

## Capítulo séptimo

### HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN VERDADERO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Como atinadamente sostiene la Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre la salud en el mundo 2010:

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo...

En reconocimiento de esta realidad, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos. Este objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal».<sup>54</sup>

En México la cobertura universal todavía es una tarea pendiente. A diferencia de la mayoría de los países miembros de la OCDE, seguimos teniendo importantes problemas y carencias en cuanto al acceso a los servicios sanitarios, sobre todo entre la población con mayores necesidades.

<sup>54</sup> Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2010, p. IX.

El modelo segmentado actual —que genera una dualidad— ya no resulta adecuado. Es insuficiente para el país que actualmente somos. De hecho,

el mayor reto del sector salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales, como es el caso de la salud, para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.<sup>55</sup>

En este sentido, si bien programas como el Seguro Popular han mejorado la cobertura, si se continúa avanzando por ese camino podrían aparecer dos efectos no deseados:

- 1) Podría desincentivarse la participación de la población en los sistemas contributivos, ya que no verían mucho sentido en pagar por algo que se puede conseguir de forma (casi) gratuita. Con ello se acentuaría la segmentación del mercado laboral y se estimularía la informalidad.
- 2) Si los servicios prestados por el Seguro Popular —y programas equivalentes— son más accesibles y aumentan su calidad, podrían atraer a la clase media (que antes hubiera optado por la seguridad social o la medicina privada), “reduciendo así la progresividad tanto de los servicios de la PNA (al aumentar la participación relativa de estratos de ingresos medios respecto a los estratos de ingresos bajos) como de la seguridad social (al reducirse la participación de estratos medios respecto a estratos más altos)”.<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Secretaría de Salud, *op. cit.*, p. 19.

<sup>56</sup> Scott, John, *op. cit.*, p. 20. Al respecto véase también Levy, Santiago, *Buenas intenciones, malos resultados. Política social, informalidad y crecimiento económico en México*, México, Océano, 2008.

En este contexto, resulta indispensable avanzar hacia la creación de un sistema más integrado, que reduzca la exclusión y las desigualdades, en lugar de reproducirlas o incluso fomentarlas. La reforma debe ir hacia el acceso universal, con derechos claros y perfectamente transferibles entre las diversas instituciones, estandarizando las prestaciones y los niveles de atención y calidad.

De esta forma, tanto

la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS), el Banco Mundial (BM) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) coinciden en que, para acabar con las desigualdades y cubrir los mayores riesgos a la salud, se debe crear un fondo único de financiamiento que cubra para todas las personas una lista de riesgos prioritarios, es decir, que se otorgue un paquete básico de beneficios definidos. El financiamiento del fondo estaría a cargo del gobierno federal. Cualquier otra contingencia podría ser cubierta por esquemas complementarios que pueden estar o no ligados a la participación laboral. Como complemento a la recomendación se establece que pueden ser múltiples los proveedores de este paquete básico, siendo posible que el IMSS, el ISSSTE, los SESA u otros proveedores públicos y privados participen de dicho mercado, en el cual el fondo único actúa como el pagador.

Las propuestas buscan mejorar la equidad al establecer un paquete mínimo, incrementar la eficiencia al separar las funciones entre el financiamiento y la provisión, y el consecuente cambio en los esquemas de financiamiento de los proveedores, por lo menos para el paquete básico, y al introducir elementos de competencia entre los diferentes proveedores. En suma, se lograría un trato igual entre los mexicanos —al menos para el paquete básico—, se lograría mayor eficiencia y calidad y más satisfacción de los usuarios. En concordancia con los objetivos implícitos del SPSS, el fondo único implica la centralización de parte del gasto en salud.<sup>57</sup>

<sup>57</sup> Aguilera, Nelly, “Una propuesta integral para mejorar el sistema de salud”, en Castañeda, Alejandro (coord.), *Microeconomía, t. X, Los grandes problemas de México*, México, El Colegio de México, 2010, pp. 354 y 355.

Para ello, deberíamos establecer al menos tres puntos vitales para la construcción de dicho sistema universal: la portabilidad, la convergencia y que fomente el mercado de servicios sanitarios.

La portabilidad consiste en que todo ciudadano que cuente con algún seguro de salud, tenga el derecho de acudir a cualquier institución para su atención. Por convergencia se entiende coordinar los distintos esquemas de salud, tanto para la inversión en infraestructura médica como para la provisión de servicios, que puede ser llevada a cabo a través de un mercado de servicios médicos. En la conceptualización gubernamental, en este mercado de servicios médicos participarían instituciones públicas y privadas. La convergencia y el mercado de servicios médicos ayudarían a disminuir los costos y eficientar el sistema.

Un sistema portable, convergente y con mercado de servicios significaría para el paciente que éste no tuviera dificultades de acceso, por lo menos financiero y geográfico, y no tuviera interrupciones en su atención médica, conforme necesite transitar por diferentes instituciones y niveles de atención, y que su atención se lleve a cabo al menor costo posible.<sup>58</sup>

Para hacer realidad el esquema de portabilidad, se necesita un padrón y una base de datos única. En consecuencia, deberíamos avanzar hacia el expediente clínico electrónico: una especie de CURP pero con nuestro historial médico, que se pudiera consultar (y actualizar) desde cualquier institución de salud.<sup>59</sup>

Por lo que se refiere al financiamiento, la asignación de recursos:

Deberá hacerse de forma integral, sin distinción entre población con y sin seguridad social. Esto implica que toda persona, independiente-

<sup>58</sup> Aguilera, Nelly, *Gasto en salud: gasto público en salud en México en el marco de la cobertura universal*, cit., pp. 19 y 20.

