de los retos quisiera hacer, como en los otros casos, una definición de la ubicación de estos retos en diferentes categorías. Es importante me parece, establecer las categorías, porque la cantidad de retos que se enfrentan en un sistema con esas características, en un entorno de esa naturaleza y con unas tendencias como las que estamos observando, podemos perdernos fácilmente, si no establecemos las categorías precisas a las que pueden pertenecer, muchos de los retos que enfrentamos hoy y que seguiremos enfrentando.

Déjenme enlistar seis grupos de categorías:

1. El reto de los niveles de integración.
2. Los retos del diseño organizacional.
3. El reto o los retos de la cultura.
4. Los retos del financiamiento.
5. Retos legislativos y normativos y
6. Los retos de la conducción del sistema.

4.1 Niveles de integración

Existen por lo menos dos niveles de integración: uno en el nivel sistémico y otro en el nivel operativo.

Dentro del nivel sistémico me parece, tenemos dos grandes retos: Primero, el reto de la elaboración de las políticas de estado para la atención de la salud -y vuelvo a subrayar la palabra salud, distinguiéndola claramente de lo que puede ser la atención de las enfermedades, o nada más de las enfermedades- reto pues sistémico: La elaboración de políticas de estado. Las distingo de las políticas de gobierno, que están desde luego, a cargo de la Secretaría de Salud como cabeza de sector.

Dentro de los retos operativos, en el sexenio anterior se diseñó una propuesta de un modelo integrador de atención a la salud, en donde se definieron algunos elementos que deberían configurar esta operación del sistema, de una manera integrada y se definieron elementos articuladores y elementos reguladores, cito algunos de ellos. Entre los articuladores, la creación de verdaderas redes de servicios, la incorporación de personajes denominados tutores de atención a la salud, que fuesen quienes personalmente permitieran la articulación al nivel más específico de atención a la población, la existencia de sistemas de información comunes o con puntos en común y finalmente, el tema de la facturación cruzada. Entre los elementos reguladores, los planes maestros de infraestructura, de equipamiento, la evaluación del desempeño, la certificación de unidades, los estándares comunes de calidad. En fin, me parece que cada uno de estos temas por sí, hoy constituyen un reto para avanzar hacia la integración, las políticas de estado, las políticas de gobierno y los modelos al interior de las organizaciones para operar, y me refiero a las organizaciones, como sistemas locales para operar una integración en el punto donde más se necesita, en relación con la población.

4.2 Diseño organizacional

Menciono algunos de los retos de diseño organizacional:

- La definición de responsabilidades y de autoridad, ¿Quién debe ser responsable de

qué? Para evitar traslapes que no deben existir y para asegurar traslapes que deben existir.

- Los mecanismos de coordinación ¿sobre qué temas?, ¿en qué momentos?, ¿entre quiénes?
- Los sistemas de información, que si bien, son un reto en el nivel de integración operativo, son un reto perse para el diseño organizacional, un reto en el que estoy perfectamente consciente de que tanto la Secretaría de Salud con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE intentan avanzar de una manera coordinada pero el reto persiste y finalmente:
- Dentro del diseño organizacional me parece que hay un reto fundamental, el reto de los incentivos. Difícilmente se va a lograr la integración, si no existen incentivos adecuados para que ello ocurra; no hay razón para pensar que la integración se dé de manera gratuita; no existe eso en este mundo, todos nos movemos con algún incentivo, si estos incentivos no están claros y no son precisos, la integración seguirá siendo una pieza de papel.

4.3 Cultura

El tema de los incentivos del diseño organizacional me lleva a la tercera categoría, los retos de la cultura. Y aquí los distingo en dos grupos: la cultura organizacional y la cultura de los actores de la sociedad. En ambos tipos de cultura tenemos importantes retos:

- En hacer explícitos los valores que queremos imperen en el Sistema de Salud.
- En las creencias que sustenten esos valores.
- En las manifestaciones que se den de esas creencias, a través de esos valores que orienten el sistema a los comportamientos que queremos que tengan.

Permítame citar un par de situaciones que me parecen son retos importantes, dentro de las interpretaciones que se dan en las culturas organizacionales y en las culturas de los actores que participan en ésta. Para empezar, el concepto mismo de integración. No podemos soslayar que la interpretación de integración no es el mismo para los diferentes actores del sistema y esto tiene que hacerse explícito, si queremos entender todos lo mismo. Conceptos clave, valores clave como calidad, género, respeto, son valores que tienen que ser más y más explícitos. Pero, nuevamente, las culturas no se mueven sino hay incentivos concretos. Las culturas organizacionales, las culturas de los países y de las poblaciones se crean en torno a valores que deben tener valor, y la única forma de darle un valor a un valor es reconociéndolo, es creando un incentivo para que el mensaje sea claro "esto es importante", "esto tiene valor en esta cultura". Tenemos que darle valor a la integración, de otra manera no será un valor en las culturas, ni de las organizaciones de servicios, ni de los actores que interactúan con ellas.

4.4 Financiamiento

En cuarto lugar, la categoría del financiamiento, y aquí, probablemente abunde un poco en lo que ya señaló Miguel Ángel, desde la definición de prioridades que tiene que ver con los valores, que tiene que ver con los incentivos y que tiene que ver con los niveles. En la distribución equitativa de ese financiamiento, no abundo porque ya lo acabamos de escuchar. El gran reto de hacer un ejercicio eficiente y efectivo con el financiamiento que se otorga, me parece que eso hoy lo estamos viendo en dos sentidos, para quienes tienen enormes carencias o viven una crisis en el financiamiento, pero para quienes están recibiendo un dinero que jamás habían soñado que iban a recibir y para quienes el reto hoy ya no es el administrar las carencias, sino como alguna vez -de triste memoria- se dijo, administrar la abundancia. Creo que en algunos casos, en algunos estados del país, hoy estamos viviendo ese enorme reto de poder utilizar bien la enorme cantidad de

recursos que están llegando, que nunca habían llegado y si bien nos hacen falta muchos más, tendríamos que empezar por aprovechar mejor los que tenemos en la actualidad.

4.5 Legislativos y Normativos

En quinto lugar la categoría de los retos legislativos y normativos, y el reto aquí es qué legislar. Si no está claro el tema del financiamiento, los retos de la cultura, los retos del diseño y los retos del enfoque y de los niveles, difícilmente podremos apuntar la mira correctamente en materia legislativa y normativa ¿Qué legislar para qué y para quién?

4.6 Conducción del sistema

Finalmente dentro de la categoría de la conducción del sistema pueden identificar por lo menos tres grandes retos:

- El reto de la competencia directiva. Tenemos que fortalecer las competencias directivas en el sistema de manera urgente. Ya sea por las enormes carencias que estamos teniendo de un lado, o por los flujos de recursos que estamos teniendo por el otro; en ambos casos es indispensable la competencia directiva, si queremos que esa legislación pueda bajar hasta donde debe bajar; que ese financiamiento se use de manera adecuada, que se creen los valores que se necesitan, que se diseñe la organización adecuada en los niveles en los que se requiere
- De la mano de la competencia directiva, está el tema central de este foro, el reto del ejercicio de liderazgo; de liderazgo consciente en un entorno, con unas tendencias, en un sistema específico que es el que estamos viviendo desde hoy hacia un futuro deseado.
- Finalmente, ese futuro deseado requiere de una clara visión estratégica, y ese es el otro reto. Tenemos esa visión estratégica de conjunto, no podemos pensar en integrar hoy si no vemos hacia mañana; la integración es un proceso, no es un acto y en un proceso de esa magnitud no podemos dejar de pensar en el futuro de largo plazo.

En conclusión y para ajustarme a los tiempos que me fijaron, yo diría:

Uno: los retos deben ser contextualizados en el marco de una visión estratégica.

Dos: es indispensable pasar de la identificación de los retos a las propuestas de solución; lo diría en términos de nuestro querido maestro Don José Laguna conocido por muchos, hay que pasar de la problemática a la solución.

Tres: la superación de los retos se dará solamente si se construye una visión del futuro, lo demás será coyuntural.

Cuatro: la construcción de ese futuro solo se logrará si se tiene una clara visión estratégica,

Cinco y concluyo: vinculando esa visión estratégica con el tema del foro -y repito lo que dije hace un año y con eso cierro el ciclo-: "la visión estratégica con liderazgo solamente podrá ser útil si se pasa de esa visión estratégica a la acción, porque una visión estratégica sin acción es una mera alucinación."

Les agradezco su atención y cerré rimando sin querer, muy amables.

Retos de la integración del Sistema de Salud en México

Dr. Philip Musgrove, Dr. Miguel Ángel González Block

Documento de Trabajo

Enfoques para una definición

La forma más sencilla de definir el concepto de "integración funcional", parece ser la de decir que un sistema de salud está integrado funcionalmente si se opera como si se tratara de un sistema único, a pesar de que esté conformado por organizaciones independientes para la financiación, la prestación y la regulación de la atención de la salud. Esta definición todavía deja abierto lo que uno quiere decir por un "sistema"; es más, no está claro desde qué punto de vista el sistema se comporta como si fuera una sola cosa.

Esta sección introductoria, por lo tanto, presenta tres maneras distintas de aproximarse a una comprensión más exacta o más útil del significado de la palabra.

Una manera es considerar las funciones generales que un sistema de salud tiene que llevar a cabo, y preguntarse qué podría significar la integración para cada uno de ellos. Otra es observar los sistemas de salud de otros países, y ver en qué medida parecen estar funcionalmente integrados. La tercera posibilidad es tomar el punto de vista de los diferentes participantes en el sistema -pacientes, proveedores, contribuyentes y reguladores- y considerar lo que el término puede significar para cada uno de ellos. Estos enfoques no necesariamente coinciden en la definición, y cualquiera de ellas puede permitir grados de integración funcional; éste no es un simple Sí o No.

Integración de las funciones básicas del sistema de salud

La figura 1 presenta una versión modificada de la visión de la Organización Mundial de la Salud con respecto a las cuatro funciones esenciales de un sistema de salud- Rectoría, Inversión (o creación de recursos), Prestación de Servicios, y Financiación- que contribuyen al logro de los tres objetivos fundamentales de Buena Salud, Capacidad de Respuesta (en términos no médicos) y Protección Financiera (de la incapacidad de pagar la atención médica requerida).

La rectoría o supervisión del sistema, se considera una de las inalienables funciones de gobierno, la que no puede dejarse en manos del mercado. Se concluye de manera inmediata que la integración funcional exige que el gobierno supervise todo el sistema, incluyendo, como muestra el diagrama, la supervisión de la forma en que las otras tres funciones se lleven a cabo. En principio, no importa si las organizaciones que participan son públicas o privadas, con fines de lucro o sin fines de lucro. Tampoco importa que las funciones de reglamentación puedan ser delegadas a otras organizaciones, como un Colegio de Médicos o una asociación de hospitales; lo que importa es que el gobierno ejerza un mayor nivel de supervisión sobre ellos. La rectoría puede asimismo ser delegada a los niveles subnacionales de gobierno y en un sistema federal, siempre lo es.

Eso suena simple, pero en realidad es muy difícil de lograr. ¿Se extiende la regulación del personal médico certificado a los curanderos tradicionales y a otros practicantes con menor capacitación? (Puede haber, y en México existen grandes diferencias en la calidad de la atención prestada por los diferentes tipos de proveedores.) ¿Tiene el gobierno, o necesita, aprobar todas las inversiones en servicios médicos, incluso cuando sean de propiedad privada? Y el más difícil de todos, ¿cómo se supone que el gobierno supervise el gasto de bolsillo, que puede ser fácilmente la mitad o más del total de los gastos en salud? En la reflexión, es evidente que se vuelve más

fácil integrar la rectoría, conforme se van integrando las otras funciones clave. Si la mayor parte del gasto es a través de segundos o terceros pagadores, por ejemplo, con pocos desembolsos, la regulación de la forma en que el sistema es financiado se vuelve más sencilla en un orden de magnitud.

¿Qué es lo que significa entonces la integración de la función de la financiación?

Supóngase que las organizaciones pagadoras- la Secretaría de Salud, IMSS, ISSTE, Seguro Popular (si se considera también como una organización financiadora), los aseguradores privados, etc. en el caso de México- siguen existiendo independientemente, de modo que la subfunción de la financiación no está integrada: no hay un sistema con un pagador único. Entonces, una definición que parece razonable de la integración funcional es que la subfunción de mancomunar opera, así que en lo que se refiere a la inversión y la prestación de servicios, no importa de dónde venga la financiación.

La clara implicación es que o (1) todos los fondos van a un fondo común, incluso aunque sean gestionados por separado, o (2) los fondos se transfieren de un grupo a otro según sea necesario para lograr la integración funcional de la inversión y la prestación de atención de salud. Probablemente pocos sistemas de salud en el mundo utilizan la opción (1); Cuba y algunos otros países (Corea del Norte?) pueden ser los que más se acercan. En cambio, la opción (2), las subvenciones cruzadas entre los financiamientos mancomunados, es común. Si la integración funcional en los financiamientos mancomunados se consigue, entonces la subfunción de la compra será integrada parcialmente. Las diferencias en la utilización de los fondos mancomunados, y la forma en que se adquieren, podrían todavía justificarse por las diferencias en la población beneficiaria, las enfermedades o condiciones particulares, u otras características del sistema de prestación de servicios.

La integración de la función de prestación de servicios es, probablemente, lo que primero viene a la mente al pensar en la integración funcional, ya que en México como en la mayoría de los países, una gran variedad de proveedores ofrece diferentes intervenciones de diversa calidad y a diferentes precios, a diferentes grupos de población, mientras que son remunerados por una serie de diferentes financiadores. Sólo los propios pacientes son más numerosos y más variados que los proveedores. No se puede definir la integración en el sentido de que simplemente no existen distinciones entre los proveedores, pero parece razonable adoptar una definición más escueta y en dos partes: (1) cualquier paciente tiene derecho a solicitar la atención de cualquier proveedor acreditado en la especialidad relevante, con la ausencia de barreras a la remisión de ser necesario, y (2) cada proveedor en una determinada especialidad ha de cumplir con una norma uniforme y un nivel mínimo de calidad.

El paso (2) es importante para proteger la salud de los pacientes, constituye un importante elemento de la rectoría, y puede ser implementado sin el paso (1). Este último, sin embargo, es mucho más radical, significa romper las conexiones entre proveedores y los contribuyentes. Un médico puede ser un empleado del IMSS, por ejemplo, pero él/ella va a tratar a pacientes que no tengan relación con el IMSS. Y eso a su vez exige un mayor grado de integración financiera que si los pacientes estuvieran limitados a los subsistemas de proveedores y presupuestos que se establecen sólo para cubrir a esos pacientes.

Estos flujos de pacientes a proveedores a los que no tienen un derecho explícito a consultar, son comunes en América Latina, pero eso no constituye la integración, si no van acompañados de los correspondientes flujos financieros. De hecho, tal integración incompleta o desorganizada es una razón principal de los déficits de proveedores financiados públicamente. Si un Ministerio de Salud tiene la obligación legal de tratar a alguien, pero no cobra el pago de un asegurador privado del

paciente o de la organización de seguridad social, los déficits son el resultado probable, con consecuencias para la calidad de la atención.

¿Hay alguna necesidad de considerar por separado la integración de la función de inversión?

Si la inversión responde a la necesidad de prestación de servicios, y si tanto la prestación como la financiación están debidamente integradas, la respuesta parece ser que No. Tenga cuidado con las funciones de preparación y seguimiento de la inversión, y esa función se resolverá por sí misma. Ese puede ser el caso ideal, pero por lo general la experiencia real implica tanto el exceso de inversión como la escasez de inversiones. Exceso-, debido a las presiones de la competencia, y no sólo en el mercado privado; escasez-, porque cuando la financiación es insuficiente, la tendencia natural es la de proteger el gasto recurrente y hacer recortes en la inversión, incluyendo el mantenimiento.

La historia de los sistemas de salud de América Latina está repleta de los dos tipos de errores; para dar un ejemplo, cerca de 1996, Brasil tenía tantos hospitales y clínicas incompletas o disfuncionales en las que se había dejado de invertir algunos años antes, que se estimaba que tenía un costo de 2.5 mil millones de dólares para poner a todas ellas en condiciones de funcionamiento. La integración funcional de la inversión- por ejemplo, no dejar que un Ministerio de Salud y una organización de seguridad social creen un exceso de capacidad mediante la construcción de hospitales muy próximos el uno al otro- podría ser la forma más clara de evitar el derroche y mejorar la eficiencia del sistema.

La integración funcional (?) en algunos otros países

El debate anterior es bastante abstracto, por lo que puede ayudar a equilibrarlo el considerar el grado de integración funcional en algunos países específicos: Chile, Colombia y los Estados Unidos. El punto es no tomar ninguno de estos países como un modelo para México, sino simplemente mirar algunos aspectos de la integración en la práctica.

En Chile, todas las personas cubiertas por la seguridad social (la mayoría de la población) pagan 7 por ciento de los ingresos del trabajo hacia la atención de la salud y la jubilación. Ese impuesto puede pagarse, ya al Fondo Nacional de Salud, FONASA, o a una empresa privada de seguros, una ISAPRE, de la propia elección. Las personas más pobres, naturalmente, contribuyen a FONASA, ya que no pueden pagar un seguro privado adecuado, y aquellos con ingresos más altos, en su mayoría compran pólizas de ISAPRE. Hasta aquí, eso describe un sistema de dos niveles con muy poca integración. Es más, ninguno de los dos subsistemas está completamente integrado. La población cubierta por FONASA se divide en cuatro categorías en función de los ingresos y los pagos, con diferencias en los proveedores que pueden consultar- los más pobres sólo tienen acceso gratuito a los proveedores públicos, y los de categorías superiores pueden ampliar la gama de proveedores mediante la cooperación en pagos. Cada ISAPRE hace contrato con su propio grupo de proveedores, de modo que un asegurado no tiene acceso universal.

Sin embargo, el sistema chileno está más integrado funcionalmente de lo que se desprende de estas características. Una Superintendencia de ISAPRE supervisa el mercado privado de seguros, en particular para hacer cumplir los contratos y resolver las controversias. Los compradores de seguros privados no pagan su 7 por ciento al FONASA, pero el resto de sus impuestos que van a los ingresos generales, sí contribuyen a la financiación del sistema público, de modo que la financiación general es relativamente equitativa. Por último, cualquier intervención médica que el gobierno garantiza a los clientes de FONASA en el marco de su programa AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) también debe ser proporcionada por las ISAPREs a sus clien-

tes. El resultado es una mezcla de grados de integración funcional, dependiendo de cuál aspecto se tiene en cuenta.

Colombia ofrece un interesante contraste. La reforma de la salud puesta en marcha por la Ley 100 de 1993 tiene por objeto la cobertura de seguro universal, y ha incorporado a millones de personas hasta la fecha, causando un gran cambio de los pagos de bolsillo a la financiación de prepago. Algo como en Chile, la población se divide principalmente en dos clases, pero la distinción es diferente. A la población "contribuyente" se le garantiza un paquete de servicios básicos, que pueden ser asegurados a través de cualquiera de los ya existentes contribuyentes públicos o privados, o a través de cualquiera de la gran cantidad de nuevos aseguradores creados en virtud de la reforma. La población "subvencionada", demasiado pobre para contribuir de manera significativa, también puede inscribirse con (casi) cualquier asegurador, pero sólo tiene derecho a un conjunto más limitado de servicios. Los flujos financieros son más complicados que en Chile, incluyendo los pagos públicos a aseguradores privados para sus clientes subvencionados. Y mientras que el gobierno nacional es responsable por la rectoría, muchas responsabilidades se delegan a nivel regional y municipal.

¿Es eso la integración funcional? En comparación con el sistema anterior al de 1993, sí, aunque todavía es incompleta en lo que respecta tanto a la cobertura como al conjunto de servicios a los que las personas tienen derecho. Las funciones de la financiación y la prestación de servicios parecen estar más integradas que la de la inversión, y es difícil juzgar la rectoría, dado el gran número de organizaciones que el gobierno tiene que supervisar. La competencia entre los aseguradores eleva los gastos administrativos y proporciona un fuerte incentivo para la selección de riesgos. En la otra dirección, el monopolio local de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, hace que sea imposible alcanzar todos los posibles beneficios de la competencia en la prestación de servicios.

Puede parecer extraño que incluya a los Estados Unidos en este debate, ya que es ampliamente (y correctamente) considerado un sistema fragmentado, y mucho menos integrado que el de cualquier otro país rico. No obstante, hay un cierto grado de integración funcional, dentro de los subsistemas o entre ellos. Medicare, el sistema público para todas las personas de 65 años o más y para algunos pacientes con discapacidad, está integrado plenamente en cuanto a la financiación, y la legislación define tanto el paquete de servicios que se han de entregar, como los precios que se pagarán a los proveedores que estén de acuerdo en tratar a sus pacientes. Medicaid, el subsistema para los pobres, está menos integrado porque cada uno de los estados define el conjunto de prestaciones, en virtud de leyes federales, y reciben fondos federales en proporciones que dependen de los ingresos del estado y el paquete que se ofrece. Algunos "doblemente elegibles", que son pobres y de edad avanzada, están cubiertos por ambos programas. Un tercer sistema público, SCHIP, que también varía de un estado a otro, cubre a los niños pobres y a algunos adultos en los hogares que incluyen a esos niños. El enorme sector de financiación privada de la salud no está, en comparación, integrado en absoluto, a pesar de que sus costos y cobertura se ven afectados por los programas públicos.

Al reducirse la cobertura de los seguros basados en el empleo en los Estados Unidos, exacerbando el problema de las decenas de millones de personas no-aseguradas o subaseguradas, varios estados (Vermont, Massachusetts, California y Tennessee, entre otros) han aplicado o han empezado a tratar de aplicar, la cobertura de seguro para sus habitantes, a menudo por un mandato que la gente compre el seguro si no están cubiertos por un programa público, y subvencionando la cobertura a quienes son demasiado pobres para pagarla. Este movimiento simultáneamente eleva y disminuye el grado de integración funcional, aumentando el número de asegurados y la uniformidad de tratamiento en cada estado, mientras que potencialmente introduce más variación de la que ya existe, entre un estado y otro.

La integración funcional vista desde las perspectivas de los diferentes participantes

¿Cómo vería un paciente a un sistema de salud con integración funcional? ¿Cómo lo vería un proveedor? ¿Un pagador? ¿O un regulador? Para que un sistema esté realmente integrado, necesita satisfacer lo que el término significa para cada uno de estos participantes, así que mientras que sus definiciones implícitas puedan no coincidir exactamente, es importante que no estén en extremo conflicto. De las diversas maneras que hay para considerar este tema, las perspectivas de los actores en el sistema pueden ser las más pertinentes para determinar lo que hay que hacer a fin de transformar un sistema. He aquí las nociones de este autor de lo que cada tipo de participante desea o espera.

El paciente tendrá que contribuir a pagar por la atención a la salud, a menos que el/ella sea tan pobre como para ser totalmente subvencionado(a), y el pago tendrá que ir a uno o más organismos de financiación, como el gobierno general, la seguridad social, otros programas públicos o un asegurador privado. (Se supone que esas organizaciones sigan existiendo independientemente.) Pero después de eso, el sistema integrado idealmente desde el punto de vista del paciente, le permite a él o a ella buscar tratamiento con cualquier proveedor acreditado, sin importar para quién trabaje el proveedor ni cómo se pagarán los servicios. Si el pago de bolsillo es necesario, debe ser (1) bajo o cero para un pobre paciente, para que no haya riesgo de catástrofe financiera, y (2) el mismo para todos los proveedores.

Estas condiciones deben mantenerse para cualquier intervención a la que el paciente tenga derecho, ya sea que el derecho se encuentre establecido en la política pública o sea parte de un contrato de seguro. En otras palabras, el panorama de los proveedores debe verse homogéneo para el paciente, dejando que su elección de proveedor sea determinada por la conveniencia y por cualquiera que sean los indicadores de calidad y respuesta disponibles.

Este escenario supone que, si los proveedores están asociados con los contribuyentes, como empleados o en virtud de un contrato, cualquier diferencia en lo que se les paga para una intervención determinada, deberá ser compensada por los flujos financieros que no impliquen pago adicional por parte del paciente. No es necesario que todos los proveedores tengan las mismas cuotas o ingresos, sólo que el paciente no tenga que preocuparse por ese aspecto. Otras dos condiciones están implícitas en esta definición: (1) existe una clara especificación del conjunto de servicios para los que se aplican estas condiciones, y (2) el acceso universal se mantiene para los proveedores acreditados, lo que significa que alguien tiene que determinar cuáles proveedores satisfacen ese requisito y, por tanto, participan en el sistema integrado. Ninguna de estas condiciones es necesaria si el paciente está pagando el costo completo de bolsillo, porque entonces no hay transferencias financieras.

Ese es el punto de vista de un paciente individual, pero para que el sistema esté plenamente integrado, estas condiciones han de aplicar a cada paciente. Si son las mismas condiciones para todos los pacientes, los requisitos se vuelven cada vez más exigentes, ya que todos ellos deben tener derecho a la misma canasta de servicios y a la misma lista de proveedores. Esto significa la eliminación de un sistema de dos niveles como el de Colombia, o las distinciones entre los clientes de FONASA en Chile. Las diferencias entre los pacientes puede ser permitidas sólo para los servicios que están más allá de los definidos en el paquete, por ejemplo para los procedimientos cosméticos, o las intervenciones que de otra manera serían negadas por razones de edad u otras condiciones, o para las amenidades no-médicas de la clase alta. Incluso, los sistemas que proporcionan el acceso universal a un conjunto de servicios comunes, como es típico en Canadá y los países europeos, y de Medicare en los Estados Unidos, permiten tales servicios incrementales, pagados por un seguro complementario, o incluso requieren que aquellos con el mayor ingre-

so se desvinculen del paquete definido públicamente y compren seguros privados para todo (como en los Países Bajos). Así la integración funcional total, como es visto por el paciente, puede no ser factible o deseable; el ideal puede ser algo así como el 90% de integración.

El proveedor vería la integración funcional desde el otro lado del escritorio. Significaría tener la libertad de aceptar a cualquier paciente, sin distinción en cuanto a la cantidad que se pagaría o de dónde provienen los fondos, para cualquier tratamiento en el paquete común de servicios. Hay un posible conflicto aquí, y radica en que un proveedor debe tener el derecho a rechazar a un paciente que no tenga una emergencia cuando ya esté funcionando a su máxima capacidad, pero no, obviamente, por motivos de pobreza, origen étnico o por cualquier otra forma de discriminación. Así como los pacientes individuales pagarían diferentes montos de impuestos, primas o pagos de bolsillo por la atención, los proveedores podrían tener diferentes cuotas e ingresos. Y así como el dinero tendría que seguir al paciente, los flujos financieros de los distintos contribuyentes serían necesarios para responder a estas condiciones.

Esto plantea un segundo y más grave conflicto: si los diferentes proveedores cobran cantidades distintas por la misma intervención, entonces cualquier contribuyente tiene un incentivo ya sea para negociar las cuotas o para dirigir a los pacientes a los proveedores de bajo costo. Esta es la presión que lleva a Medicare y Medicaid en los Estados Unidos (y a los contribuyentes públicos en general) a negociar o fijar los precios de los proveedores, y eso lleva a los aseguradores privados a utilizar su poder de negociación para forzar o mantener bajos los pagos a los proveedores. El estira y afloja entre los compradores y los vendedores no se elimina cuando el sistema está más plenamente integrado; de hecho, el problema puede empeorar, ya que hay más proveedores y más grandes flujos de fondos implicados. El problema político es cómo equilibrar estas reclamaciones que compiten, preservando al mismo tiempo la integración -como es vista por el paciente- tanto como sea posible.

¿Cómo ve un contribuyente, ya sea público o privado, la integración funcional? Idealmente, el interés del contribuyente coincide con el del paciente -un panorama plano/homogéneo de proveedores- en términos de costo. Esto es, ya sea que todos los proveedores cuesten lo mismo, para una intervención determinada, o bien que las transferencias financieras procedentes de otros contribuyentes compensen al contribuyente por cualquier diferencia en los costos. Es evidente que los contribuyentes que reúnen altos ingresos por persona matriculada, terminarán pagando a otros contribuyentes o a los proveedores, por los pacientes a los que no cubrirían directamente o por pagar antes de la integración. Los contribuyentes que recogen ingresos mucho menores serán beneficiarios netos de las transferencias, o serán exonerados de los pagos de sus clientes.

Qué tan grandes serán estos flujos, y en qué dirección, dependerá del tamaño del paquete de beneficio común y de si se les permitirá a los pacientes dejar a un asegurador y afiliarse a otro, como pueden hacer en los sistemas públicos de Chile y Colombia. En México, si a los clientes del Seguro Popular se les da acceso a un paquete de prestaciones más generosas, conservando al mismo tiempo el derecho a los subsidios para la alimentación y la recompensa por asistir a la escuela, cualquier financiamiento dirigido al programa tendrá que aumentar, o los servicios adicionales deberán ser pagados por otro contribuyente público.

Qué tipo de flujo es el más adecuado es una cuestión de eficiencia; las consecuencias para la equidad son las mismas, cualquiera que sea el canal utilizado.

Es claro, al examinar estas tres perspectivas, que la integración funcional es imposible sin una importante integración financiera. Las cuatro funciones del sistema de salud son cruciales para lograr los tres objetivos principales que se muestran en la Figura 1, pero la integración del sistema de forma que se comporte más como un sistema único en lugar de una colección de piezas

sueeltas, es particularmente exigente para la función de la financiación -no necesariamente el componente de la financiación-, aunque puede haber razones para modificar esto, pero definitivamente, para el componente de mancomunar los fondos. Esto es tanto más cierto, si la búsqueda de la integración funcional significa también la incorporación de grandes poblaciones que antes no tenían cobertura de un seguro y, por lo tanto, dependían de pago de bolsillo con su secuela de alto riesgo financiero. La creación del Seguro Popular en México, al igual que la anterior creación del IMSS y el ISSSTE, hizo que muchas personas sin cobertura de seguro ahora la tengan, pero sin tratar de llegar a la integración funcional en los términos discutidos aquí.

Más puede también exigirse a la función de la rectoría. Este caso es más complicado, sin embargo, ya que mientras que los reguladores tendrán que supervisar los flujos financieros requeridos por la integración y, también, para asegurar la uniformidad de la calidad y del acceso al paquete de prestaciones básicas, pueden ser relevados de parte de la carga de la supervisión específica de los requisitos de los programas individuales. Dicho de otro modo, la integración funcional como ha sido vista por las autoridades reguladoras, subirán un nivel, para abarcar relaciones en todo el sistema de atención de salud. Actualmente, la supervisión de todas las demás funciones- de financiación, las inversiones y la prestación de servicios- es incompleta, en gran parte debido al sector privado, que es grande y menos regulado, especialmente por los no asegurados. Por lo tanto, el volumen sobre el cual la rectoría debe ejercerse aumentará, ineludiblemente. Está menos claro si la intensidad de la regulación aumentará en la misma proporción. Lo evidente es que la falta del ejercicio adecuado de la rectoría impedirá que funcionen los esfuerzos por lograr una integración funcional.

Posibles beneficios y riesgos de la integración funcional

El sólo tratar de visualizar la integración desde los puntos de vista de los pacientes, proveedores, contribuyentes y reguladores, o el mirar brevemente la experiencia de algunos otros países, basta para señalar algunos conflictos y problemas. Esta sección observará un poco más de cerca algunos logros concretos que pudieran derivarse de la integración y algunos riesgos específicos que esa transición podría presentar.

¿Puede mejorar la eficiencia?

Esta es una pregunta fácil de plantear, y una que es casi imposible de responder sin un análisis detallado de las actuales ineficiencias en el sistema. Como ya se señaló, una oportunidad de introducir mejoras sustanciales en la eficiencia se deriva de la integración de la función de inversión. Por lo menos en el sector público, esto requiere la integración de los planes de inversión de todos los organismos que construyen y dan mantenimiento a los hospitales y clínicas, compran bienes de equipo, o capacitan al personal médico, si es que no lo han hecho ya.

El alcance de los beneficios para todo el sistema es limitado, sin embargo, si no hay una integración comparable en el sector privado. Existen en principio dos formas de lograrlo. Una de ellas es a través de normas explícitas que rigen las inversiones privadas, en particular en los edificios o en camas. Esta es la lógica de las normas del "certificado de necesidad" que se han utilizado para regular la construcción y la expansión de hospitales en los Estados Unidos, pero éstas han demostrado ser difíciles de especificar de manera óptima o de hacer cumplir lo que se esperaba. El otro enfoque consiste en contratar a proveedores privados a precios que hacen que el exceso de inversiones no sea rentable, teniendo cuidado de no reducir demasiado la capacidad del sistema para crecer o poner en peligro la calidad de la atención.

El segundo enfoque es probablemente más adecuado para la regulación de las inversiones y para los servicios que se financian públicamente, pero puede tener poco o ningún efecto sobre la inver-

sión privada, la cual puede ser en gran parte o totalmente reembolsada por el pago privado, ya sea a través de seguros o de pagos del bolsillo. En cualquier caso, dos cosas están claras: la cobertura universal por algún tipo de seguro facilitará la integración de la inversión; y cuanto espacio queda, si es que queda alguno, para tener mejoras en la eficiencia, es una cuestión empírica. Sería ingenuo suponer que la integración- de cualquiera de las funciones básicas- automáticamente mejora la eficiencia del sistema, ya sea por el ahorro de dinero o por la reducción de los costos unitarios, aunque se eleve el gasto total.

La integración de la prestación de servicios ofrece, en principio, la posibilidad de mejorar los resultados de salud, haya o no alguna ganancia en la eficiencia. Desde el punto de vista del paciente, un panorama homogéneo de proveedores y una total protección contra la catástrofe financiera, le da más oportunidades de obtener tratamiento, así es que, si el tratamiento es eficaz, debe haber algunas mejoras en el estado de salud. Después de todo, éste fue el motivo de cada ampliación de la cobertura de los seguros en el pasado, y deben existir aún algunos obstáculos a la atención adecuada y necesaria que podrían eliminarse por medio de la plena integración de la prestación de los servicios de salud. Una vez más, la magnitud de las posibles ganancias depende de los obstáculos que aún existan. ¿Puede un cliente del Seguro Popular obtener toda la atención médica de nivel superior que pueda necesitar aunque no sea parte del programa del paquete? Cualquier beneficio de la integración funcional seguramente se acumulará, principalmente, para los pobres, ya que son la población más limitada en el acceso a la gama completa de los proveedores y de las intervenciones.

La integración financiera es esencial para el éxito de la integración, ya sea de inversión o de la prestación de servicios, pero es poco claro si ofrece espacio para mejoras en la eficacia directa. La sección 2,3, a continuación, considera algunos de los riesgos que implica.

¿Puede mejorar la equidad?

Aquí la respuesta es, sin duda que Sí. De hecho, el potencial de ganancias en equidad por la integración funcional es probablemente suficiente para justificar los esfuerzos por integrar el sistema. Por mucho, la mayor mejora en la equidad, tanto en los resultados de salud y como en protección financiera, provienen de la ampliación de la cobertura de los seguros; mientras que la cobertura más completa, bien facilita, o es esencial para la integración de todas las funciones, desde el punto de vista de cada tipo de participante.

Supongamos, sin embargo, que un cierto grado de integración funcional se produce sin ningún tipo de ampliación de cobertura, de manera que la población no asegurada no se ha modificado y todo lo que ocurre es que los que ya están cubiertos participan en un sistema integrado más a fondo. Existirían todavía importantes posibilidades para mejorar la equidad, al dar a todos los pacientes el acceso a una gama más amplia de proveedores y servicios. Este sería algo paralelo a lo que ha sucedido hasta ahora en la reforma de Colombia, hay un trato mucho más equitativo que antes para todos los incorporados bajo la Ley 100, y esto se muestra tanto en la reducción de los riesgos financieros como en el uso de servicios y en algunos resultados de salud.

El mismo resultado se produce en los programas públicos en los Estados Unidos; las personas de edad cubiertas por Medicare y los pobres cubiertos por Medicaid, obtienen una atención más equitativa, incluso si el subsistema financiado de manera privada sigue siendo tremendamente injusto. ¿Hasta qué punto se vuelve, todo un sistema, más equitativo a través de la integración funcional? Parece depender de dos tipos de "nivelación hacia arriba": número de personas que recién reciben cobertura de los seguros, y qué tan igualmente todos los que ya están cubiertos reciben el mismo paquete de beneficios y el mismo acceso a los proveedores.

El sistema de salud chileno ilustra la diferencia entre estos dos efectos, porque aunque esencialmente nadie se queda por fuera, todavía hay diferencias sustanciales entre las cuatro categorías de beneficiarios de FONASA; sin embargo, estas diferencias probablemente tienen un impacto mínimo en los resultados de salud, a diferencia de la libertad de elegir los proveedores. El programa AUGE proporciona una mayor nivelación, tanto en el ámbito FONASA y entre éste y las ISAPRES.

Cómo hacer que funcione la integración funcional: complejidades y riesgos.

La integración funcional, como se discute aquí, implica una mayor movilidad que antes de los pacientes y los fondos. La gente puede no ser totalmente libre para pasar de un asegurador a otro, como ocurrió por ejemplo en la reforma de las Obras Sociales de Argentina en el decenio de 1990. Aun así, la integración de la prestación de servicios, significará una mayor circulación de los pacientes de un proveedor a otro. Y esto se ha subrayado en varias ocasiones, el uso de fondos mancomunados tendrá que cambiar sustancialmente, lo que implica mayores flujos financieros y probablemente flujos más complicados también.

El movimiento siempre conlleva el riesgo de fricción. La cuestión radica en qué tan probable es que fricción impida la integración funcional o reduzca sus beneficios, en lugar de que los flujos se desplacen sin problemas. Esta es, sin duda, la cuestión de con qué rapidez se persiga la integración, pues una mayor velocidad significará mayor turbulencia. Tal vez lo que es crucial, además de moverse cuidadosamente en cuanto a velocidad, es asegurar que los acuerdos financieros estén adecuadamente estudiados y los fondos de reserva disponibles, antes de introducir cambios importantes en la forma en que los pacientes o proveedores sean tratados. Y aún más, la rectoría tiene que ser adecuada para el aumento del volumen de la reglamentación que se exige. Esto sugiere una secuencia: preparar la rectoría en primer lugar, en la medida en que las necesidades puedan ser previstas, y luego poner los arreglos financieros en marcha, y sólo entonces integrar la prestación de servicios. Debido a que estos cambios pueden implicar grandes evoluciones en las inversiones necesarias - pues lo que se necesita no será evidente de inmediato- la integración de la función de la inversión probablemente deberá dejarse para el final.

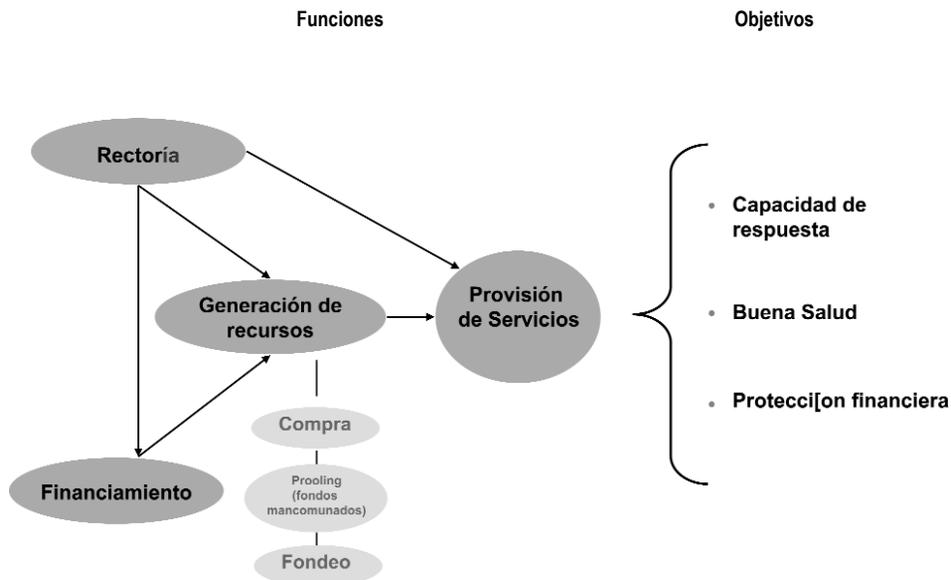
Dos riesgos más son dignos de mención. Uno de ellos es que va a resultar difícil integrar los diferentes paquetes de beneficios a los cuales las sub poblaciones tienen derecho ahora. La reforma de Colombia, por ejemplo, está todavía lejos de dar a la población subvencionada acceso al mismo paquete que recibe la población contribuyente y, en cambio se ha concentrado en ampliar la cobertura subsidiada lo más rápidamente posible. Desde una perspectiva de equidad, esto está totalmente justificado, pero los retrasos y problemas en hacer que sean uniformes los paquetes de beneficios -o al menos ofrecer un paquete básico uniforme que abarque la mayoría de las intervenciones- puede complicar la prestación de servicios y crear tensiones políticas.

La otra situación de riesgo, y probablemente la más importante, es la insuficiencia de medios financieros o la inestabilidad. El sistema casi seguramente va a terminar gastando más, posiblemente mucho más; y aún cuando el total de los recursos sea adecuado, es crucial que los flujos compensatorios necesarios ocurran a tiempo y en las cantidades necesarias. Si la integración funcional significa dejar intacta la estructura organizacional del sistema de salud, entonces habrá mayores y más frecuentes demandas de fondos de un financiador a otro, o de los financiadores a los proveedores a los que no están acostumbrados a pagar. El resultado será un caos financiero (y político) si estas demandas no son atendidas. Ese riesgo parece ser general, pero su grado de severidad dependerá de qué canales se establezcan para esos flujos y de lo bien que la rectoría se ejerza sobre ellos.