<sup>59</sup> Obviamente contando con ciertas medidas de seguridad, para evitar manipulaciones y resguardar la confidencialidad de los datos.

mente de su estatus laboral, debe tener derecho a un paquete mínimo de salud financiado por el Estado. El establecimiento de este paquete mínimo general requiere cambios sustanciales al financiamiento, consolidación y asignación de recursos en todo el sistema de salud.<sup>60</sup>

Además de los puntos ya mencionados, habría que definir el paquete mínimo de beneficios. Con ello se pondría fin a las diferencias en el financiamiento y la atención recibida, según el tipo de población y la instancia a la cual se esté afiliado.

A nivel macro, se deben establecer al menos cuatro grandes principios:

1. El sistema debe garantizar cobertura a todos los mexicanos.
2. El sistema no debe generar cargas fiscales sin contraparte clara de financiamiento.
3. El sistema de protección social no debe frenar el crecimiento económico a través de la distorsión de mercados; por definición, toda intervención pública modifica los comportamientos individuales, por lo que ésta debe prever las respuestas de los agentes y establecer incentivos para que los cambios de comportamiento vayan en el sentido deseable desde una perspectiva de bienestar individual y social.
4. El sistema de protección social está estrechamente relacionado con la política económica, fiscal y laboral. Ha de establecerse sobre la base de un consenso social —que se debe lograr y ver reflejado dentro de las discusiones, negociación y aprobación de la reforma en el Poder Legislativo— de acuerdo con las necesidades comunes de la población, independientemente de sus características laborales, sociales, económicas y culturales.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> México Evalúa, *10 puntos para entender el gasto en salud en México: en el marco de la cobertura universal*, México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas, 2011, p. 15.

<sup>61</sup> Centro de Estudios Espinosa Yglesias, *El México del 2012. Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*, México, Centro de Estudios Espinosa Yglesias, 2012, pp. 146 y 147.

En este sentido —más allá del consenso político y social— no podemos obviar el gran tema para hacer realidad este esquema: su financiamiento. Como se ha dicho, nuestra propuesta va en el sentido de sufragar el sistema de salud a través de impuestos generales.

Un primer problema es nuestro bajo gasto público en salud: como quedó establecido en un capítulo anterior, se encuentra alrededor del 3.1% del PIB (junto al 3.3% del gasto privado). Es muy reducido si lo comparamos con los países integrantes de la OCDE, pero también si nuestro análisis se centra en las naciones latinoamericanas.

El segundo punto —y el central— es el del costo directo que significa otorgar servicios de salud a todos los mexicanos. Según cálculos de Santiago Levy, estaría en torno a 250 000 millones de pesos de 2007,<sup>62</sup> lo que en la actualidad supondría unos 300 000 millones. Sin embargo, este autor afirma que se trata de un recuento mecánico: computando el costo de la atención médica por persona y multiplicándolo por el número de mexicanos carentes de dicha prerrogativa, sin contar —para estos efectos— posibles ahorros por economías de escala, sinergias, mayor eficiencia, etcétera.

Se trata de una cantidad importante de recursos. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que México es el país que menos recauda de todos los miembros de la OCDE y de los que menos en América Latina, por lo que hay un margen de maniobra importante. Por ejemplo, en México se recolecta el equivalente al 3.4% del PIB por el IVA, en Brasil supera el 13%, en Argentina el 10 y en Uruguay está por encima del 8% del PIB.<sup>63</sup>

Nuestro sistema fiscal está lleno de huecos que anualmente implican dejar de recaudar cientos de miles de millones de pesos. Por ejemplo, sólo en IVA el erario público deja de percibir más

<sup>62</sup> Levy, Santiago, *op. cit.*, pp. 318 y ss.

<sup>63</sup> OCDE, *Estadísticas tributarias de América Latina, 1990-2009*, París, OCDE, 2011, p. 19.

de 240 000 millones de pesos anuales, entre exenciones y tasas reducidas.<sup>64</sup>

También es posible —y deseable— introducir mayor racionalidad en el gasto público con lo que se liberarían cuantiosos recursos. En subsidiar a la gasolina, por ejemplo, se pierden anualmente entre 150 y 220 000 millones de pesos.

En resumidas cuentas, nuestra propuesta busca eliminar la segmentación y el sistema dual existente, para pasar a un sistema integrado con cobertura universal, financiado centralmente a través de impuestos, y que ponga fin a la histórica desigualdad social en materia de protección de la salud.

Pretendemos que la provisión de atención sanitaria no discrimine a la población a partir de su estatus laboral —formal *versus* informal— o económico y sea accesible a todos los mexicanos sin distinción.

<sup>64</sup> Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de gastos fiscales 2011*, México, SHCP, 2012. En este documento se detallan todas estas “fugas” que sufre la Hacienda pública del país.