Reflexiones finales

Para alguien que no tenga un conocimiento íntimo del sistema de salud mexicano, es imposible ofrecer más que estas ideas muy generales y algunos ejemplos y advertencias. Los que sí conozcan bien el sistema pueden decidir si estas ideas son útiles, y pueden pensar cómo interpretar la "integración funcional" y la manera de proceder hacia ella. La importancia central de la integración financiera, y el aumento del volumen de la demanda de la función de rectoría, son las dos principales conclusiones que se aplican, sin importar qué medidas específicas se adopten para promover la integración de una o más funciones.

Figura 1. Funciones y objetivos de los Sistemas de Salud
Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud (2000).



Nota: Las opiniones expresadas aquí son las del autor, y no representan la opinión de la revista Health Affairs o de su personal. El documento responde a una invitación del Instituto Nacional de Salud Pública de México, a presentar algunas ideas y sugerencias preliminares para las deliberaciones en la conferencia. El autor da las gracias a Miguel Ángel González Block y a Eduardo Álvarez Falcón por la invitación y por sus útiles comentarios sobre el bosquejo del proyecto. Debido a que el documento es sólo para promover la discusión, no se citan las fuentes, ni se provee de herramientas académicas.

La incidencia del gasto público en salud como indicador de integración funcional del financiamiento

Mtro. John Scott

Documento de Trabajo

Introducción y Antecedentes Metodológicos

El análisis de incidencia del gasto público en salud representa una base de información de gran utilidad para evaluar y reformar el financiamiento de la salud pública. En este trabajo presentamos algunos de los principales resultados de este tipo de análisis disponibles para México. Estos revelan un sistema altamente fraccionado y desigual en sus beneficios. Al mismo tiempo, sin embargo, los resultados de este análisis ofrecen una herramienta fundamental para diseñar reformas que permitan transitar hacia un sistema de salud integral, equitativo y universal.

La metodología que utilizamos en este trabajo es el análisis de incidencia de beneficios (AIB). En este análisis se estima la distribución de los beneficios del gasto público entre los hogares a partir de tres tipos de información: a) ingreso (o gasto) total per cápita del hogar, b) uso de los servicios públicos por parte del hogar y c) el valor que los servicios públicos utilizados representan para los hogares. En síntesis, se imputa a los hogares el valor de los servicios recibidos, considerados como una transferencia en especie, a partir del uso que hacen de los mismos y el valor que estos servicios representan, estimado comúnmente a partir del costo de provisión ².

En las últimas dos décadas se han realizado estudios de AIB del gasto público, principalmente en educación y salud, para un número creciente de países, a partir de los estudios pioneros de Meerman (1979) y Selowski (1979) para Malasia y Colombia, respectivamente. En el caso de México, existe ya un conjunto de estudios de AIB del gasto público en salud, que incluye Scott (2000, 2002, 2005, 2007), Arzoz y Knaul (2003), y Banco Mundial (2004).

Los resultados que se presentan a continuación se basan en Scott (2005, 2007). Estos evalúan la evolución del sistema de salud en el curso de la última década, a partir de bases de datos que cubren desde 1996 hasta 2002/2004. Presentaremos también resultados proyectados al 2010, bajo el supuesto de que el Sistema de Protección Social en Salud, o Seguro Popular, se aproximará a la cobertura universal de la población no asegurada ³.

Los resultados se presentan de dos formas. Se analiza la distribución de los beneficios y su financiamiento por deciles (o quintiles) poblacionales. Para construir estos se ordena el conjunto de hogares del más pobre al más rico en términos de su gasto o ingreso per cápita ⁴, y se divide la población en diez grupos cada uno con el 10% de la población (o cinco grupos con 20% en el caso de quintiles). Así, el primer decil se refiere al 10% más pobre de la población, y el décimo al 10% más rico.

² Para la información de ingreso y gasto del hogar y uso de servicios por parte de los hogares utilizamos la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1996-2004, y la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Estas encuestas reportan uso de servicios de salud en las instituciones públicas, incluyendo los servicios para la población no asegurada (SS) y las instituciones de seguridad social que sirven al sector privado (IMSS) y a los trabajadores del estado (ISSSTE, los seguros de PEMEX y las fuerzas armadas, y las universidades públicas). La ENSA identifica algunos programas de gasto más específicos en beneficio de la población no asegurada, incluyendo IMSS-Solidaridad (hoy IMSS-Oportunidades) y los Institutos Nacionales de Salud. La información de gasto público que se utiliza para imputar el valor de los beneficios recibidos se refiere siempre a gasto ejercido. Las fuentes de esta información son la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y las Cuentas Nacionales de Salud publicadas por la SS, excepto en el caso del IMSS, donde existen divergencias entre esta fuente y los reportes financieros publicados por la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera de esta institución, por lo que se toma la información de esta última fuente.

³ La cobertura del Seguro Popular programada para 2010 es la población que no estaba asegurada en 2004.

⁴ En el caso de la ENSA (y las de la ENIGH cuando comparamos con ésta), que utilizan ingreso per cápita dado que esta encuesta no tiene un módulo de gasto general.

También presentamos un índice sintético para medir la progresividad/regresividad absoluta de los beneficios. Esto se refiere al grado en que los subsidios se concentran en los deciles más pobres (progresivos) o más ricos (regresivos).

Reportaremos el coeficiente de concentración, una medida idéntica al coeficiente de Gini, la medida de desigualdad más comúnmente utilizada, excepto que el concepto utilizado para ordenar a los hogares (en este caso, el ingreso/gasto per cápita del hogar) es distinto a la variable cuya distribución se pretende medir (en este caso, gasto público o financiamiento de la salud). Esta medida se define en el rango (-1,1), donde los valores negativos y positivos representan distribuciones progresivas (pro-pobres) y regresivas (pro-ricos), respectivamente, y 0 correspondería a una distribución perfectamente neutral o equitativa, donde cada persona (o decil) obtiene beneficios equivalentes.

Distribución del gasto público en salud

Las siguientes tablas (1 y 2) y gráficas (1-4) presentan la distribución del gasto público en salud por tipo de institución y de atención (primaria, materna y hospitalaria) en el 2002, y su evolución desde 1996. Se observa un contraste notable en términos de equidad entre el gasto ejercido a favor de la población no asegurada, que es altamente progresivo (y pro rural), y el gasto en beneficio de la población asegurada, que presenta una distribución prácticamente inversa (y pro urbana).

La distribución del gasto público total en salud resulta ligeramente regresiva a nivel nacional. Sin embargo, esta regresividad desaparece si se excluyen las contribuciones obrero-patronales, y sólo se considera el gasto público financiado por medio de impuestos generales (tabla 1).

Al desagregar por tipo de atención (tabla 2), se observa que el gasto público en atención primaria es casi neutral, mientras el gasto en servicios hospitalarios es regresivo⁵. Es notable que el gasto público en servicios de salud materna es también regresivo y pro urbano, y para los primeros cuatro quintiles, precisamente inverso a la distribución de la demanda potencial por estos servicios medida por medio de la distribución de la población infantil (gráfica 1). El contraste en equidad entre los servicios para la población no asegurada y asegurada, sería mayor aún si tomáramos en cuenta la distribución del presupuesto de estas instituciones entre tipos de servicios, ya que la participación de salud primaria es de 46% en el caso de la SS, pero sólo 26% en el caso del IMSS (Secretaría de Salud 2003).

La gráfica 2 ofrece una desagregación más detallada de algunos programas específicos en beneficio de la población no asegurada, a partir de la ENSA. Los servicios de IMSS-Oportunidades, dirigidos principalmente a comunidades rurales remotas, son altamente progresivos, mientras los servicios de los Institutos Nacionales de Salud -con un presupuesto global comparable al programa anterior- ofrecen atención especializada de tercer nivel en forma altamente regresiva.

⁵ Esto es sólo producto de la intensidad relativa del uso de estos servicios en las tres instituciones, no considera el costo diferenciado de atención hospitalaria vs. primaria dentro de cada institución

Considerando la evolución de la distribución del gasto público entre 1996 y 2002 (gráficas 3-5), es notable el incremento en la cobertura de los servicios para la población no asegurada en el 20% más pobre de la población, que pasó de 18% a 31% entre 1996 y 2000. Este periodo coincide con la introducción y expansión acelerada del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, hoy Oportunidades), que en su componente de salud se diseñó precisamente para incrementar la demanda de estos servicios por parte de esta población (por medio de transferencias monetarias condicionadas, además de programas complementarios de expansión de cobertura y mejoras en la oferta). También se observa en este periodo una reducción gradual en la regresividad de los servicios para la población asegurada, que en el caso del ISSSTE era hasta 1998 más regresiva que la distribución del gasto de los hogares, y contribuía por lo tanto a aumentar la desigualdad de este gasto. En el caso del IMSS, se observa un pequeño avance en progresividad entre 2000 y 2002, reflejando una expansión de cobertura significativa en el sector rural (11% a 18%). Es notable sin embargo el contraste entre la distribución del crecimiento de la cobertura lograda entre 1996 y 2002, que resulta altamente progresiva en el caso de la SSA, pero regresiva en el del IMSS (gráfica 5).

El efecto de los cambios anteriores en la cobertura de los programas, combinado con un aumento importante en el gasto en servicios para la población no asegurada, representó un cambio notable en las prioridades del gasto público en salud en México. En apenas seis años, el coeficiente de concentración de este gasto se redujo a una tercera parte (gráfica 4), y la participación del quintil más pobre pasó de 8% al 15% (gráfica 3), y la del sector rural de 20% a 28%.

Para evaluar estos avances en una perspectiva comparativa, comparamos el caso de México con otros trece países con datos similares (gráfica 6)⁶. Entre este grupo, México pasó entre 1996 y 2002 del primer al octavo lugar en la desigualdad de la distribución del gasto público en salud. Esta comparación supone que las medidas para los otros países permanecieran constantes en sus valores iniciales (1987-1995), por lo que no se puede inferir de esto la situación comparativa de México en estos años. En todo caso, la distribución actual del gasto público en salud en México está aún muy distante de las distribuciones logradas desde principios de la década pasada por los otros países Latinoamericanos representados en esta lista (excepto Brasil), especialmente Colombia, Costa Rica y los países del Cono Sur.

Finalmente, para apreciar la enorme segmentación de los instrumentos de gasto público a favor de la salud, comparamos sus coeficientes de concentración (gráfica 7). Se incluyen, además de servicios de salud, el gasto fiscal por concepto de las exenciones del IVA al consumo de medicinas, algunos programas de apoyo nutricional y las transferencias de Oportunidades⁷. Existe una distancia notable entre los instrumentos más progresivos, como Oportunidades e IMSS-Oportunidades, y los más regresivos, como los servicios de salud del ISSSTE y las exenciones fiscales, que de hecho se acercan al coeficiente de Gini del gasto privado de los hogares. Esto revela oportunidades claras para profundizar los avances en la equidad del gasto público en México en años futuros por medio de la reasignación de recursos entre los instrumentos disponibles actualmente.

A esto hay que agregar la creación de esquemas nuevos, como el Seguro Popular, pero también los costos crecientes del sistema de salud para la población asegurada, asociados al sistema de pensiones de los trabajadores al servicio del IMSS e ISSSTE (este tema se retoma en la sección 6).

⁶ Hay que interpretar estas comparaciones con cuidado, ya que estos estudios no están estandarizados y los resultados son sensibles a diferencias metodológicas.

⁷ Estas transferencias incluyen papillas nutricionales y están condicionadas, en parte, al uso de servicios de salud y participación en pláticas educativas de salud.

Tabla 1
Distribución de Gasto Público en Salud, 2002

Deciles		Total				Por institución			
		Total		Por tipo de atención			No asegurada	Asegurada	
		Gasto Público Total	Excluyendo Contribuciones Obrero-Patronales	Primaria	Materna	Hospitalaria	SS	IMSS	ISSSTE
Nacional	1	7.7%	9.6%	8.4%	4.8%	1.9%	15.9%	3.7%	0.2%
	2	7.4%	9.0%	8.0%	5.0%	1.2%	14.1%	4.2%	1.4%
	3	9.5%	11.2%	9.5%	13.0%	7.3%	16.9%	6.0%	3.2%
	4	8.6%	8.9%	8.9%	6.2%	7.6%	10.7%	8.0%	4.7%
	5	10.7%	10.8%	10.2%	10.5%	15.3%	11.1%	10.5%	6.4%
	6	10.7%	9.9%	10.4%	12.5%	16.2%	9.0%	12.5%	8.8%
	7	10.7%	9.9%	10.7%	15.7%	8.6%	7.6%	12.5%	15.3%
	8	12.2%	11.0%	12.1%	14.8%	12.3%	6.4%	14.7%	19.5%
	9	12.3%	11.2%	12.0%	12.7%	11.3%	6.3%	14.8%	19.5%
	10	10.1%	8.6%	9.9%	4.8%	18.3%	2.1%	13.2%	21.0%
Urbano	70.9%	65.6%	69.3%	80.6%	77.4%	47.9%	82.0%	93.4%	
Rural	29.1%	34.4%	30.7%	19.4%	22.6%	52.1%	18.0%	6.6%	
CC Nac	0.076	0.008	0.060	0.093	0.247	-0.243	0.218	0.430	
CC Urb	0.038	-0.033	0.088	0.036	0.213	-0.207	0.156	0.320	
CC Rur	0.136	0.084	0.158	0.167	0.467	0.058	0.342	0.770	

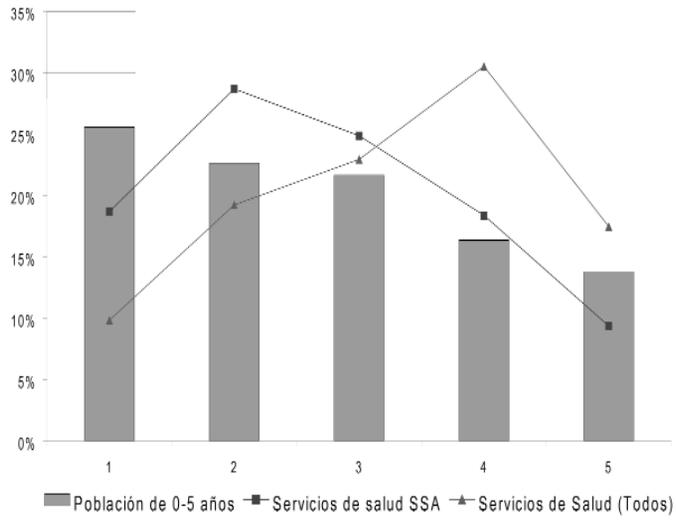
Fuente: estimación del autor usando ENIGH (2002). En el gasto de la SS se incluye también el gasto público estatal (financiado por participaciones y recaudación local). SS, *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

Tabla 2
Distribución del gasto público en salud por tipo de atención: primaria, materna y hospitalaria (2002)

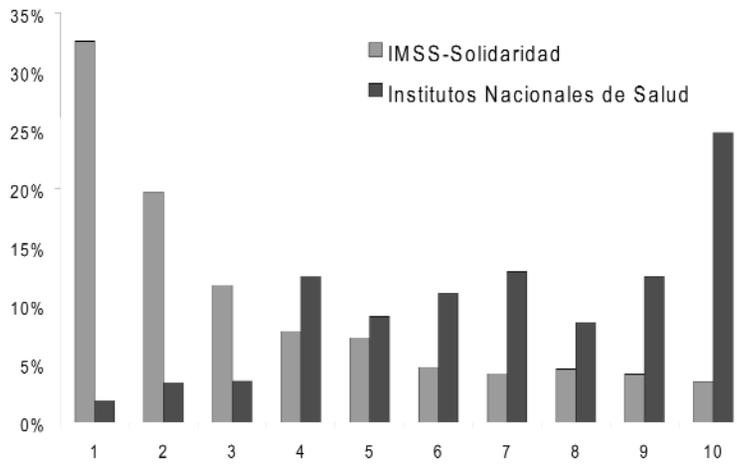
Decil	Primaria			Materna			Hospitalaria		
	SS	IMSS	ISSST E	SS	IMSS	ISSSTE	SS	IMSS	ISSSTE
1	17.0%	4.0%	0.2%	9.1%	2.8%	0.0%	4.5%	0.4%	0.0%
2	15.0%	4.5%	1.5%	9.6%	2.8%	0.0%	2.3%	0.8%	0.0%
3	16.7%	5.6%	3.4%	19.6%	11.0%	0.0%	10.6%	6.3%	0.0%
4	10.9%	8.2%	4.7%	9.1%	5.1%	1.3%	8.5%	6.8%	9.3%
5	10.7%	10.5%	6.6%	10.7%	11.3%	5.1%	27.7%	9.3%	1.4%
6	8.3%	12.2%	8.9%	14.2%	13.7%	0.0%	12.2%	19.2%	15.5%
7	6.9%	12.3%	15.6%	12.0%	17.1%	22.1%	12.7%	7.4%	0.1%
8	6.2%	14.8%	19.0%	6.3%	14.3%	48.4%	13.6%	12.0%	8.9%
9	6.0%	14.8%	19.3%	8.5%	16.3%	9.3%	6.5%	10.5%	33.0%
10	2.2%	13.2%	20.9%	0.8%	5.8%	13.7%	1.3%	27.5%	31.9%
CC	-0.263	0.216	0.425	-0.136	0.177	0.489	0.013	0.352	0.548

Fuente: estimación del autor usando ENIGH (2002). En el gasto de la SS se incluye también el gasto público estatal (financiado por participaciones y recaudación local). SS, *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

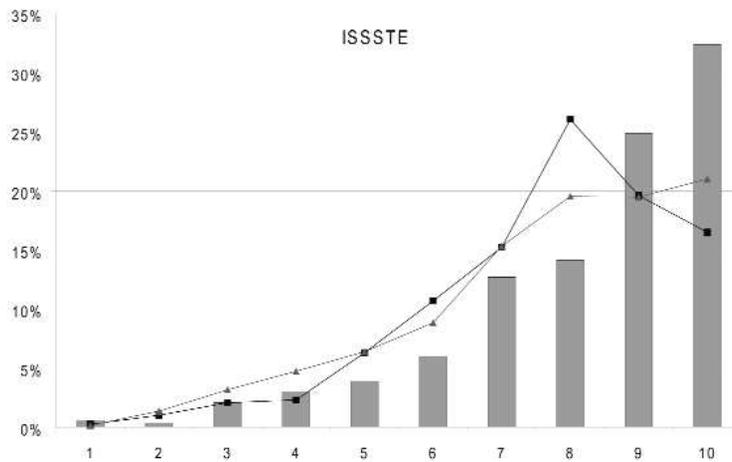
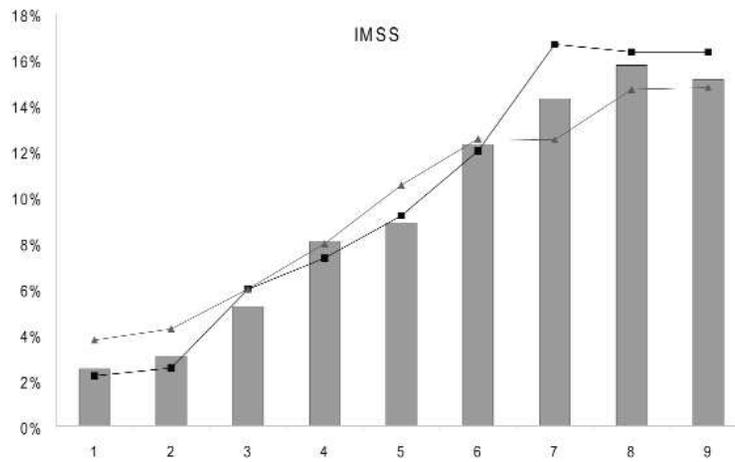
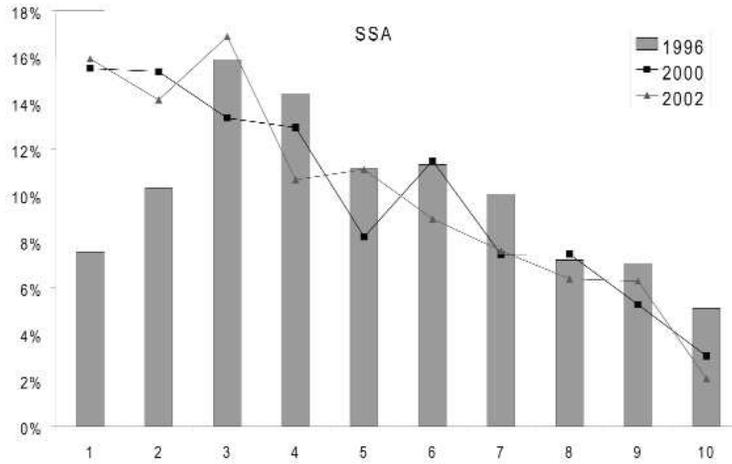
Gráfica 1
Distribución de usuarios de servicios de salud pública materna y de la población infantil (0-5 años) en 2002
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002



Gráfica 2
Distribución de usuarios de servicios de salud pública:
IMSS-Solidaridad e Institutos Nacionales de Salud

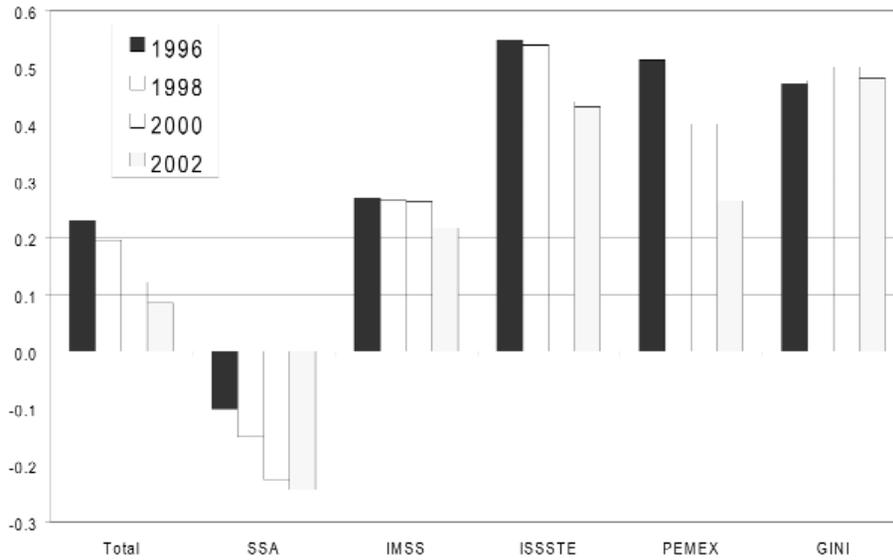


Gráfica 3
Evolución de la distribución de usuarios de servicios: 1996-2002



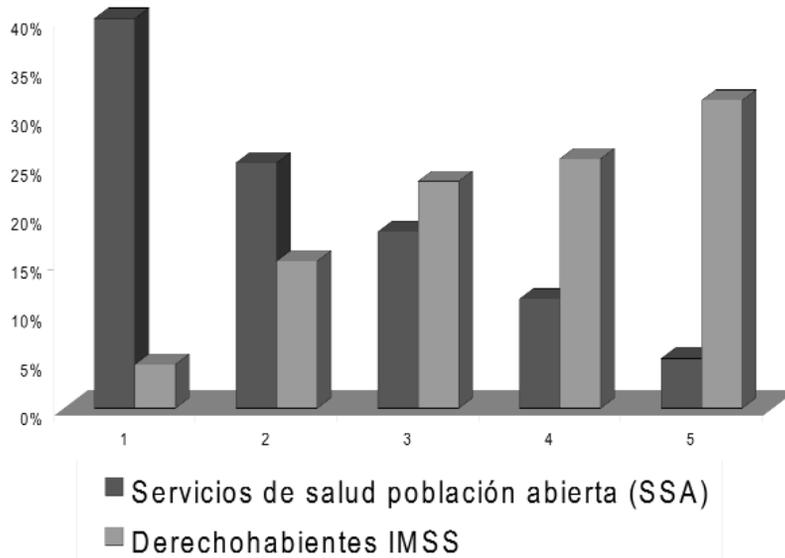
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 1996, 2000, 2002.

Gráfica 4
Coeficientes de concentración del gasto público en salud: 1996-2002



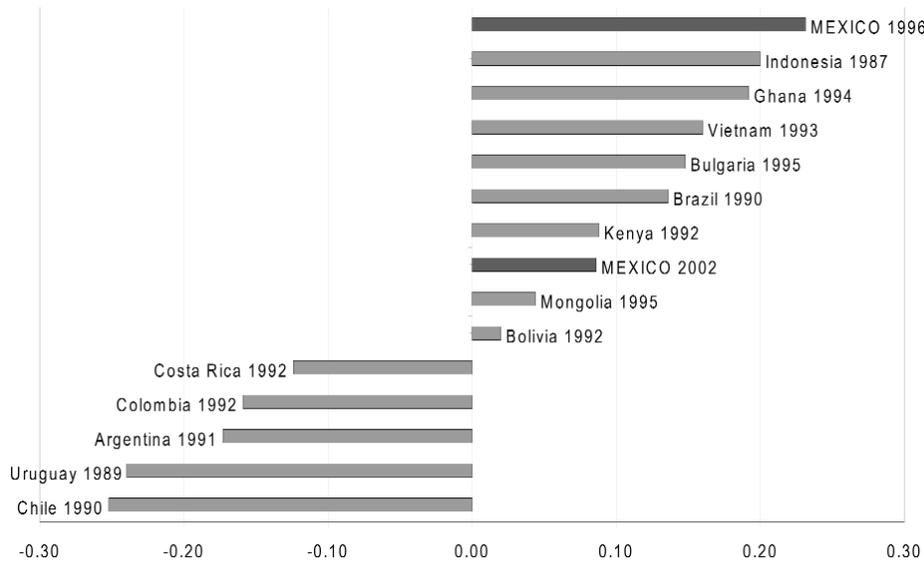
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002.

Gráfica 5
Distribución por quintiles del crecimiento en la cobertura del IMSS y SSA: 1996-2002



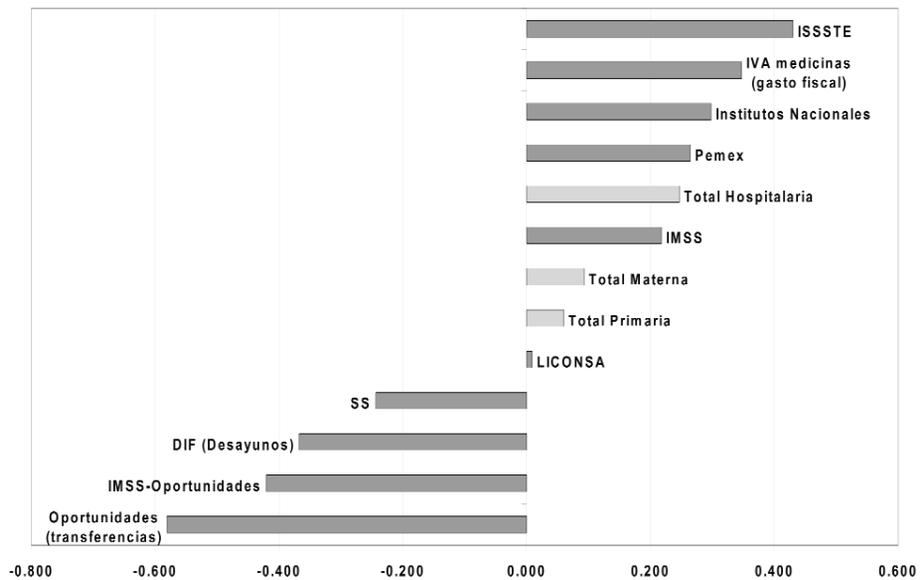
Fuente: cálculos del autor a partir de ENIGH 1996 y 2002.

Gráfica 6
Coeficientes de concentración del gasto público en salud:
México en perspectiva comparativa



Fuentes: México: estimación del autor usando ENIGH 1996-2002, Otros: Anexo, tabla A1,

Gráfica 7
Coeficientes de concentración de gasto público en salud y nutrición: 2000/2002



Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002, ENSA 2000 (IMSS-Oportunidades, Institutos Nacionales)

El financiamiento de la salud y la incidencia de beneficios netos

Para estimar la distribución de los recursos totales ejercidos para la salud de los hogares en México, financiados por medio de recursos propios o públicos, comparamos la distribución del gasto público analizada en la sección anterior con la distribución de su financiamiento y del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud adquiridos privadamente. La tabla 3 distingue tres fuentes principales de financiamiento del gasto en salud: a) gasto privado (casi en su totalidad "de bolsillo"), b) impuestos generales (ISR a personas físicas, IVA, IEPS, Tenencia, ISAN), y c) contribuciones de los trabajadores y patrones a la seguridad social (IMSS) ⁸.

Se comprueba que los tres rubros de financiamiento son altamente progresivos en términos absolutos (pagan más los más ricos), aunque el gasto privado es ligeramente regresivo en términos de su incidencia relativa. Dada la progresividad relativa de los impuestos y contribuciones a la seguridad social, el financiamiento total de la salud presenta una incidencia casi neutral (aunque la contribución del primer quintil es ligeramente superior a la de los demás).

Por otro lado, como se observó en la sección anterior, la distribución del gasto público es prácticamente neutral en términos absolutos, pero altamente progresiva en términos relativos (obtienen más recursos, como proporción de su ingreso, los más pobres). El impacto redistributivo de estos recursos es notable, ya que se reduce el coeficiente de concentración del gasto en salud casi a la mitad al pasar del gasto privado (0.44) al gasto bruto (es decir, antes de impuestos) total en salud (0.24). Más notable aún es observar que cuando se considera el gasto total neto de impuestos y contribuciones a la seguridad social desaparece por completo la regresividad absoluta del gasto en salud, y este se vuelve de hecho progresivo, ya que la participación del decil más rico se reduce de 36% a 1.6%.

Este resultado parece contraintuitivo, pero sólo requiere de algún cuidado en su interpretación. Se deriva de que la contribución que hace el decil más rico al financiamiento del gasto público en salud (3.7% de su ingreso) es superior a su gasto privado en salud (3%) y casi equivalente a su gasto bruto total (3.8%). Esto no significa, por supuesto, que el 10% más rico enfrente un problema de pobreza en los recursos disponibles (después de impuestos) para acceder a bienes y servicios de salud, ya que el costo de oportunidad de su contribución neta al financiamiento de la salud pública no está definido en términos de su gasto observado en salud, sino de su considerable capacidad de gasto total.

⁸ La distribución entre hogares de la carga de estos impuestos se toma de SHCP (2004). Suponemos que las contribuciones de los patrones a la seguridad social inciden finalmente en su totalidad en los trabajadores. También suponemos que el gasto público en salud no financiado por medio de estas contribuciones se financia en su totalidad por medio de los impuestos generales considerados (es decir, ignoramos los ingresos no tributarios). Para asegurar la consistencia entre los montos del gasto público e impuestos obtenidos de la Cuenta Pública y el gasto privado de los hogares reportado en la ENIGH, éste último se ajusta al nivel correspondiente reportado en la Cuenta de Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales. De la misma forma, se ajusta el ingreso corriente disponible del hogar que se utiliza como referencia en las estimaciones de incidencia. Dado el nivel de subreporte del gasto e ingreso de los hogares en la ENIGH, en relación a Cuentas Nacionales (del orden de 50%), en ausencia de este ajuste se sobreestimaría la participación del gasto público dentro del gasto total en salud, y así el impacto redistributivo de estos recursos. Así ajustados, el gasto total en salud representa 6.5% del ingreso de los hogares y, aproximadamente, la mitad corresponde a gasto público.

Tabla 3
Distribución e incidencia del financiamiento y gasto en salud: 2002

	Deciles	Financiamiento				Gasto Público	Gasto Total	
		Total	Gasto Privado	Impuestos Generales	Contribuciones a la Seguridad Social		Bruto	Neto
	Millones de pesos	315,032	159,086	88,728	67,218	155,946	315,032	159,086
Distribución	1	1.7%	2.6%	0.5%	1.3%	8.8%	5.7%	10.4%
	2	2.9%	4.2%	1.3%	1.8%	8.3%	6.2%	10.8%
	3	3.1%	3.9%	2.2%	2.4%	10.1%	6.9%	11.5%
	4	4.1%	4.9%	3.0%	3.4%	9.4%	7.2%	11.1%
	5	4.6%	4.9%	4.0%	4.8%	9.3%	7.1%	9.8%
	6	7.1%	8.3%	5.5%	6.3%	10.8%	9.5%	13.1%
	7	8.2%	8.3%	7.6%	8.9%	10.9%	9.6%	11.0%
	8	10.3%	9.4%	10.6%	12.1%	11.6%	10.6%	9.8%
	9	17.4%	17.1%	16.5%	19.1%	11.3%	14.3%	11.0%
	10	40.7%	36.5%	48.8%	39.9%	9.4%	23.1%	1.6%
	CC	0.503	0.437	0.599	0.535	0.041	0.241	-0.083
Incidencia*	1	7.4%	5.7%	0.6%	1.2%	18.8%	24.5%	17.0%
	2	7.2%	5.3%	1.0%	1.0%	10.3%	15.6%	8.4%
	3	5.7%	3.6%	1.1%	1.0%	9.2%	12.9%	7.2%
	4	5.8%	3.6%	1.2%	1.1%	6.7%	10.3%	4.5%
	5	5.4%	2.9%	1.3%	1.2%	5.3%	8.2%	2.8%
	6	6.6%	3.9%	1.4%	1.3%	5.0%	8.9%	2.3%
	7	6.2%	3.1%	1.6%	1.4%	4.1%	7.2%	1.0%
	8	6.0%	2.8%	1.7%	1.5%	3.3%	6.1%	0.1%
	9	7.0%	3.5%	1.9%	1.7%	2.3%	5.8%	-1.3%
	10	6.7%	3.0%	2.3%	1.4%	0.8%	3.8%	-2.9%
	Promedio	6.5%	3.3%	1.8%	1.4%	3.2%	6.5%	3.3%

Fuente: Estimación del autor a partir de ENIGH 2002 (gasto de bolsillo y gasto público, ver arriba, sección 3), y SHCP (2004), donde se estima la distribución de impuestos y contribuciones a la seguridad social a partir de esta misma fuente. Montos totales del financiamiento público: *Tercer Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, 2003.

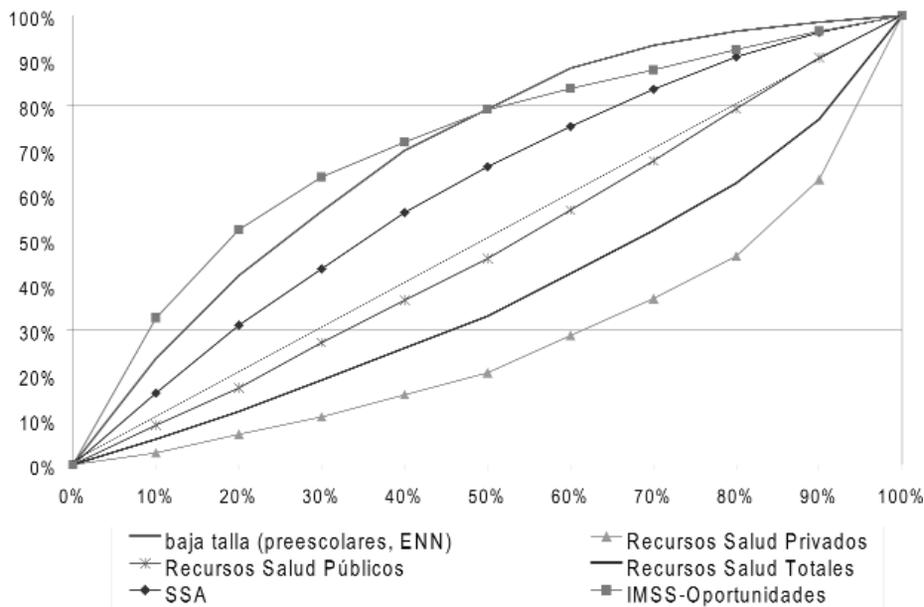
* % ingreso corriente disponible del hogar.

Gasto y Necesidades de Salud

Finalmente, para evaluar la capacidad redistributiva del gasto público en salud es necesario tomar en cuenta el esfuerzo y eficiencia redistributiva, no sólo en relación a la distribución de la capacidad de gasto original de los hogares, sino a la distribución de las necesidades objetivas en salud que enfrentan los hogares. Ya presentamos este tipo de comparación entre recursos y necesidades arriba, en la gráfica 1. Para un análisis más sistemático podemos comparar curvas de concentración de recursos y de necesidades de salud, representadas por ejemplo por la población infantil con baja talla/edad (gráfica 8). Se observa el impacto del gasto público en el acercamiento de la curva de concentración del gasto total en salud -en comparación a la curva de los recursos privados- a la línea de perfecta igualdad. Sin embargo, persiste una brecha amplia entre esta curva y la curva de concentración de las necesidades de salud. Ésta es una referencia ideal relevante ya que la coincidencia entre las dos curvas implicaría una distribución de los recursos totales ejercidos en salud proporcional a la distribución de necesidades básicas objetivas de salud. Se puede comprobar que los servicios para la población de la SS se acercan más a esta referencia de óptima progresividad, y los servicios de IMSS-Oportunidades prácticamente la alcanzan ⁹.

⁹ De hecho estos últimos rebasan la norma para los deciles más pobres. Esto puede interpretarse como una mayor sensibilidad a las brechas de salud más profundas, como en el caso de la brecha cuadrática en la medición de la pobreza.

Gráfica 8
Desigualdad en salud y recursos para la salud: 1999/2002
Curvas de Concentración



Fuentes: tablas 2.1, 3.2, 4.1, gráfica 3.2.

El Futuro, del Seguro Popular hacia un Sistema de Salud Integral e Universal

El análisis presentado ha demostrado que existen claras oportunidades para progresar hacia un sistema más equitativo de salud. Este progreso se inició en la década pasada y se está profundizando en la presente, con la canalización de mayores recursos a la oferta de servicios de salud en beneficio de la población no asegurada, la creación y expansión programada del Seguro Popular y la ampliación de Oportunidades. Dadas estas tendencias, es probable que la distribución del gasto público en salud que observaremos en los próximos años

sea más progresiva, y posiblemente en la próxima década nos acerquemos a los niveles de progresividad observados (una década antes) en Costa Rica, Colombia y el Cono Sur.

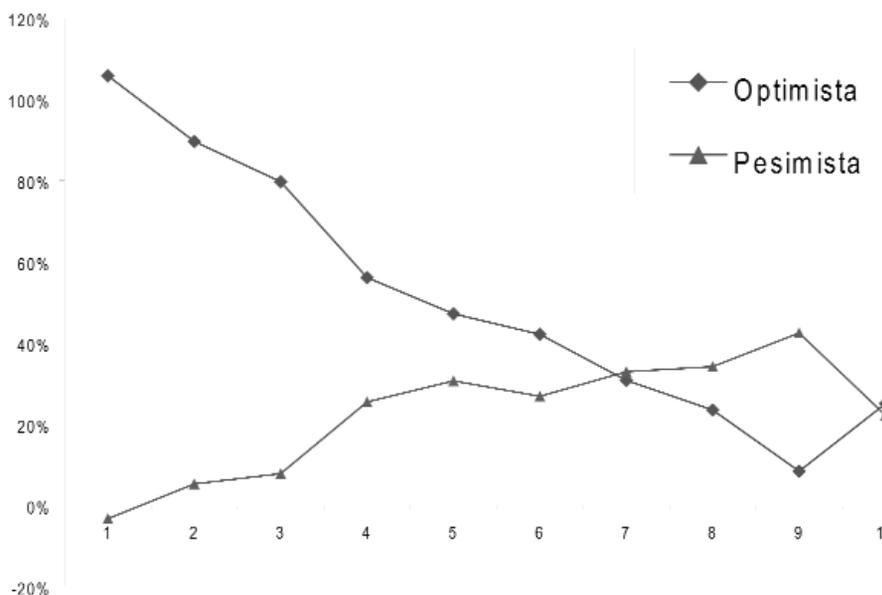
Sin embargo, la transición por vía del Seguro Popular hacia un sistema de salud integral, universal y equitativo enfrenta algunos retos importantes. Una evaluación reciente del impacto esperado del SP en la distribución del gasto público hacia el 2010 (Scott 2007), asumiendo que se aproximaría a la cobertura universal, demuestra que este depende de tres factores críticos:

- la proporción de recursos públicos frescos que absorberá el SP adicionales a los que ya se ejercen en beneficio de la población no asegurada (PNA).
- El efecto del SP sobre la distribución de la utilización de los servicios de la SS.
- La aplicación de las cuotas familiares a los hogares sujetos a ellas dentro de la PO en los deciles 3-10, y la decisión de participación de estos hogares.

Considerando estos tres factores, podemos contrastar dos escenarios extremos (gráfica 9). En el escenario Optimista, todos los recursos del SP son adicionales, la progresividad del uso de servicios para la PNA no se reduce al avanzar la cobertura del SP, y la participación esperada se genera y las cuotas familiares se aplican como están programadas. En este caso el gasto en salud en beneficio del quintil más pobre prácticamente se doblaría entre 2004 y 2010, y la desigualdad global en el gasto total en salud, medida por el coeficiente de concentración (CC), se reduciría casi en un 50%, de 0.175 a 0.09.

En el escenario Pesimista, por el contrario, suponemos que sólo se generan recursos nuevos para cubrir el costo adicional del SP respecto al gasto público existente en la PNA, la actual progresividad en el uso de servicios de la SS se reduce hasta coincidir con la distribución de la PNA, y las cuotas familiares no se aplican. En este caso el gasto en salud en beneficio del quintil más pobre en 2010 no aumentaría respecto a 2004, y la desigualdad en el gasto total en salud de hecho aumentaría de 0.175 a 0.203. Este aumento se daría porque el efecto igualador que tendría el crecimiento marginal del gasto público, sería revertido por una reducción importante en el grado de progresividad del gasto para la PNA. Esta reducción refleja la menor progresividad de la distribución de la PO que del uso de los servicios públicos de salud por parte de la PNA.

Gráfica 9
Crecimiento del gasto público en salud por decil por la cobertura completa del SP:
2004-2010



Fuente: ver tabla anterior. Los supuestos para los escenarios A-D se describen en el texto. Deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita.

El impacto del SP sobre la equidad del gasto en salud a nivel de los hogares, podría estar en un punto intermedio entre estos dos extremos. Desafortunadamente, sin embargo, una tendencia hacia el extremo más pesimista parece consistente con los datos disponibles del SP en su fase actual, y debe servir para alertar sobre los obstáculos y factores de riesgo más importantes que hay que considerar en el logro de este objetivo fundamental.

Es importante tomar en cuenta que la progresividad que observamos actualmente en el uso de los servicios de la SS, no es efecto de un sistema de focalización administrativa, como en el caso de Oportunidades, sino de focalización por auto-selección. La reducción progresiva en las tasas de uso a mayores ingresos refleja la preferencia de esta población por servicios privados, por considerarlos de mayor calidad (dada su mayor disposición de pago).

El SP podría tener el efecto de revertir esta tendencia por varias razones complementarias: a) en la medida en que los recursos adicionales tengan un impacto efectivo sobre la calidad de los servicios de salud para la PNA, como se espera, estos servicios serán más atractivos para los hogares de mayores recursos, b) en la medida en que se logre afiliar hogares de mayores ingresos bajo esquemas contributivos, como también se espera, aumentará la valoración subjetiva y la probabilidad de uso de los servicios simplemente por el hecho de haber hecho un prepago por ellos y la ausencia de copagos (riesgo moral), y c) los esquemas contributivos también pueden atraer a usuarios de mayor intensidad por condiciones preexistentes o simplemente mayor información sobre los riesgos a la salud (selección adversa).

En síntesis, en un sistema de acceso universal, existe un conflicto inevitable entre la calidad y la equidad de los servicios - a mayor calidad, mayor será la captura de los beneficios por parte de grupos de mayores ingresos - y aún si se logra implementar el régimen contributivo en forma efectiva, este puede llevar a un uso aún más intenso por parte de los grupos de mayores ingresos.

En el contexto del sistema público de salud fraccionado que aún impera en México, el conflicto entre calidad y equidad sugiere la necesidad de un mecanismo efectivo de focalización para acortar la afiliación a los grupos de menores ingresos, como el que aplica Oportunidades. Una solución más satisfactoria, sin embargo, sería utilizar el SP como un puente transitorio hacia un sistema de salud integral con un paquete no contributivo universal, complementado con financiamiento contributivo para beneficios adicionales (Scott 2005).

Como ha sido el caso en la construcción de las economías de bienestar avanzadas (Lindert 2004), la universalidad del paquete no contributivo es el punto de despegue para generar un círculo virtuoso de legitimidad política entre las demandas crecientes y su financiamiento sustentable por vía del sistema fiscal. En el caso de México, dado el diseño financiero del SP en el contexto de servicios de salud descentralizados para la población no asegurada, los gobiernos estatales estarán obligados a jugar un papel importante en la generación de estos recursos, incrementando el esfuerzo financiero local, y (dado el carácter centralizado del actual sistema fiscal), demandando del ejecutivo y legislativo federales las reformas fiscales necesarias.

Finalmente, la equidad financiera es una condición necesaria pero no suficiente para lograr equidad en términos del acceso a bienes y servicios de salud de una calidad adecuada. Para transformar la equidad financiera en equidad en la atención a la salud es necesario asegurar la eficiencia en el uso de los recursos, que implica una vez más un sistema integral y mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

Factores de éxito y problemas enfrentados para la integración del Sistema de Salud Español

Dr. Alfredo Rivas Antón

Notas de la conferencia

La integración de los aparatos asistenciales ha sido siempre un problema. En el Antiguo Régimen (régimen estamental: nobleza, clero y pueblo, éste dividido en españoles, indios y esclavos), la Administración Pública se sustentaba en tres pilares: un pilar militar, un pilar civil y un pilar eclesiástico. El pilar eclesiástico en la Monarquía española, la Iglesia Católica, era el encargado de la asistencia social, a grosso modo de alimentar, alojar y curar a los pobres. Para estas funciones de alimentar, alojar y curar, prácticamente indistinguibles en aquel estadio de la evolución médica, creaba y sostenía hospitales, pero no lo hacían ni con integración territorial ni con integración funcional. Cada Congregación religiosa, Hermandad, Parroquia, Cofradía u Obispado, siguiendo los deseos de religiosos, hermanos, feligreses, cofrades u obispos, de las rentas propias o de las que para tal efecto eran recabadas, crearon una estructura existencial con su particular órgano directivo, su edificio, sus funciones, su reglamento, entre otras. Fueron aquellas estructuras particulares que dilapidaban parte importante de los recursos.

Con los años esta pérdida de recursos se agravaba al aumentar el número de estructuras. Cuando la ineficiencia parecía insoportable, la jerarquía eclesiástica o la Monarquía se veían obligadas a intervenir presionando hacia la racionalidad. Ordenaban en cada ocasión a racionalizar suprimiendo duplicaciones, eliminando estructuras de gestión inoperantes y costosas, centrando las actividades, homogeneizándolas y delimitando sus territorios, trataban, en fin, de integrarlas. Todo ello con escaso éxito. Como lo evidencia el hecho de que, cada veinticinco o treinta años, había que volver a dictar drásticas normas racionalizadoras.

¿Por qué con escaso éxito? Porque entonces como ahora los intereses envueltos eran muchos. Los principales intereses implicados eran el clientelismo político y la oportunidad para que los gestores "derivaran rentas"; dicho de otro modo, la ocasión de obtener ganancias de la corrupción.

No menos importancia tenían los intereses de distribución del manejo de las rentas o impuestos, de los que se debían mantener los hospitales, distribución de la que se derivaba buena parte de poder intraeclesial.

Podía afirmarse que la no integración de los aparatos asistenciales del antiguo régimen tenía causas profundas.

Con la instauración del régimen burgués tras la Revolución Francesa y el surgimiento de los estados nacionales autónomos, el conglomerado de estructuras asistenciales que sobrevivieron fueron adscritas al único poder que resultó del cambio, la administración pública, dividida en dos ramas, civil y militar; la primera resultó ser la hegemónica.

La Administración Militar sobre la base de lo recibido o de nueva planta creó su propia red asistencial.

La Administración Civil repartió las estructuras recibidas entre sus brazos municipal, regional y estatal y creó nuevas estructuras que trataban de adaptarse a las fortalecidas posibilidades científico-técnicas y a las nuevas necesidades.

Innovadoras perspectivas científico-técnicas exponencialmente magnificadas por los avances de

la medicina pasteuriana.

Para ordenar lo recibido y encadenar lo que se estaba creando, se trató de establecer una racionalidad territorial/funcional, acorde con la nueva distribución territorial/funcional del poder público. Se crearon hospitales municipales, de diputación (nombre que damos al conjunto de municipios del ente territorial que denominamos, provincias, distritos o departamentos) y nacionales generales ó específicos de referencia.

En atención primaria se crearon y dotaron plazas de médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes, funcionarios encargado del cuidado extrahospitalario de los pobres y de las funciones más elementales de prevención (vacunas) salubridad (aguas y abastos) y epidemiología (control estadístico de endemias).

Haciendo más complejo el conglomerado las estructuras estatales referidas, en general, se alienaron por Ministerios (Gobernación, Educación, etc.) y nunca desaparecieron del todo las estructuras asistenciales de la Iglesias y otros entes benéficos no públicos, lo que ahora denominamos Organismos No Gubernamentales (ONGs).

Con la Aparición de la Seguridad Social hacia 1880, la principal de cuyas prestaciones en especie fue, desde el primer momento, el cuidado médico al que se añadió un nuevo ente gestor, el cual en unos casos aprovechó, para la provisión de servicios médicos, la estructura asistencial existente que vino a reforzar. En otros casos los gestores de la Seguridad Social crearon estructuras de titularidad directa para atender a sus derechohabientes. O lo más común, sumaron a las estructuras asistenciales existentes las creadas por la Seguridad Social.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial todos los países occidentales estuvieran en ese momento más o menos industrializados, tenían una multitud de estructuras gestoras y prestacionales sin integrar.

Nivel local

Los Municipios/Ayuntamientos/Corregimientos/Cámaras Municipales todos tenían la obligación de proveer la AP a los pobres, cuando la población era suficiente tenían la obligación de sostener hospitales, casas de socorro, dispensarios específicos para las endemias y consultorios extrahospitalarios para otras especialidades.

La seguridad social obligatoria en España y la integración de un sistema sanitario en un sistema de salud homogéneo e integrado

La situación descrita al finalizar la Segunda Guerra Mundial, para todos los países occidentales -incluyo en ellos a los de América Latina-, era la situación de España. El conglomerado, el conjunto de gestores y proveedores distaba de ser ordenado y más de ser integrado. Realmente no era un sistema puesto que adolecía de la característica principal de un sistema, entendiéndolo como tal el "conjunto ordenado de cosas y acciones encaminados racionalmente a la consecución de un fin".

Cuando en 1942 se promulgó el seguro obligatorio de enfermedad, se evitó apuntar hacia un sistema integrado. Las resistencias a la promulgación de un sistema obligatorio eran muchas y amenazar los intereses del conglomerado sanitario las hubiera endurecido hasta el punto de hacer imposible su desarrollo. En consecuencia se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) como un actor más en un sistema fragmentado. Ni en los escritos más entusiastas de sus creadores se preveía que el Seguro obligatorio de enfermedad llegaría a integrar un sistema de salud

nacional universalista. El Seguro obligatorio de enfermedad de 1942 surgió como Seguro para trabajadores de salarios bajos y con prestaciones limitadas.

He aquí una descripción del Seguro obligatorio de enfermedad redactada por su creador en 1945:

En síntesis, el Seguro de Enfermedad presenta estas características: todos los trabajadores de España cuyas rentas de trabajo no sobrepasen las 9.000 pesetas, y los manuales en todo caso. Beneficiarios: los asegurados y sus familias. Prestaciones sanitarias, asistencia médica domiciliaria por enfermedad y maternidad. Especialidades, sanatoriales por un máximo de veintiséis semanas al año. Hospitalización, doce semanas. Prestación farmacéutica gratuita. Prestaciones económicas: el 60 por 100, y subsidios de lactancia en maternidad, el 50 por 100 del salario en caso de enfermedad, sin perjuicio de los beneficios que otros Seguros correspondan, y sin que puedan sobrepasar el 90 por 100.

"Por fallecimiento se abona veinte veces la retribución de un día. Institución aseguradora única: el Instituto Nacional de Previsión, en régimen de colaboración con entidades privadas. Prima mixta a partes iguales entre obrero y patronos, medida en porcentaje del salario-base. En esta primera etapa de funcionamiento, limitada a trabajadores por cuenta ajena en el campo de aplicación y a la asistencia médica y farmacéutica en la prestación sanitaria, la prima ha sido establecida en 5,013

Este es el esqueleto del Seguro de Enfermedad Español concebido con arreglo a la meticulosa técnica moderna de las instituciones de Previsión que protegerá en su régimen pleno de desarrollo alrededor de 16.000.000 de españoles y cuyo plan de instalaciones a realizar en diez años importa aproximadamente 1,000 millones de pesetas. (Girón de Velasco, 1945: 20-21) ¹⁰.

Nació contra el parecer de las Mutualidades y otras Mutuales o Seguros Privados, entidades con fuertes intereses económicos y sólidas adscripciones políticas contra el parecer de muchos médicos y con el escepticismo de los potenciales beneficiarios. De hecho estas presiones rompieron la unidad gestora decretada inicialmente en el Reglamento del 1943 sólo cuatro meses después (marzo de 1944) al conseguir algunas de estas mutualidades ser admitidas como cogestoras de la seguridad social bajo el nombre de entidades colaboradoras.

Obtuvieron patente de colaboradoras:

-La Obra Sindical 18 de Julio

- El Instituto Social de la Marina

- Las Mutualidades de rama persistente

Algunos Montepíos

- Algunos Igualatorios

- Algunas Mutuas Mercantiles

- Algunas Cajas de Empresa

A estas Colaboradoras podía el Seguro obligatorio ceder gestión y comprar servicios. Era esta posibilidad una fuente de disgregación que por la férrea voluntad de los gestores del seguro obligatorio de enfermedad en aquel momento no fue a más.

¹⁰ La prima del seguro, para su primera etapa y con carácter revisable, fue establecida por O.M. de 3 de junio de 1944, fijándola en el 5,013 por 100 de las rentas del trabajo, a satisfacer, la mitad por el patrono y la otra mitad por el trabajador.

Algunas ideas sobre lo que se quería del médico y las características que debía cumplir este recurso humano sí estaban claras. En 1949 uno de sus ideólogos escribió:

Se prevé una Medicina social en la que el médico no podrá oponer su deber individual a su deber social, ni reclamar una autonomía que haga imposible su labor concertada. El médico no estará sólo al servicio del enfermo, sino también de la Sanidad pública. Tendrá que hacer a la vez de higienista y de terapeuta, interviniendo en la Medicina social y prestándose a un trabajo de Medicina en equipo, con organización necesaria que remontará la crisis actual. El médico debe vivir de salud, y no de la enfermedad. Si desea que no haya una Medicina de ricos y otra de pobres, será necesario distribuir los cuidados asistenciales, sea por un servicio médico público, o sea por un sistema generalizado de seguro. Seguramente, sólo a través de un sistema de médicos funcionarios podrá darse realidad a todo este programa de Medicina social" (Villar Salinas, 1949: 242-244).

Seis años antes de que se publicaran estas opiniones, en julio de 1943, se habían nombrado funcionarios estatutarios de Seguro Obligatorio de Enfermedad a 16,000 médicos (50% del total de médicos españoles en ese momento). De estos 16,000 los médicos de pueblo acumulaban a su condición de funcionarios de la Seguridad Social, la condición previa de funcionarios a tiempo parcial del Ministerio de Gobernación.

En las ciudades universitarias acumulaban a su condición de profesores, el nuevo status de médicos de zona (AP) o Especialistas extrahospitalarios de la Seguridad Social. En capitales de provincia a la condición previa de funcionario del hospital provincial o de la casa de socorro municipal o del dispensario municipal, añadían la de médico de la Seguridad Social. Todos ejercían algún tipo de medicina privada, los especialistas de las capitales habitualmente pagados por acto médico. Los de los pueblos pagados por un sistema capitolativo anual, familiar, llamado iguala. Por el sistema de iguala cada familia pagaba al médico de manera directa una cantidad anual que les daba derecho a ser asistidos tantas veces como lo necesitaran. Desde el principio el médico no podía recibir iguala de las familias aseguradas.

Hacia 1955 de 700,000 españoles recibían prestaciones sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad General: 11,800,000, del Seguro Obligatorio General Agrícola: 3,200,000, tenían cobertura de la Mutua de Funcionarios: 500,000; tenían Seguro privado escasos 500.000 y estaban en el Censo de Beneficencia (pobres): 500.000, sin Seguro el resto. Ese faltante de españoles que estaban sin seguro, para las enfermedades catastróficas: cáncer, tuberculosis, malaria, entre otras, acudía al conglomerado de hospitales y dispensarios públicos dependientes, como hemos visto del Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos/Municipios. La asistencia era gratuita pero rara vez de calidad.

El inicio del desarrollo

Hacia 1960 España comenzó una rápida industrialización y urbanización que se prolonga hasta hoy.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, el texto operativo de 1966, el texto refundido de 1974, crearon un sistema de Seguridad Social más compacto, más funcional, más subordinado al Ministerio de Trabajo y luego al de Hacienda. Crearon, en fin, un sistema de Seguridad Social homologable con el del resto de los países industrializados de Europa Occidental. Como ejemplo del mayor control por el Ministerio de Trabajo, se eliminó la posibilidad de que las Mutuas Mercantiles fueran gestoras de la Seguridad Social.

Estas normas de elevado rango que consolidaron el sistema de Seguridad Social, aparentemen-

te, tuvieron poco reflejo normativo en la estructura gestora y proveedora de Servicios Asistenciales Sanitarios de la Seguridad Social, que llamaremos desde ahora administración sanitaria de la Seguridad Social.

Ya en 1960 estaba configurada como piramidal, jerarquizada. En la cúspide, hospitales de referencia, en la base los médicos de atención primaria llamados médicos de zona. Todos asalariados de la Seguridad Social y todos trabajando en edificios y equipamientos propiedad de la misma.

Pero sin ser el reflejo normativo importante, si resultó importantísimo el desarrollo de todo el conjunto, al permitir el cambio de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a sistema de Seguridad Social y la inclusión en éste de millones de españoles de cualquier salario y condición.

Se habían eliminado los topes salariales para que un trabajador pudiera ser incluido y se había hecho integrable prácticamente cualquier oficio, profesión o rama de la producción. La Seguridad Social empezó a gozar de superávits anuales y su parte prestacional en especie, la Asistencia sanitario-médica, empezó a crecer al mismo o mayor ritmo que crecía la industrialización.

La Administración Sanitaria de la Seguridad Social proveedora directa, con medios propios, de la asistencia sanitaria de los derechohabientes comenzó a ser hegemónica. Fue dejando atrás a los otros actores del conglomerado asistencial.

A los hospitales que construyó en toda España, siguiendo criterios poblacionales (número de derechohabientes), a los miles de Centros de Salud que construyó siguiendo el mismo criterio, se unió su capacidad de compra, pues aunque el sistema propio creció, no fue suficiente en el ámbito hospitalario y se vio en la necesidad de aumentar la compra de servicios hospitalarios ajenos. Comprando, con marcadísima preferencia, servicios de los hospitales de las otras Administraciones Públicas.

A la muerte de Franco en 1975 la Administración Sanitaria de la Seguridad Social tiene tal hegemonía, que ejerce sobre las otras entidades hospitalarias, toda la presión que le permite su virtual monopsonio; es decir, un carácter de único comprador. Ejerció sus privilegios de ser comprador único en lo hospitalario y en la atención primaria, ya para entonces, casi toda en manos de sus médicos de zona o médicos de familia de la Seguridad Social. La población acogida por el Sistema de la Seguridad Social era ya el 85% del total.

Por esta vía sin aparato normativo de alto rango, sin grandes declaraciones políticas, se fueron integrando funcionalmente en la Administración Sanitaria de la Seguridad Social los demás hospitales públicos, privados sin ánimo de lucro -por ejemplo los de Cruz Roja-, y algunos privados.

Es necesario aclarar que la construcción por la Seguridad Social de una red hospitalaria propia, no fue una decisión política expresa. Surgió al coincidir el superávit de la Seguridad Social (era mínimo el número de trabajadores cobrando pensión), la falta de construcción civil (déficit del Estado), y algo que para los técnicos gestores de la Seguridad Social era manifiesto: "la incapacidad de las Administración Públicas estatales, regionales y municipales propietarias de los hospitales para transformar éstos en hospitales modernos, adecuados a las exigencias de la medicina europea de los años sesenta".

Todo ello ante la incapacidad del Ministerio de Gobernación, del Ministerio de Educación de las Diputaciones y de los Municipios, de mejorar sus hospitales que se mantenían en estructuras físicas y gestoras decimonónicas. Ante la disponibilidad de las empresas constructoras. Ante el superávit y considerándose mucho más capaces que otras Entidades públicas o privadas para gestio-

nar esas grandes empresas que son los hospitales, los técnicos de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social iniciaron un plan de construcciones que, al desarrollarse creó, de nueva planta, una red hospitalaria interconectada, homogénea, homologable con cualquier otra occidental y distribuída según población. Un verdadero sistema hospitalario en red en el que cada hospital, internamente, estaba distribuido en servicios jerarquizados a cargo de jefes de servicios, jefes de sección y médicos de planta, con horario de cuarenta horas más guardias, con bloqueo de título con otra actividad que no fuera la puramente privada fuera del hospital.

Los hospitales de la Seguridad Social, nunca tuvieron pensionados, ni camas privadas, ni consultas externas privadas y ningún tipo de escape organizacional, para ventaja personal del médico o de unos derechohabientes respecto a otros, menos aún de los no derechohabientes con respecto a los derechohabientes.

Por iguales causas, incapacidad de las otras administraciones, oferta y superávit se construyó la red de Atención Primaria homogénea y distribuida según factores territoriales y poblacionales.

A estas tres causas se añadió, en el caso de Atención Primaria la importancia que todos los médicos, preocupados por la salud de la Comunitaria, dieron siempre a la Medicina General, Medicina de Familia o Atención Primaria, muchos años antes de la Declaración de Alma Atta.

A diferencia de Francia, Bélgica o Alemania, también con Seguridad Social Bismarckiana en la concepción inicial de su Asistencia Sanitaria para el derechohabiente, en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad y su sucesora la Seguridad Social, optó por funcionarizar al médico de familia mediante un salario que tiene dos componentes: una fija y una capitativa. Así sigue.

La integración de los hospitales se produjo por el uso -o abuso- del comentado monopsonio de la Seguridad Social a partir de los años sesenta.

La integración de la atención primaria tuvo igual causa, al estar casi toda la población dentro de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, al desaparecer la población sin derecho a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, los médicos de Atención Primaria fueron quedando sin clientela privada y en un proceso de quince o veinte años abandonaron la privada -pagada por acto o por iguala- para ceñirse a su labor de médicos de la Seguridad Social.

La hegemonía de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social y su evidente mayor capacidad gestora le llevó en los años setenta a incidir en la formación/capacitación de sus recursos humanos y en consecuencia de los recursos humanos en salud de todo el país. Ante la inadecuación del número de enfermeras creó escuelas de Enfermería en sus hospitales. Ante la inadecuación del sistema de acceso a las especialidades médicas, de la formación de los especialistas y de su número en los años setenta, la Seguridad Social creó, a imitación de los grandes hospitales de los Estados Unidos, (e impulsado por los profesionales que volvían de ese país), el sistema de especialización vía Médicos Internos y Residentes (MIR). Dotó, presupuestariamente, el número de plazas de Residentes que de cada Especialidad consideró oportuno, estableció un examen nacional único para acceder a esas plazas, que gozan de contrato laboral a cargo de la Seguridad Social y pago de guardias.

Por último, logró de la Presidencia de Gobierno, un Decreto que impuso al Ministerio de Educación a las Universidades y a los Colegios Oficiales de Médicos, la eliminación de cualquier otra forma de acceder a la Especialidad Medica que no fuera la vía MIR desarrollada en los hospitales de la Seguridad Social o en otros hospitales públicos o privados, sin ánimo de lucro, que el servicio de acreditación/inspección de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social consideraba lo merecían.

Hacia 1985 la integración funcional del Sistema de Salud por pertenecer a la red de la Seguridad Social o por adhesión a ella se había, prácticamente, completado.

Flecos sin resolver

Estaba sin resolver en 1985 cuando empezó la "devolución" a los entes regionales llamada transferencia a las Comunidades Autónomas.

- En lo funcional:

- a) La integración en el Sistema General de la Psiquiatría.
- b) La integración de la Salud laboral.

- En lo poblacional:

1.- La inclusión del colectivo de funcionarios de la Administración Central del Estado y de la Mutualidad General Nacional de la Justicia en el Sistema general. Ellos tienen un sistema mutua dentro de la Seguridad Social, pero de provisión privada pagada por acto. Privilegiado en ciudades con nivel aceptable o bueno en medicina privada.

2.- La inclusión del 3% de los españoles que no pertenecen a ningún grupo cubierto.

A lo largo de los últimos 22 años la Psiquiatría ha ido integrándose en los servicios regionales de salud, directos herederos de la parte del Sistema Nacional de Salud ubicado en su territorio.

Los funcionarios de la Administración Central y de la Justicia siguen con su Mutualidad.

La Salud laboral sigue sin integrarse, continúa dependiendo de las Mutualidades de accidentes de trabajo, integradas como colaboradoras de la Seguridad Social y adscritas al Ministerio de Trabajo.

El proceso de devolución: transferencias de la administración sanitaria de la seguridad social y de la asistencia sanitaria del estado, de las diputaciones provinciales y los municipios a las regiones o comunidades autónomas.

El proceso de "devolución" ordenado por la Constitución democrática de 1978 transformó el Estado español de centralista en federal, este cambio Constitucional ha tenido un profundo reflejo en el Sistema de Salud. En Salud, el proceso de evolución se ha llevado a cabo en tres etapas muy diferenciadas:

1º.- El mismo día de la aprobación de la Constitución, todas las Regiones (Comunidades Autónomas) recibieron los poderes, presupuestos, funcionarios e instalaciones que se podían acoger al epígrafe constitucional "Salubridad e Higiene".

2º.- A lo largo de la década de los ochenta todas las Regiones fueron recibiendo, desde arriba, desde el Estado Central los poderes, presupuestos, funcionarios e instalaciones, propiedad del Estado Central ubicados en el territorio de esa Región. Por ejemplo los hospitales antituberculosos.

Desde abajo, desde los Municipios y Diputaciones Provinciales, los Gobiernos Regionales fueron recibiendo los hospitales propiedad de estas entidades locales.

Salvo en Cataluña, donde la integración funcional descrita no había sido tan radical, en las demás Regiones se recibieron los poderes, presupuestos, funcionarios e instalaciones ya, en lo más relevante de los casos, financiados y gestionados por la Administración Sanitaria de la Seguridad Social, aunque se mantuviera la propiedad formal por el Estado Central, las Diputaciones o los

Municipios. Es decir, se recibieron integrados, funcionalmente integrados. Las Regiones excepto Cataluña, fuera cual fuera la ideología política de su gobierno regional, acentuaron la integración. Como hemos dicho antes la Atención Primaria ya estaba integrada y era homogénea y así sigue bajo los Gobiernos Regionales.

Asimismo, en la década de los ochenta las Regiones más caracterizadas pudieron incluir en su Ley fundacional (Estatuto) la capacidad de recibir, delegada de la Seguridad Social, la gestión Administración Sanitaria de la Seguridad Social. A excepción de Cataluña (cuyo conglomerado asistencial previo a la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 estaba ampliamente desarrollado), todos los Gobiernos Regionales al recibir la Red Asistencial de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social, acentuaron la integración nucleada por esta Red.

3º.- A lo largo de los noventa, las diez Comunidades restantes fueron acomodando sus leyes fundacionales para recibir la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, aceptándolas definitivamente en el 2000. Estas Regiones, como las anteriores, acabaron la integración en torno a la red de la Seguridad Social.

Evolución financiera y cambio de modelo

A la vez que se producía el traspaso de todas las competencias de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social a las últimas Regiones, se cumplía lo determinado en la Ley General de Sanidad de 1986 que creaba el Sistema Nacional de Salud a financiar por impuestos generales, como derecho ciudadano y constituido por el conjunto de los diecisiete servicios de salud regionales, más el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III (que carecen de actividad asistencial) y el ente gestor de la asistencia en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

La asistencia sanitaria gratuita y universal para todos los españoles, dejaba de ser un derecho procedente de ser titular de la Seguridad Social o acogido a un titular (derechohabiente) para ser un derecho de ciudadanía. Pasábamos del sistema Bismarck a un sistema Beveridge.

La Seguridad Social ya no es ni financiadora ni gestora de la Asistencia Sanitaria, su papel se ciñe ahora al sistema previsional de invalidez, jubilación y desempleo.

Actualmente las Regiones reciben desde el Estado Central, para el común de sus gastos una cantidad con la que tienen que financiar todos sus egresos, incluido su Servicio regional de salud.

No hay pues ya financiación ni del Estado Central ni de la Seguridad Social finalista para la Asistencia Sanitaria.

Como se podrá ver en las tablas, la subvención del Estado a la Seguridad Social pasó de 1970 a 1999, del 1% del presupuesto de la Seguridad Social al 30%. En ese año el 30% del presupuesto de la Seguridad Social coincidía exactamente con el coste de la asistencia sanitaria de ese 97% de la población que cubría la Seguridad Social. Es decir, en el 1999 ya era el Estado con sus impuestos generales quien financiaba de hecho el sistema de salud, aunque lo hacía a través de una subvención anual a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Desde el 2000, el Estado Central con sus impuestos generales y las Regiones con sus impuestos autonómicos -esto en muy pequeña proporción-, quienes financian el Sistema Nacional de Salud.

Conclusión

Desde el año 1940 a 1985 -cuarenta y cinco años- se desarrolló un proceso de jerarquización, de homogeneización, de integración funcional e integración orgánica de todo el conglomerado sanitario liderado por la Administración Sanitaria de la Seguridad Social.

Con el proceso de integración encauzado y prácticamente terminado, se inició en 1985 un proceso de partición territorial acorde con la nueva Constitución que trasladó la responsabilidad gestora del Estado Central (Ministerio de Sanidad y Ministerio de Trabajo-Seguridad Social) a los Gobiernos Regionales.

En los veintidós años transcurridos desde el 1985 la práctica de los Gobiernos Regionales ha seguido incidiendo en la integración funcional y orgánica de la parte del sistema que correspondió a cada Región. Ello es así a pesar de algunas experiencias piloto en la tónica de la política de diversificación de pagador/proveedor ahora en boga. Experiencias en España, en el nivel regional, más dictadas por la necesidad de ingeniería financiera o por la necesidad de distinción política entre partidos, que por consideraciones probadas de eficacia eficiencia o efectividad.

IV. Resultados de las mesas de discusión

El trabajo en las mesas de discusión permitió el intercambio de conocimientos, experiencias y opiniones en torno al tema de integración funcional del sistema de salud, desde tres perspectivas diferentes: usuarios, prestadores de servicios y financiadores. Al finalizar cada sesión, y como resultado del debate, el grupo generó una presentación en Power Point que resume los elementos fundamentales del consenso al que llegaron.

Un compendio de los principales resultados, emanados de las presentaciones realizadas por los diferentes grupos en las plenarias de discusión, se presenta a continuación:

a) Escenarios de la integración funcional y beneficios

Escenario para la demanda. Un sistema de salud más eficiente, funcional y competitivo que sustituya el paradigma curativo al preventivo.

Beneficios

- Mayor acceso a la atención, tratamientos y rehabilitación, con una mejor atención y oportunidad, contribuyendo a la disminución de rechazos y listas de espera, así como de costos
- Homologación de la infraestructura y tecnología que contribuya a la calidad
- Satisfacción del usuario en cuanto a calidad
- Integración de los programas de prevención y promoción de la salud
- Libertad de elección del paciente para acudir al servicio de salud de su preferencia
- Homologación de prestaciones
- Mejora del estado de salud

Escenario 1 para la oferta. Sistema de salud integrado.

Beneficios

- Brindar atención a la salud homogénea a toda la población
- Fortalecimiento de la capacidad para la prestación de servicios
- Acceso garantizado

Escenario 2 para la oferta. Sistema electrónico de información universal interoperable.

Beneficios

- Mayor accesibilidad en los servicios de salud e infraestructura.
- Estándares de atención de los pacientes.
- Portabilidad y oportunidad en la prestación de servicios

Escenario 3 para la oferta. Marco jurídico único.

Beneficios

- Garantizar la prestación de servicios de salud a toda la población
- La oferta de los servicios de salud será proporcional a la demanda de la atención a la salud, con apoyo financiero para la optimización de los recursos

Escenario 4 para la oferta. Unificación de los modelos de administración.

Beneficios

- Control de procesos
- Mejor coordinación de atención a la salud a corto plazo
- Facilita la cobertura de servicios a la población
- Mejoramiento de la calidad de los servicios a largo plazo

Escenario para el financiamiento. Integración y unificación sectorial de las funciones de:

- Normatividad
- Planeación
- Administración
- Operación
- Evaluación
- Sistema de información

Beneficios

- Mayor eficiencia
- Ampliación de cobertura
- Incremento en acceso
- Mejor calidad

b) Riesgos de la integración funcional, y escenarios que podrían verificarse de no prevenirse

Riesgos para los usuarios respecto de su acceso a servicios

- Atención fraccionada y no integral
- El expediente clínico no sería fácilmente accesible si se cambia de institución proveedora
- Saturación de unidades y diferimiento de la atención en aquellas unidades que resultaran más demandadas
- Infraestructura deficiente llevaría a selección de algunas unidades con mayor capacidad
- La población estaría desinformada, habida cuenta de la complejidad del nuevo sistema
- Los pacientes tendrían temores de costos diferenciados y de favoritismo de no ser derechohabientes tradicionales
- La integración podría suponer complicación en los trámites burocráticos

Riesgos para los usuarios respecto de la calidad de los servicios

- Los servicios podrían no lograr la mayor satisfacción del usuario, considerando las diferencias tecnológicas y de calidad entre instituciones, incluyendo el abasto de medicamentos
- Personal con desigual atención al usuario
- Los derechohabientes tradicionales podrían sentirse excluidos en sus derechos si no logran beneficios netos

Escenarios de verificarse los riesgos identificados para los usuarios

- Conflicto entre grupos organizados de usuarios y las instituciones de servicio
- Falta de apoyo de los usuarios para impulsar la política, donde todo siga marchando como hasta hoy

Riesgos para los proveedores

- Desfinanciamiento o diferencias en el financiamiento
- Desequilibrio y asignación insuficiente de recursos
- Desorganización de infraestructura de recursos humanos, tecnológicos y físicos
- Desequilibrio en la demanda
- Heterogeneidad en las reglas de operación
- Legislación y normatividad diferentes para cada institución
- Presión para homologar condiciones laborales al momento de atender a poblaciones de otras instituciones
- Diversidad en los sistemas de costeo de los servicios
- Desarrollo de recursos humanos desigual
- Homologación entre los sistemas de información

Escenarios de verificarse los riesgos identificados para los proveedores

- Un sistema de salud con continuados desequilibrios entre la oferta y la demanda
- Confusión en la identificación de los usuarios
- Incoordinación administrativa

Riesgos percibidos para las agencias financieras

- Heterogeneidad normativa actual entre instituciones
- Inequidad financiera intra e inter institucional
- Falta de un organismo rector efectivo

Escenarios que se perfilan para las agencias financieras

- Reestructuración funcional normativa (reglamentos, normas, leyes)
- Definición de mecanismos reguladores y paquetes para evitar inequidad
- Creación de organismo rector efectivo

c) Estrategias susceptibles a implementarse desde el lado de la demanda, de la oferta y del financiamiento y forma de evaluar sus resultados

Estrategias del lado de la demanda

- Mayor participación social: del usuario, de la sociedad civil y de líderes comunitarios que consideren factores como la interculturalidad y la corresponsabilidad para fomentar una mayor conciencia para mantenerse sano y cuidar su salud
- Estrategias de comunicación e información masiva, efectiva y homologada, sobre los procesos, reglas del juego y beneficios de la integración funcional del sistema de salud
- Garantizar la homologación de los servicios de salud (información, criterios unificados y cartilla única de servicios de atención)
- Formación, capacitación y competitividad de los recursos humanos de la salud que satisfagan las necesidades de los usuarios otorgando un trato digno y de excelencia (proceso de acompañamiento)
Implementar un proceso único de acceso al sistema de salud

Resultados esperados a mediano plazo

- Accesibilidad
- Mayor equidad en salud
- Participación activa y crítica de los usuarios, y corresponsabilidad
- Mejoras en la relación entre usuarios y proveedores de la salud y menor resistencia a la integración de la población
- Satisfacción de los usuarios
- Transparencia y confianza en el sistema

Estrategias del lado de la oferta

- Procesos de negociación intersectorial para la integración funcional
- Definición de áreas prioritarias y funciones institucionales para la integración sectorial
- Ofertar paquetes de atención a la salud, integral y unificado, privilegiando los programas de promoción y prevención
- Recuperación de costos de fondos financieros mediante pagos y facturación cruzados en tiempo y forma
- Unificación del marco jurídico y normativo

Resultados esperados a mediano plazo

- Sistema único de información
- Rectoría integrada en el sector
- Mejor control de recursos y programas
- Mayor cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios
- Contar con un sistema integral de salud, que garantice la accesibilidad de la población

Estrategias del lado de las agencias financieras

- Promover y crear un acuerdo político-social
- Creación de un solo organismo rector financiero en salud, con diversas y respaldadas fuentes de financiamiento
- Consolidación del modelo único de salud (¿MASPA-MIDAS?)
- Creación de paquete universal de servicios

- Incorporación de otros sectores: Hacienda, Economía, Desarrollo Social, Educación, entre otros

Resultados esperados a mediano plazo

- Integración del un sistema de información único (sector público y privado)
- Sistema de monitoreo y evaluación único (mismos indicadores)
- Sistema único de compras
- Interrelación de SS con otras secretarías
- Incremento en la capacidad del Sistema y auténtica rectoría (liderazgo, empoderamiento, fortaleza política)
- Integración al gabinete social
- Eficiencia, calidad, efectividad, mayor impacto en salud, satisfacción del usuario

V. Conclusiones y recomendaciones del Foro

Las instituciones de salud han logrado diferentes grados de integración funcional e incluso se han apreciado esfuerzos de integración orgánica. Tal es el caso de la operación de diversas comisiones sectoriales y, en el segundo caso, de la compra consolidada de medicamentos o bien los exámenes de residencia médica. No obstante, existe todavía un amplio horizonte para la integración.

Pese a lo anterior, el sistema nacional de salud no opera todavía como un verdadero sistema, habida cuenta de la fragmentación que caracteriza la mayor parte de sus funciones y la percepción que tienen de él los pacientes, proveedores y financiadores. Estará funcionalmente integrado cuando opere como si fuera un sistema único. Los actores deben percibir un horizonte plano y sin barreras para el acceso, la provisión y la compra de servicios en el ámbito nacional. Ello aun cuando el sistema de salud se componga de organizaciones independientes para su financiamiento, para la provisión de servicios de promoción, prevención y atención médica, así como para su regulación.

Las diferentes instituciones de salud tienden a complementar su financiamiento para diferentes segmentos de la población. El gasto de la Secretaría de Salud está más orientado a los pobres, mientras que aquél de las instituciones de seguridad social favorece a los segmentos más acomodados de la sociedad. No obstante, existe una fuerte presión de la sociedad para buscar servicios de mayor calidad y a menor precio. Así, los servicios de mayor calidad de la Secretaría de Salud son utilizados por población que no es pobre, mientras que una parte importante de los afiliados a la seguridad social procuran servicios en instituciones públicas y privadas a un costo adicional.

Esta tendencia amenaza las políticas de combate a la pobreza y de protección social. En efecto, conforme el Seguro Popular logre incrementar la calidad de los servicios de la Secretaría de Salud, es probable que éstos sean demandados por población no pobre. Por otra parte, las metas de cobertura universal de protección social en salud para 2010 se ven amenazadas de no asignarse recursos frescos para el Seguro Popular, de no lograrse la contribución voluntaria al mismo y de verificarse un efecto competitivo respecto de la afiliación al IMSS.

La integración funcional no es, por tanto, una opción para mejorar la equidad, cuanto que un imperativo para evitar retrocesos y garantizar el alineamiento de las políticas públicas en torno a la equidad del sistema de salud. Es necesario considerar la integración orgánica de una parte del financiamiento público que permita cubrir los costos de un paquete básico universal de servicios. Sobre esta base, las instituciones del sistema de protección social en salud, podrían canalizar recursos adicionales para complementar el acceso a servicios según diversas posibilidades.

La experiencia internacional sugiere que una política de tales características podría encontrar un amplio respaldo en la sociedad en su conjunto, como para garantizar la movilización de los recursos fiscales necesarios para ampliar gradualmente el paquete de servicios integrales a toda la población.

La estrategia de política para la integración funcional debe ubicar a las diversas instituciones del sector, en una posición desde la cual puedan llevarse a cabo diversos abordajes tácticos para su integración funcional. La estrategia debe ser tanto deliberada, como emergente en respuesta a diversas situaciones. Se propusieron diversos aspectos estratégicos, tales como la organización y entorno del sistema y las tendencias sociales y de salud. Entre las limitaciones organizacionales se resaltaron la fragmentación, el enfoque hacia la enfermedad y hacia su tratamiento individualizado, la falta de incentivos y el bajo desempeño del personal, el burocratismo en la relación con el paciente y la baja capacidad gerencial, así como el desfinanciamiento y la crisis económica de la seguridad social.

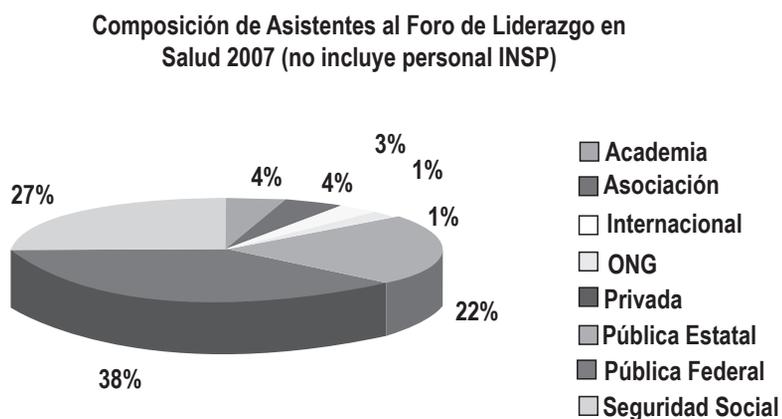
Los imperativos del entorno a considerar son la mayor exigencia de la población, el envejecimiento poblacional, la predominancia de las enfermedades crónicas, la demanda de la medicina alternativa, la exigencia en la seguridad de la atención médica, la inercia en los recursos humanos sin atención a las necesidades emergentes, la desarticulación de la respuesta sectorial, la prevalencia de desastres naturales, los fenómenos de la globalización, en particular con los medicamentos y el alto costo de la tecnología.

Participantes del Foro y equipo técnico

1. Participantes del Foro

Se realizó amplia convocatoria a autoridades de alto nivel directivo de instituciones del sector público central y estatal, así como de los sectores de la seguridad social, privado, académico, gremial, representantes del poder legislativo, social y agencias internacionales relacionadas a la salud, obteniendo como respuesta una nutrida participación. (Figura 1)

Figura 1. Participantes en el Foro de Liderazgo en Salud 2007*



* No incluye personal de DGPLADES ni del INSP.

Si bien esta participación de las instituciones convocadas fue amplia e importante, la mayoría de los asistentes fueron mandos medios. Además no se contó con participación de representantes del sector legislativo ni de usuarios de los servicios de salud. En la tabla siguiente se presenta la relación de los participantes al Foro.

Tabla 1
Participantes en el Foro de Liderazgo 2007 *

Nombre	Cargo	Institución
1. Familiar López Itziar	Investigadora	FUNSALUD
2. Martínez Moreno Octavio	Coordinador Académico	Asociación Mexicana de Hospitales
3. Pérez Romero Jorge	Coordinador	UNAM
4. Recio Solano Ferdinand	Presidente y Director de la Difusión de la Cultura P.C.	Asociación Mexicana de Hospitales
5. Santiesteban Oliva José Pedro	Colaborador	Grupo Forum Asociación Mexicana de Hospitales
3. Trejo Sandoval Marte	Vocal Consultor	UNAM
7. Carbajal González Virginia	Profesor Asignatura	Sociedad Mexicana Salud Pública
3. Gallegos Vázquez Nora Patricia	Directora Ejecutiva	UAM Xochimilco
3. López Arellano Oliva	Profesora - investigadora	Banco Mundial
10. Macías Ángeles Claudia	Especialista en Operaciones	UNAM
11. Meléndez Jasso Leticia	Profesor Asignatura	Banco Mundial
12. Rocha Pimienta Isabel	Especialista Senior salud	SSA Guanajuato
13. Aguirre Torres Jorge	Secretario	
14. Alvarez Gil Rubén	Director de Servicios de Salud	SESA Morelos
15. Caballero Solano Víctor	Secretario de Salud	SESA Tlaxcala
16. De la Fuente Rocha Julio	Epidemiólogo	SESA Hidalgo
17. Díaz Pérez Luis Enrique	Director de Planeación	
18. Galindo Vidals Enrique	Jefe de Depto. de Medicina Preventiva	SESA Chiapas
19. García Flores Alvaro		SESA Coahuila
20. Godínez Cortés Carlos	Director General	Secretaría Salud DF
21. Góngora Escobedo Julio	Director de Planeación	SESA Yucatán
22. Guzmán Bermúdez Víctor	Director de Planeación	SESA Puebla
23. Quijano Vivas Alvaro Augusto	Secretario de Salud	SESA Yucatán
24. Rico Alva Israel Adán	Adjunto a la Cátedra	Instituto Nacional Salud
25. Sánchez Ramos Juan	Director de Planeación	SESA San Luis Potosí
26. Vallejo Rodríguez Fernando	Jefe del Depto. de Estadística	SESA Michoacán
27. Montejo León Liliانا	Directora de Innovación y Calidad	SESA Campeche
28. Olvera Santana Lucila	Directora Planeación y Desarrollo	SESA Baja California Sur
29. Terrón González Irma Elena	Jefe Depto. de Programación de la UIPPE	SESA Edo México
30. Agüero y Reyes Luis	Investigador	INSP
31. Aguilera Flores Carlos	Director de Área Médica	SSA
32. Alfaro Guzmán Marco Antonio	Subdirección	IFE
33. Álvarez Falcon Eduardo	Director de Gerencia y Liderazgo	INSP
34. Bañuelos Francisco		SSA
35. Camargo Vázquez Edmundo Pedro	Coordinador de Programas	SSA
36. Carrillo Carvajal Alvar	Director de Planeación	SESA
37. Castro Albarrán Juan Manuel	Director General Adjunto de Implantación de sistemas	SSA
38. Contreras Pérez Joaquín	Asesor	SSA
39. De la Llata Romero Manuel	Director General Hospitales	SSA
40. Esponda Velásquez Carlos R	Director de Desarrollo de Factor Humano	SSA
41. Garrido Latorre Francisco	Director General de Evaluación del Desempeño	SAA

Continúa en la siguiente página.

41. Esponda Velásquez Carlos R	Director de Desarrollo de Factor Humano	SSA
42. Garrido Latorre Francisco	Director General de Evaluación del Desempeño	SAA
43. González Block Miguel A	Director Ejecutivo del CISS	INSP
44. Heras Antonio	Director General Adjunto Calidad en Salud	SSA
45. Herrera Rubio Irasesces	Subdirector	Consejo Nacional de Salud
46. Martínez Alcázar Mario Alberto	Director de Prevención y tratamiento de Cáncer	SSA
47. Molina Rodríguez Juan Francisco	Subdirector Académico CISS	INSP
48. Pérez Estrada J Arturo	Director General	SSA
49. Pesqueira Villegas Eduardo	Director General de Planeación	SAA
50. Ramírez López José Ramón		SSA
51. Rodríguez Ajenjo Carlos	Secretario Técnico	CONADIC
52. Ruelas Barajas Enrique	Director del consejo	Conferencista/ Consejo Salubridad General
53. Saavedra López Jorge Alejandro	Director General	SSA CENSIDA
54. Salazar Aviña José	Secretario	SSA
55. Sanchez Dominguez Mario S	Educación a Distancia	INSP
56. Sánchez González Jorge M.	Secretaría Técnico Consejo Nal. De Salud	SSA Consejo Nacional Salud
57. Sánchez Hernández Carlos Rodrigo	Asesor Secretario	SSA
58. Sucilla Pérez Héctor	Investigador	INSP
59. Torres Rodríguez Hugo	Evaluador de Eficacia Clínica	SSA
60. Vértiz Ramírez Jesús	Coordinador Núcleo de Liderazgo en Salud	INSP
61. Vilchiz Fuente Samuel	Tutor	INSP
62. Blandón Duarte Dulce A	Médico Residente	INSP
63. Carranza Hernández María Dolores	Subdirectora	SSA
64. De la Fuente Rocha Silvia	Dirección Gral. De Calidad y Educación en Salud	SSA
65. Duarte Gómez Ma. Beatriz	Investigadora	INSP
66. Gagnon Diane	Investigadora	INSP
67. González Marcela	Subsecretaría	SSA
68. González Robledo Luz María	Coordinadora Foro Liderazgo en Salud 2007	INSP
69. González Robledo María Cecilia	Estudiante Doctorado Ciencias	INSP
70. Guajardo Barrón Verónica J	Subdirector de Costos	SSA
71. Guzmán Méndez María M		SSA
72. Jaimes Pérez Amelia	Subdirectora de Control de Enfermeras	SESA
73. Prieto de la Rosa Alejandra	Jefe de Depto. de Impacto Social y difusión	SSA
74. Ramírez María Cecilia	Estudiante de Maestría	INSP
75. Real Ramirez Janett	Médico Residente	INSP
76. Ruelas González Ma. Guadalupe	Investigadora	INSP
77. Stanford Camargo Adriana	Subdirectora de Educación Saludable	SSA
78. Vázquez Coronado Marcela		SSA
79. Velásquez Berúmen Adriana	Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	SSA
80. Villareal Levy Gabriela	Dirección Gral. De Enfermería	SSA

Continúa en la siguiente página.

81. Avendaño Castellanos Jesús R	Jefe de Área	IMSS
82. Candelas Mondragón Leopoldo	Jefe de División	IMSS
83. Dávila Torres Javier	Coordinador IMSS	IMSS
84. Deister Mateos Eugenio	Jefe de Área Médica	IMSS
85. Díaz Estrada Edmundo		IMSS
86. Echevarría Zuno Santiago	Director de Prestaciones Médicas	IMSS
87. García Baltazar Julio	Jefe de Área	IMSS
88. Gómez Torres Emeterio Leobardo	Jefe de Depto. de Actualización y Desarrollo Normativo	ISSSTE
89. González Robledo Rogelio	Coordinado Auxiliar Salud Pública	IMSS
90. Guzmán García Renaldo	Director de Área Médica	IMSS
91. Juárez Romero Jesús Marco A	Coordinador de Programas Médicas	IMSS
92. Lugo García Gonzalo	Coordinador Delegacional de Salud Pública	IMSS
93. Narváez Rivera Jorge Luis	Jefe de División	IMSS
94. Olvera Martínez José Francisco	Titular de división, planeación y evaluación	IMSS
95. Ortiz Cataneo Eduardo	Coordinador Delegacional de Salud Pública	IMSS
96. Peña Valdovinos Abel	Jefe de Área	IMSS
97. Sanchez Rivero Jaime Leonardo	Coordinador Médico de Programas	IMSS
98. Santos Celis Rafael	Coordinador Médico	IMSS
99. Vargas Madrid José David	Coordinador de Programas	IMSS
100. Cervantes Briseño Ma de la Luz	Gerente	Pemex
101. Constantino Casas Norma Patricia	Jefe de Área de Evaluación	IMSS
102. Velasco Jiménez Ma. Teresa	Jefe de Depto. de Investigación	ISSSTE
103. García Flores Alvaro	Subdirector de Innovación y Calidad	Servicios de Salud Coahuila
104. Marín y López Rafael Antonio	Director General	
105. Rivas Antón Alfredo	Director General	Conferencista
106. María Martha Guzmán Méndez	Coordinadora Dirección General de Promoción de la Salud	Dirección General de Prevención de la Salud
107. José Ramón Ramírez López	Jefe de Depto. Atención Médica Primer Nivel	Secretaría Salud DF

* Incluye personal de DGPLADES e INSP.

2. Equipo Técnico

En la organización y ejecución del Foro participaron dos equipos de trabajo:

Por parte de DGPLADES

Nombre	Cargo/responsabilidad
1. Dr. Eduardo Pesqueira Villegas	Coordinador General del Foro
2. Dr. Juan Manuel Castro A.	Apoyo técnico
3. Lic. Carlos Esponda V.	Coordinador operativo del Foro por DGPLADES
4. Ing. Beatriz Bermejo	Enlace DGPLADES-INSP / Foro de Liderazgo en Salud
5. Lic. Maité Chavez S	Apoyo logístico
6. Lic. Carmen Blanco R.	Apoyo logístico
7. Lic. María Sol Aguilar N.	Apoyo logístico
8. Ing. José Trinidad Romero M.	Apoyo logístico

Por su parte el equipo del INSP estuvo integrado por:

Nombre	Cargo/responsabilidad
1. Dr. Miguel Ángel González Block	Coordinación General del Foro
2. Dr. Eduardo Álvarez F.	Director de Gerencia y Liderazgo en salud, facilitador mesa de trabajo
3. Mtro. José de Jesús Vértiz	Coordinador Núcleo de Liderazgo en Salud, facilitador mesa de trabajo
4. Dra. Luz María González Robledo	Coordinadora Operativa del Foro 2007, coordinadora consulta sectorial
5. Dr. Juan Francisco Molina	Asesor Técnico, apoyo académico, maestro de ceremonia
6. Dra. María Beatriz Duarte Gómez	Facilitador Mesa de Trabajo
7. Mtra. María Cecilia González Robledo	Facilitador Mesa de Trabajo
8. Mtro. Mario Sánchez Domínguez	Facilitador Mesa de Trabajo
9. Dra. Guadalupe Ruelas González	Responsable relatorías de las plenarios
10. Mtra. Irene Parada	Apoyo académico
11. Estudiante Maestría María Cesilia Ramírez Ribera	Apoyo mesas de trabajo
12. Estudiante residencia epidemiología Dulce Alejandra Balandrán Duarte	Apoyo mesas de trabajo
13. Estudiante residencia epidemiología Janet Real Ramírez	Apoyo mesas de trabajo
14. Estudiante Maestría Héctor Sucilla Pérez	Apoyo mesas de trabajo
15. Lic. Victor Hugo Pulido Barrientos	Apoyo administrativo y financiero
16. Miriam Judith García Hernández	Apoyo Administrativo y financiero
17. CP Blanca Laura Ortega Román	Apoyo Administrativo y financiero
18. DG Carmina García Hernández	Diseñadora gráfica
19. Dr. Luis Agüero y Reyes	Entrevistador consulta serie de Foros de Liderazgo en Salud, apoyo mesas de trabajo
20. Ing. Luis Alcayde	Entrevistador consulta serie de Foros de Liderazgo en Salud
21. CP. Noé López	Entrevistador consulta serie de Foros de Liderazgo en Salud
22. Estudiante Maestría Samuel Vilchis Fuerte	Apoyo Logístico
23. Erika Orduña	Apoyo administrativo
24. Edith González S	Apoyo logístico
25. Margaux Moreno H.	Apoyo logístico
26. Martín Benítez	Apoyo en informática y fotografía
27. Enrique Juárez G.	Conductor

Proceso de Consulta para la serie de Foro de Liderazgo 2007-2012

Métodos y resultados de la consulta

Se realizó una consulta con funcionarios de alta dirección y mandos medios, logrando una amplia representatividad, si bien quedaron pendientes entrevistas clave en proceso de realizarse con el IMSS a nivel nacional, el Consejo de Salubridad General y la Facultad de Medicina de la UNAM. La muestra apuntó a entrevistar a funcionarios de 51 instituciones y se obtuvo una respuesta de 39 (76.5% del total, tabla 1).

Tabla 1. Instituciones participantes en la consulta

Ámbito	Instituciones
Federal y Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud • Academia Nacional de Medicina • Sociedad Mexicana de Salud Pública • Comisión de Salud de la Cámara de Diputados • Asociación Nacional de Hospitales Privados • Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) • CANIFARMA • Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina • CONAPO • CONACYT • Colegio de México • UAM Xochimilco • Colegio de la Frontera Norte • Colegio de la Frontera Sur • Fundación Mexicana para la Salud
Estatal	<ul style="list-style-type: none"> • Secretarías Estatales de Salud • IMSS • ISSSTE • Universidad de Guadalajara • Colegio de Sonora • Universidad Autónoma de Chiapas • Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> } Chihuahua, Sinaloa, Jalisco, Guerrero, Oaxaca y Chiapas </div>
Agencias Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Banco Mundial • OPS
Expertos Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Francisco Yépez Luján (Colombia) • Dr. Michael Reich (U. Harvard)

Se identificaron así los contenidos, productos y resultados esperados de los Foros de Liderazgo en Salud, así como las preferencias de los potenciales asistentes, respecto a la periodicidad del evento y el formato más adecuado para desarrollarlo.

El resultado más sobresaliente fue que todos los entrevistados manifestaron su apoyo a los Foros, como estrategia para contribuir al logro de la integración funcional del sector salud. De gran importancia fue la disponibilidad a sumar recursos institucionales, destacando los siguientes ofrecimientos:

- Conferencistas y apoyo técnico y logístico para la organización de los eventos aportadas por las agencias internacionales
- Disponibilidad del auditorio del Palacio Legislativo así como el apoyo de medios de difusión
- Contribución financiera por parte de Asociación de Hospitales Privados, AMIS y CANIFARMA
- Apoyo de equipo audiovisual, informático, transmisión y grabación de las sesiones por parte de la Academia Nacional de Medicina
- Cooperación con el financiamiento y organización de foros regionales por parte de la Sociedad Mexicana de Salud Pública
- Apoyo con publicaciones y con promoción impresa por parte de CONAPO
- Gastos de transporte y viáticos de los funcionarios participantes por parte de secretarías estatales de salud, IMSS e ISSSTE así como del sector académico.

Otro resultado sobresaliente fue la identificación de los Foros como la oportunidad de lograr una discusión amplia, participativa, sostenida, pertinente y del más alto nivel académico, con vistas a apoyar la formulación e implementación de las políticas de integración funcional del sector. El Foro habría de ser un modelo de integración sectorial en sí mismo, con una convocatoria de parte de la Secretaría de Salud como ente rector apoyada por las principales instituciones nacionales y estatales. La propuesta integra y detalla las recomendaciones vertidas con vistas a lograr una estrategia de alta efectividad.

Propuesta para los Foros de Liderazgo en Salud 2007-2012

Gobierno. La Secretaría de Salud estará a cargo de realizar la convocatoria a los Foros así como de configurar su estructura de gobierno. Para ello se constituirá un Comité de Conducción Sectorial (CCS) con el propósito de diseñar la serie de Foros así como el título y programa de cada uno de ellos. El CCS discutirá los resultados de Foros anteriores en el marco del avance de la política de integración funcional, con vistas a identificar oportunidades y retos para la discusión temática. EL CCS promoverá asimismo la coordinación de recursos e insumos complementarios a aquellos que aporte la Secretaría de Salud.

El CCS estará integrado de la siguiente manera:

- Un presidente designado por la Secretaría de Salud
- 15 vocales seleccionados de entre los siguientes grupos de actores:
 - Representantes de las secretarías estatales de salud por regiones: norte, centro, sur y Distrito Federal.
 - Instituciones de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y Sedena)
Sector académico
 - Asociaciones gremiales de salud (SMSP, Academia Nacional de Medicina)
 - Sector privado filantrópico
 - Sector privado lucrativo (industria farmacéutica, sector asegurador, representantes de hospitales privados)
- Un Secretario Técnico: INSP

Una vez constituido el CCS, tendrá la capacidad de nombrar a sus miembros y realizar su propio reglamento interno.

Lema. La nueva serie de foros habrá de estar claramente identificado con su propósito. Para ello se propone como lema: "Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial".

Temporalidad. Los Foros de Liderazgo en Salud seguirán siendo reconocidos como un evento anual y cita obligada para quienes deseen mantenerse al día en los grandes temas de la integra-

ción funcional del sector salud.

Ámbito geográfico. La consulta dejó claro que la integración funcional del sector requiere de políticas tanto en el ámbito federal como en el estatal. Para ello se celebrarán dos series relacionadas anuales: los Foros Nacionales y los Foros Regionales por región Norte, Centro y Sur. Se celebrarán, así, cuatro foros anuales. Ambas series incluirán la participación de actores en los órdenes estatal y nacional, si bien con diferente balance. Los resultados de los foros en ambos niveles se beneficiarán de la retroalimentación mutua. En ambos casos se procurará la más amplia participación sectorial.

Insumos y productos. El Secretariado de los Foros se encargará de producir la documentación de apoyo para cada Foro, en colaboración con instituciones académicas nacionales e internacionales y siguiendo los más altos estándares de calidad y redacción para funcionarios de alto nivel. La documentación de insumos consistirá de:

- Resúmenes ejecutivos en formato 1:3:25, con títulos propios bajo la serie "Temas de la Integración Funcional del Sector Salud". Cada título enfocará en la temática del foro para sintetizar el estado del arte internacional y resultados de investigación de alta pertinencia.
- Relatorías de foros previos, impresos con el título del foro respectivo bajo la serie "Foros de Liderazgo en Salud: hacia la integración funcional del sistema de salud". Cada relatoría, cuidadosamente redactada, destacará las conclusiones en torno a retos, consensos y debates sobre la integración funcional.
- Presentación de ponencias de los conferencistas, en un formato que garantice el mayor impacto y motivación

Resúmenes como las relatorías serán impresas en un tiraje limitado a 500 ejemplares. Junto con las ponencias, serán ampliamente difundidas por medio de PDFs en una página Web del propio Foro.

Los resultados del foro serán difundidos de manera inmediata con base en los siguientes productos:

- Relatorías. Se preparará una relatoría breve describiendo los principales temas y debates así como apuntando a las principales conclusiones. Todos los participantes llevarán consigo este documento como ayuda de memoria para apoyar la discusión institucional
- Boletines de prensa. Si bien los foros tendrán un formato académico y no se permitirá la participación de la prensa, sus resultados serán ampliamente difundidos de manera inmediata para animar el debate público.

Proceso y organización de cada foro

El Secretariado Técnico conducirá de la serie y de cada foro de la siguiente forma:

- Convocatoria del CCS para obtener recomendaciones sobre lema y enfoque del foro para el año, así como para identificar recursos
- Convocatoria de alto nivel por medio de papelería del CCS, con la firma del Secretario de Salud y la mención al margen de los integrantes del cuerpo de gobierno
- Elaboración de términos de referencia y contratación de los conferencistas
- Identificación de los grupos de trabajo, seguido de la selección y capacitación de los moderadores y relatores
- Preparación logística de los foros, con el apoyo de actores clave nacionales y regionales

Para completar este proceso el Secretariado Técnico habrá de contar con un profesional de tiempo completo y un apoyo secretarial. Los estados anfitriones del foro regional aportarán el apoyo logístico necesario para su celebración, procurando para ello la más amplia participación sectorial.

Bosquejo de programa

- a) Inauguración del foro. A cargo de autoridades de alto nivel, procurando la participación del Secretario de Salud Federal o su representante en el caso de los regionales
- b) Conferencia central. Abordará la temática de conjunto, procurando la motivación hacia el logro de consensos sobre estrategias y propósitos. Se privilegiará la experiencia internacional que haya resultado ser exitosa y que sea altamente pertinente para el país.
- c) Conferencias temáticas. Cada foro abordará dos grandes temas de manera secuencial y consonantes con la conferencia magistral. El enfoque será más analítico, presentando opciones fundamentadas en investigación y experiencia
- d) Cada conferencia temática se acompañará de discusión en mesas de trabajo en paralelo (6 mesas con 12 participantes c/u en promedio)
- e) Plenaria con la presentación de relatorías y conclusiones de cada tema
- f) Plenaria general de conclusiones y entrega de relatoría
- g) Clausura del evento.

Temas a ser discutidos por el GCLS para los primeros foros

Se propondrá al GCLS la temática para los primeros dos foros y se discutirán las metas de largo plazo. El cuadro 2 presenta los temas y objetivos a seguir.

Tabla 2. Temas y objetivos a considerar para los primeros dos foros

Tema	Objetivos
1) ¿Dónde estamos con la integración del Sistema Nacional de Salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión de avances, limitaciones y brechas en la integración funcional en México: financiamiento, cobertura efectiva, capacidad de oferta y capacidad excedente, capacidad de resolución en cada nivel de atención mecanismos que permiten el pago cruzado de servicios de salud entre las instituciones y entidades del SNS • Identificar los elementos comunes en la estructura y funcionamiento de los sub sectores público, de la seguridad social, privado y organizaciones de la sociedad civil que podrían contribuir a la integración funcional del SNS
2) ¿Hacia donde vamos? Experiencias internacionales exitosas de modelos integrados de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los factores de éxito y los problemas enfrentados por otros países en la consecución del sistema integrado de salud • Identificar los elementos clave que permitirían la integración funcional del sistema de salud mexicano de las experiencias internacionales revisadas
3) ¿Cuáles son los principales retos de la integración funcional?	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los beneficios, riesgos y grupos de interés que se verían afectados por la integración funcional del SNS. • Determinar alternativas de articulación de la prestación de servicios por los sub sectores público, de la seguridad social, privado y organizaciones de la sociedad civil que componen el SNS
4) ¿Cómo llegar a la integración del SNS?	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar diversas estrategias de integración funcional del Sistema de Salud Mexicano • Establecer la factibilidad (operacional, técnica y económica) de desarrollar alguna de las diversas alternativas de integración funcional del SNS
5) ¿Cuál debe ser la rectoría en el modelo integrado de salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la capacidad de la Secretaría de Salud para ejercer la función rectora y de regulación de un sistema integrado de salud • Establecer las bases necesarias para fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud en un sistema integrado de salud.
6) ¿Cómo garantizar la rendición de cuentas y transparencia en la integración del SNS?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer diversos modelos de evaluación de desempeño de sistemas integrados de salud internacionales • Proponer las estrategias de evaluación formativa

Cronología de la Integración del Sistema de Salud en México **Mtra. Irene Parada, Dr. Eduardo Alvarez F.**

Documento técnico preparado para el **Foro de Liderazgo en Salud 2007**

Ciudad de México, 13-14 Diciembre 2007

1600-1800 Durante el periodo Colonial la asistencia médica y la salubridad estuvieron organizadas e implementadas de manera diferencial. La asistencia médica se dio básicamente a través de hospitales manejados por ordenes eclesiásticas (la formación fue de origen europeo) y estrategias basadas en diferentes tipos de curadores tradicionales. La salubridad se reducía a las acciones particulares de los ayuntamientos, con acciones limitadas, sectoriales en brotes epidémicos.

A finales del periodo Colonial los hospitales salvo algunas excepciones dejan de depender de las órdenes religiosas y pasan a depender de los ayuntamientos, es decir, los municipios se hacen cargo de los hospitales.

1841 Se crea el Consejo de Salubridad a nivel estatal. En un inicio funcionó básicamente como consultivo y posteriormente adquirirá actividades de vacunación y control de alimentos.

1861 Se crea la Dirección General de Beneficencia Pública, la cual se hace cargo de los hospitales a nivel nacional.

1891 El Congreso Federal inicia con la legislación de la salud y la higiene, mediante la aprobación del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

1934 Durante el cardenismo se consolidaron las bases institucionales del actual Sistema de Salud. Se crearon diversas instituciones, como la Secretaría de la Asistencia Pública y los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. Adicionalmente, se elaboraron los primeros proyectos para la Ley de Seguridad Social. Asimismo, se aprobó un presupuesto creciente para los proyectos de salubridad pública ¹¹.

1943-1946 Se crearon, la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición, otorgándoles apoyo legal y financiero, e incluso cierta autonomía frente al Estado. Se impulsó a los centros de investigación, aunque los fondos del patrimonio de la SSA eran administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Zorrilla S, 1988),

¹¹Los gastos ejercidos llegaron hasta 5.8 pesos per capita en 1940, que fueron el doble de los gastos en 1936

1952-1974 Comisión Técnica de Seguridad Social. Contiene: consideraciones para la Comisión Técnica que elaborará el proyecto de organización y funcionamiento del organismo que coordinará los servicios de seguridad social; acuerdo para la creación de la Comisión Técnica encargada de elaborar el Proyecto de Ley de la Seguridad Social; breve reseña histórica del proceso evolutivo de la responsabilidad patronal en materia de riesgos profesionales; boletines informativos de las Comisiones Regionales Americanas de Seguridad Social.

1960 La Dirección de Pensiones Civiles y Retiro se transformó en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tras la aprobación de la Ley el 30 de Diciembre de 1959 que modifica la fracción B del artículo 123 Constitucional. Después se creó apareció el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), e incluso se creó una acción sanitaria indigenista. El ISSSTE y el INPI, este último ahora DIF, realizan en la actualidad una labor en beneficio de los niños y de los trabajadores dependientes del gobierno.

1972 La administración de Luis Echeverría presentó su Plan de Salud para el país. Ello originó la Primera Convención Nacional de Salud y con ella la unidad de principios, propósitos y objetivos para ser alcanzados en el próximo decenio en materia de Salud Pública.

1979 Se crea el Programa IMSS-COPLAMAR por convenio entre la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y el IMSS. Se amplía la prestación de servicios de salud a cerca de 10 millones de campesinos marginados con base en un plan de solidaridad social por cooperación comunitaria. Los costos de inversión y de operación fueran cubiertos por el Gobierno Federal. Al IMSS le correspondía administrar y contabilizar los fondos de procedencia federal y proporcionar servicios de salud.

1981 Se crea la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la Republica, cuya misión fue determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios de salud. La Secretaría de Programación y Presupuesto plantea la integración de dos grandes programas: el de Extensión de Cobertura y el de IMSS-COPLAMAR. Se reitera posteriormente esta propuesta, cuando la nueva administración del presidente de la Madrid, toma como base para su coordinación el libro Hacia un Sistema Nacional de Salud. Los convenios de coordinación entre el ejecutivo y gobernadores de los estados, tuvieron como plataforma la redistribución del ejercicio de la competencia administrativa, pero no la legislativa que otorga la Constitución de la República (Soberón G.Martinez-Narváez G)

1983 Se eleva a rango constitucional el Derecho a la protección a la salud mediante la modificación del artículo 4° Constitucional.

1983 La Reforma consistió en la Descentralización Administrativa de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud .

Se establecen acuerdos de coordinación entre Federación y estados; las facultades, las acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales; los manuales de organización, de procedimiento y de servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos.

Los Consejos internos de administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública, convertidos en órganos administrativos desconcentrados por región, serán presididos por los gobernadores. La adecuación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización y deslinde de lo normativo en ella y lo operativo en los Servicios Coordinados, se realizó en 14 entidades. La participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los subcomités de Salud y Seguridad Social de los Comités de Planeación para el Desarrollo (COPLADES), como instancia de coordinación entre el Gobierno Federal y los estados. Asimismo, se creó un órgano al que se le confiere el Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normatividad

y a las acciones de coordinación entre la SSA y el entonces Departamento del Distrito Federal.

El IMSS se hizo cargo total de la responsabilidad del programa IMSS-COMPLAMAR, que continuó siendo financiado con recursos federales. Consolidándose este programa, el IMSS se apartó del modelo mexicano del seguro social y modificó la función tradicional de la SSA, como otorgante principal de servicios de salud a población no asegurada.

1984 Se publicó la Ley General de Salud. El nuevo ordenamiento contenía los fundamentos del Sistema Nacional de Salud, definió las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes y fijó los lineamientos de acción para los programas de salud.

Se inicia la integración de organización y funciones a través de la vigilancia epidemiológica, seguridad social y asistencia social, así como la participación comunitaria.

Creación de la Comisión Interinstitucional de Investigación de Salud con el propósito de contribuir a la formulación de políticas de investigación en salud y de coordinación de acciones para su ejecución y desarrollo. Dicha Comisión quedó integrada por representantes de las secretarías de Programación y Presupuesto, Educación Pública, Salubridad y Asistencia; además del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Acuerdo de creación de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud)

1987 Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. Secretaría de Salud-Secretaría de Salud Pública; norma técnica para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud; norma técnica para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud; norma técnica para el funcionamiento de comisiones de investigación en las instituciones de atención a la salud.

1987-1988 Avances de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; actas de la IX, X y XIII Reuniones de trabajo de la Comisión Interinstitucional; desarrollo de la XIII Reunión de trabajo de las Comisiones Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y de Investigación en Salud

1990 Énfasis en la modernización de los departamentos gubernamentales, para favorecer políticas sociales, dando mayor importancia a los altos niveles de especialización, incremento de la centralización y la estabilización de los recursos para la salud. Se paralizan en consecuencia, las actividades de descentralización, debido a que se privilegia una visión epidemiológica mediante la instalación de un esquema ampliado de inmunizaciones (Cartilla Nacional de Vacunación) y distribución masiva a nivel nacional de los sobres "Vida Suero Oral" para prevenir la deshidratación por enfermedades diarreicas. Esta visión clínica intenta recuperar la relación médico-paciente, con un desgajamiento de la corriente socio-médica, la cual estuvo presente a principios de los ochenta.

1994-2000 Continúa el fortalecimiento del pacto federal y se retoma con el impulso a la descentralización de funciones, de recursos fiscales y de programas públicos hacia los estados y municipios, bajo criterios de eficiencia y equidad en la provisión de los bienes y servicios a las comunidades.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, instrumento que resalta la inaplazable necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones, para fortalecer el nuevo federalismo en las 18 entidades federativas que estaban pendientes. Se ponen a disposición de la población los servicios básicos de salud que, al ser prestados por los Estados, ase-

gurarían a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad. Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público).²⁶ Se profundiza la descentralización con la participación de la comunidad, tanto en la definición de prioridades en salud, como en el diseño y evaluación de programas municipales.

A la par, se establece como un imperativo (1997), la reforma del Sistema Nacional de Salud, bajo un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización. Se crea el Paquete Básico de Servicios de Salud como parte de la ampliación de la cobertura.

Se crean nuevas estructuras organizacionales como la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, adscrita al organismo descentralizado, con atribuciones para normar y operar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación, así como para vigilar su cumplimiento. Asimismo, se crea la Comisión de Arbitraje Médico (1996)²⁷, cuya finalidad fue la colaboración con las instancias jurisdiccionales en los procesos de queja de servicios que se ventilen ante ellas, mediante la elaboración de dictámenes y peritajes especializados.

2004 Para el periodo 2000 - 2006 se crea el Sistema Federal de Protección Social en Salud que se centra en la protección financiera de la población hasta entonces no asegurada en todo el territorio nacional. De esta forma se reconoce y profundiza el propósito de disminuir los rezagos en equidad y calidad, para lo cual se fundamenta la atención de la salud en la universalidad del acceso al Sistema, como derecho ciudadano. Plantea en la reforma el reconocimiento de los desequilibrios financieros en cuanto a nivel, origen de los fondos, distribución, y reglas de la descentralización y rezagos en la inversión en salud. Es decir, se pasa a un sistema de seguros públicos con aportación del asegurado, y contribución solidaria entre los estados y la Federación, a través de una reforma estructural del financiamiento a la salud.

Entra en vigor la reforma a la Ley General de Salud en la cual se instituye el Sistema Federal de Protección Social en Salud, complementario de la Seguridad Social. En esta línea, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es la encargada de coordinar y vigilar la operación de este Sistema y su brazo operativo denominado Seguro Popular. Esta coordinación se logra a través de su estructura central, en coordinación con las entidades federativas y el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con atribuciones de instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema, así como promover y coordinar las acciones de nuevas figuras denominadas Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Estas nuevas estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, son las encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de los servicios de salud. En otras palabras, la descentralización se refuerza con estas nuevas figuras organizacionales.

Se hace la distinción entre los bienes públicos y los servicios a la persona. A estos primeros, se les asigna por primera vez un fondo de aportaciones de servicios de salud a la comunidad, en donde queda protegido el presupuesto para los programas preventivos. Para los segundos se generan dos fondos: uno para otorgar los servicios de salud esenciales y un fondo de protección para gastos catastróficos.

Se enfatiza el establecimiento de las políticas públicas en salud fundamentadas en información y evidencia

Asimismo, se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEP-PRIS) como desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la finalidad de proteger a la población contra riesgos sanitarios, para lo cual integra el ejercicio de la regulación, control y fomento sanitario bajo un solo mando, con el propósito dar unidad y homogeneidad a las políticas que se definan. Se pasó de una política instrumental a una pública por objetivo.

Bibliografía

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compila191083.html>

Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, y el Estado de Durango, para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compila/ad070297.html>:

Ajwad, M. and Wodon, Q., (2001), Marginal benefit incidence analysis using a single cross-section of data, mimeo, World Bank.

Aspe, P. and Beristáin, J. (1984), Distribution of educative and health services, in Aspe and Sigmund, eds. 1984, The Political Economy of Income Distribution in Mexico (Homes and Meier).

Arzoz, J. y F.M. Knaul, (2003), Inequidad en el gasto del gobierno en salud, en Caleidoscopio de la Salud, FUNSALUD.

Banco Mundial (1993), World Development Report 1993: Investing in Health

___ (2001), World Development Report 2000/2001.

___ (2003), World Development Report 2002/2003.

___ (2004), Mexico Public Expenditure Review, Report No 27894 - MX.

Barraza M., S. Bertozzi, E. González-Pier, and J.P. Gutiérrez (2002), Addressing inequity in health and health care in Mexico, Health Affairs, Vol 21, No. 3.

BID (1998), Facing Up to Inequality in Latin America, IADB Annual Report.

Bidani, B. and Ravallion, M. (1997), Decomposing Social Indicators using Distributional Data, Journal of Econometrics, 77:125-139.

Braveman, P., B. Starfield, and H. Geiger, (2001), World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy, British Medical Journal, 323: p. 678-680.

Bourguignon, F., Pereira, L., and Stern, N. (2002), Evaluating the poverty impact of economic policies: some analytical challenges, mimeo, World Bank.

Cepal (1994), El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo. Cuadernos de la Cepal, No. 73.

Cepal (2001), Panorama Social de América Latina, Cepal, ONU.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Disponible en: <http://132.248.160.159/especialidades/etica/discurso.pdf>.

CONAPO (2001), Índices de desarrollo humano, 2000.

Filmer, D., Hammer, J., and Pritchett, L. (1998), Health policy in poor countries: weak links in the chain, Policy Research Working Paper 1974, World Bank, Development Research Group.

Gakidou, E. and King, G. (2002), Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences, International Journal for Equity in Health 2002, 1:3

González-Block MA. Puntos de Reflexión. Relatoría final del Foro de Liderazgo en salud 2007. México, D.F., 2007

Gonzalez-Pier, E. and Parker, S. (2001), Equity in the finance and delivery of health care: results from Mexico, in Investment in Health: Social and Economic Returns, Pan American Health Organization.

Lanlouw, P. and Ravallion, M. (1999), Benefit incidence and the timing of program capture, World Bank Economic Review, 13,2.

Lozano R., Zurita B., Franco F., Ramírez T., Hernández P. (2001), México: Marginality, need, and resources allocation at the county level en *Challenging Inequities in Health*. From Ethics to action, Oxford University Press.

Lustig, N. (1989), Magnitud e impacto del gasto público en el desarrollo social de México, *Investigación Económica* 187, 1989.

Houweling, T.A.J., A.E. Kunst, J.P. Mackenbach (2001), *World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality*, THE LANCET, Vol. 357, May 26, 2001.

Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (2002), *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurements and Applications*. Geneva, World Health Organization.

Murray CJL and DB Evan (2003), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva, World Health Organization.

OMS (2000), *World Health Report 2000: Improving Performance*.

Ruelas E. Consideraciones sobre el liderazgo estratégico para la integración funcional. Conferencia dictada en el Foro de Liderazgo en Salud 2007. México, D. F., 2007

Secretaría de Salud (2001), Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Secretaría de Salud (2002), *Salud: México 2002, Información para la rendición de cuentas*. SS.

Secretaría de Salud (2003). Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud,

Scott, J. (2000), Who Benefits from the State in High-Inequality, Middle-Income Countries? The Case of Mexico, Programa de Presupuesto y Gasto Público CIDE-FORD. Junio 2000.

Scott J. (2002), Public Spending and Inequality of Opportunities in Mexico: 1992-2000 DE-235, CIDE, por aparecer en *Public Spending and Poverty in Latin America*, Q. Wodon (ed.), World Bank.

Scott J. La incidencia del gasto público en salud como indicador de integración funcional del financiamiento. Working paper preparado para el Foro de Liderazgo en Salud 2007. México, D. F., Núcleo de Lidrazgo en salud, INSP 2007.

SHCP (2004). Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas, Resultados 2002.

Soberón G.Martínez-Narváez G. La descentralización de los servicios de Salud en la década de los 80's INSP pp371-78 <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10638508.pdf>:

Suárez-Berenguela, R.M. (2001), Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean in *Investment in Health: Social and Economic Returns*, Pan American Health Organization.

Van de Walle, D. (1998), Assessing the welfare impacts of public spending, *World Development*, 26(3): 365-379.

Van de Walle D. and Nead (1995), Public spending and the poor: what we know and what we need to know, The World Bank.

Vázquez VM., Merino MF., Lozano R, Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005. México, D. F., Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud. 2006.

Wagstaff, A. (1999), Inequalities in child mortality in the developing world: how large are they?, how can they be reduced?, mimeo, World Bank.

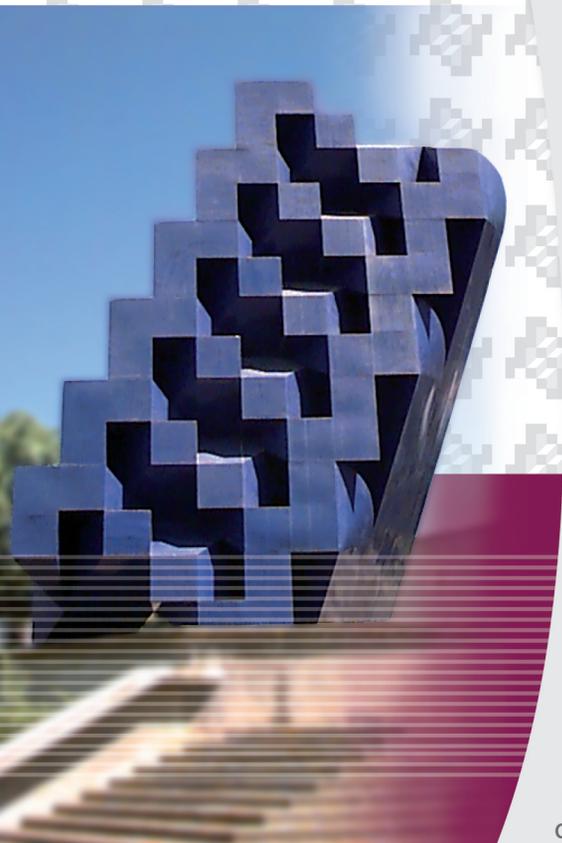
___ (2001), Poverty and Health, Paper No. WG1: 5, CMH Working Paper Series, Commission on Macroeconomics and Health.

___ (2002), Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide?, mimeo, World Bank.

___ and E. van Doorslaer (2002), Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations, mimeo, World Bank.

Zorrilla S. 50 años de Política Social en México, Limusa, México, 1988, 105.

Memorias
Foro de Liderazgo en Salud 2007
Equidad en Salud. Hacia la integración sectorial



México está transformando su sistema de salud para avanzar hacia la equidad y eficiencia en un contexto de creciente democratización. Las reformas están incidiendo particularmente en el ámbito de la equidad y la suficiencia del financiamiento. Para la consolidación de la reforma resulta de particular importancia la integración funcional del sistema de salud. Si bien México ha dado ya importantes pasos en esta dirección, existe todavía un amplio horizonte y una gran variedad de retos. Entre ellos, que el sistema de salud aparezca como único y funcionalmente integrado para la población al momento de utilizar los servicios así como para los proveedores y para las agencias financieras.

Como una de las estrategias para impulsar tan importantes políticas, el Instituto Nacional de Salud Pública organizó bajo los auspicios de la Secretaría de Salud el IV Foro de Liderazgo en Salud "Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial". Más de 100 participantes de las instituciones públicas del sector salud y representantes de instituciones privadas se dieron cita en un marco de discusión académica, aportando sus conocimientos, valores y experiencias desde una amplia perspectiva sectorial.

Estas memorias reúnen las reflexiones y conclusiones más relevantes de la temática tratada y debatida, así como algunos elementos de la organización y desarrollo del evento. El documento aporta al análisis de esta política gubernamental diferentes escenarios y retos de valor para ampliar la discusión entre los diversos actores involucrados.



Instituto Nacional
de Salud Pública

